

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**  
**LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA E INTERAÇÃO SOCIAL**  
**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**PAULO DE TARSO MONTEIRO DE ALBUQUERQUE MELO**

**O CONSUMIDOR DE CRACK:**  
**A INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS FAMILIARES NO TRATAMENTO**

**RECIFE, ABRIL / 2013**

**PAULO DE TARSO MONTEIRO DE ALBUQUERQUE MELO**

**O CONSUMIDOR DE CRACK:**

**A INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS FAMILIARES NO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Pernambuco, no programa de pós-graduação em Psicologia clínica, na linha de pesquisa família e interação social, para a obtenção do grau de Mestre.

**Orientadora:** Prof(a). Dra. Suely de Melo Santana

**RECIFE, ABRIL / 2013**

**M528c**

**Melo, Paulo de Tarso Monteiro de Albuquerque**

**O consumidor de crack : a influência das crenças familiares no tratamento / Paulo de Tarso Monteiro de Albuquerque Melo ; orientador Suely de Melo Santana, 2013.**

**123 f. : il.**

**Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Psicologia Clínica, 2013.**

**1. Psicologia clínica. 2. Crack (Droga). 3. Drogas - Relações com a família. 4. Psicanálise. 5. Drogas - Abuso - Tratamento. 5. Psicologia social. I. Título.**

**CDU 159.964.2**

**PAULO DE TARSO M. DE A. MELO**

**O CONSUMIDOR DE CRACK:**

**A INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS FAMILIARES NO TRATAMENTO**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Suely de Melo Santana (Orientadora UNICAP)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Reginete Cavalcanti Pereira (UFRPE)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias (UNICAP)

## RESUMO

**Paulo de Tarso M. de A. Melo. “O consumidor de crack: A influência das crenças familiares no tratamento.”**

**Introdução:** A literatura considera que existe um conjunto de valores, crenças e práticas familiares que constituem o referencial cultural da família e que interfere na participação dos familiares no tratamento dos consumidores de crack e outras drogas. A Teoria Social Cognitiva, bem como reflexões teóricas mais contemporâneas sobre o tema, fundamentaram a presente investigação.

**Objetivo:** Investigar as crenças familiares sobre consumo de crack e sua relação com a participação familiar no tratamento de seus membros em Comunidade Terapêutica (CT). **Método:** Participaram dessa pesquisa qualitativa dez familiares de consumidores de crack que estavam em tratamento em uma Comunidade Terapêutica e um representante da instituição. Esta CT, apesar de ser particular, mantém convênio com o SUS para o tratamento de transtornos mentais e dependência química. Foram aplicados os seguintes instrumentos: uma escala para avaliar o nível socioeconômico (ABIPEME) que identifica cinco estratos sociais (A, B, C, D e E) em termos de poder de consumo; uma versão resumida do questionário CEBRID/SAMSHA para avaliar a percepção de risco sobre o consumo de substâncias psicoativas e dois roteiros de entrevista semiestruturada – versões família e representante CT, para avaliar as crenças sobre o consumo de crack, participação familiar e eficácia do tratamento. **Resultados:** O perfil sociodemográfico e econômico revela que os familiares entrevistados tinham entre 24 e 62 anos de idade, sendo em sua maioria da classe E, mulheres e mães de consumidores de crack, adultos jovens, que estavam em primeiro tratamento ou que já haviam passado por tratamentos anteriores. Na avaliação de risco, os familiares consideraram que o consumo de crack, desde a primeira vez na vida, já apresentava um risco grave, em comparação com as outras substâncias. As crenças que mais sobressaíram foram: a influência dos amigos, a destruição da família, o envolvimento com atividades ilícitas e o risco de vida. Os familiares acreditam na importância da participação familiar e

consideram que contribuem nesse sentido. **Discussão:** Os resultados puderam fornecer subsídios para uma melhor compreensão das crenças familiares sobre o consumo de crack, contribuindo para fomentar uma intervenção que favoreça a participação familiar no tratamento.

**Palavras-chave:** Crack, comunidade terapêutica, família.

## ABSTRACT

**Paulo de Tarso M. de A. Melo. “Consumer of crack: the influence of family treatment beliefs.”**

**Introduction:** Literature considers that a gathering of family values, beliefs and practices compose the cultural reference of the family and this interferes in the participation of relatives during the treatment for users of crack and other drugs. Social Cognitive Theory, as well as some other contemporary theoretical reflections about the subject, substantiates the following investigation.

**Objective:** To investigate family beliefs about consumption of crack and its relation to the family participation during the treatment of a relative in the Therapeutic Communities (TC).

**Method:** Ten families of crack users that were being treated in a Therapeutic Community and a representative of the institution participated in this research. That TC, even being private, has an agreement with UHS in order to treat mental disorders and chemical dependency. The following instruments were applied: a scale to measure socioeconomic status (ABIPEME) that identify five social strata (A, B, C, D and E) in terms of consumption power; an abridged version of the CEBRID/SAMSHA questionnaire in order to evaluate the perception of risks about the consumption of psychoactive substances and two scripts for semi-structured interviews – family and CT representative’s versions, in order to evaluate the beliefs about crack consumption, family participation and treatment effectiveness .

**Results:** The socio-demographic and economic profile shows that the interviewed relatives were between 24 and 62 years of age, the majority being of economic status E, wives and mothers of crack users, young adults that were in their first treatment or had been treated before. In the evaluation of risks, the relatives said that crack, since the first use, already presented a serious risk, comparing to other substances. The most exceeded beliefs were: influence of friends, destruction of family, involvement in illicit activities and the risk of life. The relatives believed in the family participation and considered themselves as cooperators.

**Discussion:** The results could provide material for a better comprehension of family beliefs about the consumption of crack, thus

contributing to foment an intervention that promotes the family participation during the treatment.

**Key-words:** Crack, Therapeutic Community, family.

*“O degrau de uma escada não serve simplesmente para que alguém permaneça em cima dele, destina-se a sustentar o pé de um homem pelo tempo suficiente para que ele coloque o outro um pouco mais alto”.*

Thomas Huxley

## DEDICATÓRIA

*À minha família e a todos que ajudaram no meu crescimento.*

## *AGRADECIMENTOS*

Agradeço inicialmente a toda minha família que sempre me incentivou a alcançar caminhos cada vez mais distantes. Minha mãe (Enildes), meu pai (Paulo Silas), minha esposa (Bruna) e meu filho (Felipe) por todos estarem sempre juntos, me dando a força necessária para continuar.

À professora Suely de Melo Santana que considero uma excelente professora e orientadora e, acima de tudo, uma amiga, sempre auxiliando de uma forma bastante criativa nas incontáveis dúvidas que surgiram durante a realização deste trabalho. Agradeço também a professora Cristina Brito Dias que sempre se mostrou disposta a me auxiliar quando tive dúvidas e também me ajudou muito em todo o processo dessa dissertação.

À todos que fazem a pós graduação da Universidade Católica de Pernambuco, por permitirem que a universidade seja referência em todo Brasil.

Aos meus amigos, colegas de trabalho e demais familiares, que sempre compreenderam a importância do mestrado para mim.

Aos que fazem a Comunidade Terapêutica Olinda por ajudar e concordar em participar da pesquisa, bem como todos os entrevistados que se comprometeram a dar suas informações.

Finalmente, gostaria de agradecer a DEUS pela oportunidade de realizar esse sonho. E que venham muitos outros.

**OBRIGADO.**

## LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

<b>A.A -</b>	Alcoólicos Anônimos
<b>ABIPME-</b>	Associação Brasileira dos Instrumentos de Pesquisa de Mercado.
<b>ANVISA-</b>	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
<b>CBT -</b>	Cognitive Behavioral Therapy
<b>CEBRID -</b>	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas.
<b>CNS -</b>	Conselho Nacional de Saúde.
<b>CONASS-</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
<b>CT(s) –</b>	Comunidade Terapêutica (s)
<b>EUA -</b>	Estados Unidos da América
<b>FEBRACT-</b>	Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas
<b>ICD-</b>	Indivíduo consumidor de drogas
<b>LENAD-</b>	Levantamento de álcool e outras drogas
<b>NIDA-</b>	National Institute on Drug Abuse
<b>OMS –</b>	Organização mundial da saúde
<b>ONU-</b>	Organização das Nações Unidas
<b>RDC -</b>	Resolução da Diretoria Colegial
<b>SAMSHA -</b>	Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
<b>SENAD -</b>	Secretaria Nacional sobre Álcool e outras drogas
<b>SPA -</b>	Substâncias Psicoativas
<b>TCA-</b>	Therapeutic Communities of America
<b>TSC -</b>	Teoria Social Cognitiva
<b>TUSP –</b>	Transtorno no uso de substâncias psicoativas
<b>UNDOC-</b>	United Nation Office on Drugs and Crime.
<b>WHO -</b>	World Health Organization

# SUMÁRIO

Banca examinadora .....	i
RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iii
EPÍGRAFE.....	iv
DEDICATÓRIA.....	v
AGRADECIMENTOS.....	vi
LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS .....	vii
SUMÁRIO .....	vix
1. INTRODUÇÃO .....	10
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
<b>CAPÍTULO I</b>	
HISTÓRICO E CRENÇAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE DROGAS .....	14
<b>CAPÍTULO II</b>	
A COMUNIDADE TERAPÊUTICA: CARACTERIZAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS .....	28
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIOCULTURAIS .....	28
2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS .....	38
<b>CAPÍTULO III</b>	
O PAPEL DA FAMÍLIA E SUA INFLUÊNCIA NO TRATAMENTO DOS CONSUMIDORES DE DROGAS .....	44
<b>CAPÍTULO IV</b>	
MÉTODO .....	64
4.1 Participantes.....	64
4.2 Instrumentos.....	65
4.3 Procedimento de coleta de dados.....	66
4.4 Procedimento de análise de dados.....	68
<b>CAPÍTULO V</b>	
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	70

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE .....	115
ANEXOS .....	118

## INTRODUÇÃO

O consumo de drogas pode ser observado como um fenômeno civilizatório (Abreu & Malvasi, 2011). Porém, em todos os continentes, esse consumo tem assumido diferentes nuances, levando a Organização Mundial de Saúde a caracterizá-lo como um problema de saúde pública (UNODC, 2010; CONASS, 2009). Esse quadro favorece a instauração da dependência química, que é caracterizada como uma doença crônica e recidivante, que altera o cérebro e provoca um comportamento compulsivo (Laranjeira, 2012).

Nesse contexto, a literatura atual aponta que o Brasil é o país que mais consome crack no mundo (LENAD, 2012), indicando a necessidade de maiores pesquisas nesta área. Afora isto, como bem salienta Machado (2010), o maior problema está na gravidade atribuída ao consumo desta droga, uma vez que expõe os usuários ao menos a dois fatores de risco como a dependência química e a vulnerabilidade social.

Esse novo panorama vem a alertar as autoridades para a urgente necessidade de intervenção pública nesta direção (CONASS, 2009), estimulando a proposição de diretrizes para o plano nacional de enfrentamento ao uso do crack, a ser desenvolvido no período de 05 anos (2010-2015), em todas as regiões brasileiras.

O assunto abordado foi fruto de um interesse pessoal evocado no decorrer da prática profissional, tendo em vista a experiência clínica no atendimento a clientes cuja problemática estava relacionada ao consumo de

crack e outras drogas. Deste modo, foi observada a dificuldade da presença dos familiares na participação do tratamento desses clientes.

A relevância de se investigar as crenças familiares relacionadas a esse consumo está em refletir sobre os aspectos que possam interferir na participação destes no tratamento de seus membros consumidores, já que no contexto dessa problemática “a ajuda da família é quase sempre necessária e bem-vinda” (Santos & Finks, 2010, p.110). Todavia, segundo Schenker e Minayo (2004), na maioria dos casos, há uma grande dificuldade na regulação das relações e dos afetos dos indivíduos consumidores de drogas e suas famílias. Esses indivíduos, muitas vezes, não conseguem manter uma família ou mesmo nunca formaram uma, sendo evidente a dificuldade de sustentar essas estruturas.

A escassez de estudos brasileiros mais abrangentes que considerem não apenas a investigação com os usuários de crack, mas também com sua família e seu contexto, dificulta a reflexão sobre esses fatores, e os poucos estudos na área são realizados geralmente nas Regiões Sul e Sudeste do país.

Sendo assim, a proposição de novos estudos que priorizem a investigação junto à população do Nordeste brasileiro certamente contribuirá para ratificar e/ou aprofundar os conhecimentos sobre o consumo do crack e outras drogas, fortalecendo saberes que contribuam para práticas mais eficazes no âmbito da promoção da saúde.

Vale salientar que nem todo consumo de drogas necessariamente ocasionará problemas mais sérios na vida do indivíduo, por isso, torna-se necessário esclarecer as nomenclaturas usadas na literatura, em particular as que foram utilizadas nesta pesquisa. Segundo Washton e Zweben (2009), o termo “uso” de uma substância remete a um consumo com fins de experimentação ou de forma esporádica/episódica. Os termos “abuso” ou “uso nocivo/problemático” trata-se de um consumo da substância já associado a algum tipo de prejuízo (biológico, psicológico ou social). Já o estágio da “dependência” é um fenômeno composto por um consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o indivíduo. Como a pesquisa se deteve no abuso e/ou dependência de drogas e suas consequências, será usado o termo “transtorno no uso de substâncias psicoativas (TUSP)”, que segundo é definido pelo DSM IV, é o termo mais apropriado para descrever o espectro desses problemas, sendo ele genérico, no sentido de abranger as categorias de abuso à dependência (Washton & Zweben, 2009).

A presente pesquisa teve o objetivo de investigar as crenças familiares sobre consumo de crack e sua relação com a participação familiar no tratamento de seus membros, em Comunidade Terapêutica. Este trabalho está organizado da seguinte forma: No Capítulo I foi apresentado um breve histórico sobre o consumo de drogas e crenças associadas em diversos contextos sócio-histórico-culturais.

No Capítulo II foi realizada uma explanação de alguns modelos de Comunidades Terapêuticas e seus modos de funcionamento, do seu

---

surgimento aos dias atuais. O Capítulo III versou sobre o papel da família e sua influência no tratamento do transtorno no uso de substâncias psicoativas.

O capítulo IV descreve a método utilizado e o capítulo V apresenta a análise e discussão dos resultados. Para tanto, a reflexão teórica teve por base a Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986), bem como autores contemporâneos que contribuíram com o tema. Através da análise das crenças relacionadas ao consumo de crack, pôde-se observar o surgimento de uma melhor compreensão de aspectos que podem interferir na participação familiar no tratamento de seus membros consumidores de crack, indicando possíveis caminhos de intervenção para facilitar sua participação ativa no tratamento.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### CAPÍTULO I

#### HISTÓRICO E CRENÇAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE DROGAS

A World Health Organization (WHO, 1994), numa publicação intitulada *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, propõe uma definição de substância psicoativa que norteia as práticas profissionais e de pesquisa, esclarecendo que uma droga quando é considerada uma substância psicoativa é porque “(...) quando ingerida afeta os processos mentais, por exemplo, cognição ou humor. Esta expressão e seu equivalente, droga psicoativa, são os termos mais descritivos e neutros para todas as classes de substâncias, lícitas e ilícitas, (...). “Psicoativa” não implica necessariamente produção de dependência e, no linguajar comum, é frequentemente omitido, como em “uso de drogas” ou “abuso de substâncias”. (SENAD, 2010, p. 112).

Abreu e Malvasi (2011) comentam que as drogas sempre fizeram parte do nosso mundo. Trata-se de um fenômeno civilizatório, cujo percurso pode retratar o comportamento do homem em sociedade e fazer compreender as transformações na dialética *Homem x droga*. No tocante à sua utilização no passado, referem que o consumo ocorria dentro de contextos específicos, passando, na atualidade, a um uso cada vez mais diversificado e multideterminado que assume um caráter mais destrutivo e arriscado.

Na antiguidade, as drogas utilizadas provinham de processos e produtos naturais, cujo consumo tinha por objetivo obter um estado alterado de

consciência e, principalmente, de busca do prazer, circunscritos aos rituais da época. De acordo com Abreu e Malvasi (2011), sua utilização em contextos variados era realizada também com a crença de obter força e coragem nos embates do trabalho ou, até mesmo, nas lutas da honra pessoal ou coletiva.

Toscano (2001) reflete que o homem sempre buscou, através dos tempos, maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento. Entretanto, é importante pontuar que os hábitos e crenças de cada sociedade é que direcionavam o uso de drogas em cerimônias coletivas, rituais e festas. Os gregos, por exemplo, entendiam que qualquer droga se constitui em um veneno ou um remédio potencial, dependendo da dose, do objetivo do uso, da pureza, das condições de acesso a esse produto e dos modelos culturais de consumo.

Abreu e Malvasi (2011) ressaltam que uma das substâncias psicoativas mais presentes na história da humanidade é o álcool. Na Bíblia Sagrada, já é possível encontrar referências sobre uma embriaguez alcoólica protagonizada por Noé, em que o mesmo apresentou alterações no comportamento. Com o passar dos tempos, os registros históricos pontuaram a expansão do consumo do álcool pelas civilizações. (Roehrs, et al., 2008; Prata & Santos, 2006b).

No período medieval, durante a ascendência e o poder da Igreja, muitas pessoas, por conhecerem os efeitos não só do álcool como de outras substâncias psicoativas, foram mortas e/ou silenciadas pela Inquisição, para

não colocar em risco o poder dominante da época. O consumo dessas substâncias, com exceção do álcool, era restrito e combatido (Toscano, 2001).

Na Idade Moderna, fatores como as grandes navegações, a revolução industrial e o capitalismo levaram a uma concentração urbana, acarretando a industrialização da produção de bebidas, aumentando o consumo de álcool. O aumento do contato entre continentes facilitou o intercâmbio de outras drogas. Esse foi o período no qual o consumo de substâncias psicoativas começou a tomar proporções preocupantes. Egressos das colônias localizadas na Ásia, Índia, África e no continente americano traziam o costume de utilizar certas substâncias psicoativas, por prazer ou como remédio (Velho, 1994).

Em se tratando da civilização ocidental, Abreu e Malvasi (2011), comentam que, apesar das oportunidades de contato com os diversos tipos de drogas, o álcool foi, e ainda é, a substância mais consumida. Largamente utilizada para além dos rituais sagrados, foi inserida em práticas recreativas, ocasionando problemas no contexto das interações sociais e na saúde do indivíduo.

Esses autores, para tentar explicar a predileção dessa civilização por essa substância psicoativa, levam em consideração que outras drogas também já faziam parte do contexto cultural do ocidente. Eles ressaltam os efeitos e propriedades simultaneamente inebriantes e hipnóticas do álcool, além das anestésicas já conhecidas. Ao longo de uma prática de intoxicação voluntária, os registros históricos fazem menção à sua ação excitante, ao entorpecimento,

à sonolência e até ao coma. As crenças ligadas à natureza da libertação da realidade material produzida pelo álcool, induzindo a uma felicidade e a um êxtase próprio, encontram um paralelo histórico em outros estados de alteração provocados pelo misticismo ocidental.

Sendo assim, Abreu e Malvasi (2011) referem a grande importância do contexto sociocultural nos padrões de consumo ou de abstinência de cada membro das comunidades. O exemplo disso seria o caso dos grupos mulçumanos do norte da África e do Oriente Médio e certas igrejas ascetas protestantes no mundo ocidental (como batistas, metodistas, mórmons e adventistas do sétimo dia), considerados “culturas abstinentes”, já que haveria uma forte prescrição negativa ao uso de álcool.

Outra droga consumida em larga escala nos dias de hoje é o tabaco. Segundo o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o tabaco é uma planta cujo nome científico é *Nicotiana tabacum*, da qual é extraída a substância chamada nicotina. Seu uso surgiu aproximadamente no ano 1.000 a C., nas sociedades indígenas da América Central, em rituais religiosos com a crença de purificar, contemplar, proteger e fortalecer os ímpetos guerreiros, além de acreditar que a mesma tinha o poder de predizer o futuro. A planta chegou ao Brasil provavelmente devido à migração de tribos tupis-guaranis. A partir do século XVI, o seu uso foi introduzido na Europa, por Jean Nicot, diplomata francês vindo de Portugal, informando que o tabaco teria cicatrizado uma úlcera da perna, até então incurável.

Utilizado com fins curativos, eles ressaltam que o tabaco difundiu-se rapidamente, atingindo Ásia e África, no século XVII. Já no século XIX, iniciou-se o uso do charuto, através da Espanha, atingindo toda a Europa, Estados Unidos e demais continentes, sendo utilizado aliado a uma crença que daria status social. Por volta de 1840 a 1850, surgiram as primeiras descrições de homens e mulheres fumando cigarros, porém somente após a Primeira Guerra Mundial seu consumo apresentou uma grande expansão.

O CEBRID relata que o consumo de tabaco espalhou-se por todo mundo a partir de meados do século XX, com ajuda de técnicas avançadas de publicidade e marketing, que se desenvolveram nesta época. E a partir da década de 60, surgiram os primeiros relatórios científicos que relacionaram o cigarro ao adoecimento do fumante e, hoje, existem inúmeros trabalhos comprovando os malefícios desse consumo à saúde do fumante e do não fumante exposto à fumaça do cigarro. Nos tempos atuais o tabaco é cultivado em todas as partes do mundo e é responsável por uma atividade econômica que envolve muito dinheiro. Apesar dos males que o hábito de fumar provoca, o tabaco é uma das drogas mais consumidas no mundo.

Gigliotti, Presman e Aguilera (2012) comentam que atualmente é possível observar uma queda do consumo de cigarros no Brasil, entretanto a prevalência de dependentes da nicotina ainda é alta. Isso deve-se ao fato dessa substância ser altamente adictiva. A proporção de pessoas que usam o cigarro e “evoluem” para padrões de dependência é maior quando comparado a outras drogas como cocaína, morfina e álcool. Sendo assim, os autores,

ressaltam que, mesmo sendo a maior causa de morte evitável do mundo, provocando anualmente o óbito de 4,9 milhões de pessoas, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia, o tabaco ainda hoje é considerado por muitos, inclusive por profissionais da saúde, como uma droga leve quando comparada a outras, como, por exemplo, o crack.

Em se tratando do consumo de outras substâncias psicoativas, o SENAD (2010) menciona que há 4.000 anos a.C., os sumérios (que ocupavam a região conhecida hoje por Irã) faziam uso da papoula de ópio, que era denominada como “planta da alegria”. Em épocas passadas, diversos arquivos históricos de arquitetura e artesanato faziam alusões à papoula e aos estados de torpor decorrentes de seu consumo. Entretanto, mesmo sendo um dos mais antigos produtos psicoativos, apenas algumas das grandes civilizações aderiram por completo ao ópio, sendo o Oriente Médio, através da civilização árabe, o responsável pela difusão desse psicoativo para o mundo.

No século XX, ocorrem duas guerras mundiais que incrementam o consumo de outras drogas, já que o novo modelo econômico exigia que os trabalhadores fossem rápidos, ativos e, principalmente, sóbrios. As anfetaminas, por exemplo, foram utilizadas para aumentar o rendimento dos soldados e a morfina para aliviar a dor dos feridos. No entanto, os sobreviventes retornavam trazendo esta prática com outra intencionalidade, ou seja, a busca do prazer. (Roehrs, et al., 2008; Velho, 1994).

No que se refere a esta prática, Velho (1994) descreve que os americanos tomam consciência e se desiludem diante dessa "realidade brutal". Um contrassenso ao "sonho americano", que preconizava igualdade de oportunidades e prosperidade para todos, culminou na organização de movimentos estudantis que repercutiram na França e se espalharam pela Europa. O movimento *hippie* nos EUA questionava os valores da economia capitalista, buscando alternativas para viver um estilo onde a busca do prazer, da liberdade sexual, do afeto e da espiritualidade passam a ser fundamentais. Formaram-se comunidades de vida alternativas: sexo, drogas e *rock'nroll* são expressões da "juventude transviada", que ameaçavam o sistema vigente. Em 1961, o consumo acentuado, principalmente de maconha e LSD, levaram os EUA a propor a criminalização do consumo de drogas ilícitas, proposição esta, que se tornou uma resolução da ONU que é seguida por diversos países até os dias atuais.

Nos anos 80, ocorre uma intensificação do uso de drogas psicoativas, em especial, as produzidas em laboratório. As drogas sintéticas como anfetaminas, ecstasy e outras, fomentaram o estabelecimento de "cartéis internacionais de drogas", tendo na Colômbia sua concentração. O tráfico de drogas, cada vez mais organizado e ramificado pelo mundo, passa a ser a segunda maior economia mundial, só perdendo para a informática, produção de softwares e computadores (Oliveira, 1992).

Outro tipo de droga comercializada pelo tráfico é a maconha. Esta droga tem sido muito apreciada pelos efeitos perturbadores que suas propriedades

inebriantes exercem sobre o sistema nervoso, suscitando alterações em todo o espectro de emoções e sensações (Toscano,2001; Xiberras, 1997; Oliveira, 1992). Em se tratando da maconha, a civilização indiana desenvolveu diversas utilizações, desde usos com fins recreativos e populares, até a utilização mais elitista e sigilosa reservada aos sacerdotes. Porém, em outras civilizações do final do século XX, a maconha consegue fascinar a Europa da mesma forma que conseguia seduzir os Estados Unidos nos anos 1960 (Costa, Rebolleto & Lopes, 2007; Xiberras, 1997; Velho, 1994).

No que se refere ao consumo de cocaína, Alves, Ribeiro e Castro, (2011) apontam que é uma substância consumida há milhares de anos, principalmente pelos povos pré-colombianos. Com o passar do tempo, esse tipo de droga ganhou popularidade na Europa, por intermédio de vinhos e tônicos, no final do século XIX. A partir desse momento, a cocaína começou a adentrar no Peru, espalhando-se para outros países produtores. Visto que as descrições de efeitos indesejáveis e relatos de dependência eram recorrentes, a substância passou a ser proibida a partir das décadas de 1910 e 1920.

Perrenoud e Ribeiro (2012) ressaltam que, por volta de 1970, na América do Sul, o consumo de cocaína pela via pulmonar era praticamente desconhecido. Neste tempo, o hábito de fumar a pasta de folhas de coca começou a ganhar popularidade, com o aumento progressivo ao longo da década, tanto nos países Sul Americanos, muitas vezes os produtores, quanto nos Estados Unidos. A pasta de folha de coca ou pasta básica (sulfato de cocaína) é obtida por meio da maceração ou pulverização das folhas de coca

com solvente (álcool, benzina, parafina ou querosene). Eles afirmam que esta droga é chamada nos países andinos de *basuco*, referência à potência de seus efeitos psicotrópicos (*bazuca*). Comentam que na transição para os anos 80, surgiu nos Estado Unidos a cocaína na forma de base-livre ou *freebasing*, sintetizada a partir da adição de éter sulfúrico à cocaína refinada em meio aquoso altamente aquecido. Por causa do risco de explosão na sua fabricação, esse tipo de mistura de droga caiu em desuso.

A cocaína voltou a ganhar atenção na década de 1980, segundo Karch (1998), estando sempre relacionada à melhoria de desempenho do trabalhador e às benesses ligadas ao seu efeito euforizante. Nesta época, as crenças que subsidiavam o consumo desta droga também traziam no seu contexto o glamour que fazia parte da forma de funcionamento dos grandes centros urbanos.

Os anos 90 foram marcados por um grande consumo de cocaína. O advento do neoliberalismo e a globalização, instalados neste período, influenciaram a redução da qualidade dos serviços públicos, como a saúde e a educação. Foi constatado o aumento do desemprego, da violência e da dependência ao uso de substâncias psicoativas, sendo a droga usada como amenizador do sofrimento e das tensões sociais (Toscano, 2001; Xiberras, 1997; Oliveira, 1992).

O consumo de drogas já considerado como grave problema de saúde pública (Pratta & Santos 2006a; Oliveira, 1992; Velho, 1994), gera ações

governamentais, visando o seu controle. Incluem financiamento e cooperação técnica que, em alguns casos, demanda deslocamentos de equipamentos e de militares entre países. Na esfera jurídica, verificam-se reformulações legais, revisando o alcance de punições de condutas relacionadas ao consumo, produção e tráfico de drogas. Instituições sanitárias e educacionais investem, por todo o mundo, recursos financeiros e humanos na pesquisa e no controle do fenômeno (SENAD, 2010).

Entrando em acordo com o *modos operandi* da sociedade atual, várias classes e instâncias sociais consomem drogas. Esse consumo reforça a crença já instaurada no contexto contemporâneo, de que o funcionamento hedonista, a qualquer custo, precisa ser atendido. Vivenciar o prazer imediato, aqui e agora, passa a conduzir a lógica do momento, em detrimento dos prejuízos atrelados a esse funcionamento. Reconhecendo a gravidade das repercussões na saúde das populações e seu custo social, a comunidade internacional empreende importantes esforços para controlar o consumo de drogas (Roehrs, et al., 2008; Velho, 1994; Xiberras, 1997).

Perrenoud e Ribeiro (2012) salientam que o aumento no consumo de diversas drogas, particularmente aquelas mais baratas, de maior difusão e lamentavelmente de maior impacto social, tem acarretado o desenvolvimento de muitos estudos na área, sendo o crack uma droga bastante estudada atualmente. A base-livre ou *freebasing*, sintetizada a partir da cocaína é considerada, no Estados Unidos, a precursora do crack.

Esses autores referem que o crack surgiu entre 1984 e 1985, nos bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami. A droga, no início, era obtida através de um processo caseiro e utilizada em grupos, dentro das casas com vestígios de abandono e precariedade, os chamados *crack houses*. O seu nome (crack) teria sido advindo do processo de consumo, nos quais os cristais eram fumados em cachimbos e quando expostos ao fogo estalavam (*cracking*), sendo esta característica o ponto de partida para o seu nome. O crescimento do consumo de cocaína e seus derivados (crack) nos Estados Unidos se alastrou, fazendo do país o maior mercado consumidor durante décadas.

Ainda há poucos relatos sobre como o crack chegou ao Brasil e as poucas informações que se tem são geralmente provenientes da imprensa ou de órgãos policiais. Perrenoud e Ribeiro (2012) comentam que as apreensões de crack realizadas pela Polícia Federal se iniciaram a partir dos anos de 1990, aumentando 166 vezes no período de 1993 a 1997. Diante desses relatos, surgem informações de que o aparecimento do crack no Brasil estava ligado a bairros paulistas da zona leste como: São Mateus, Cidade de Tiradentes e Itaim Paulista, para, em seguida, alcançar a Estação da Luz, conhecida como “Cracolândia”, no centro da cidade.

Levantamentos epidemiológicos com pessoas em situação de rua não apontavam o consumo desta droga antes de 1989. Em 1993, de acordo com estes estudos, o consumo na vida que era de 36%, passou a 46% em 1997. Neste período os ambulatórios especializados passaram a sentir o impacto

deste consumo. A crença que o crack poderia ser uma droga “mais segura”, fez com que os adeptos de drogas injetáveis abandonassem esta via de administração, com receio da contaminação pelo HIV, escolhendo o crack como alternativa (Perrenoud & Ribeiro, 2012)

Outro fator preponderante para o grande aumento no consumo de crack, segundo Perrenoud e Ribeiro (2012) e Saporì e Sena (2012), foi a atração pelos preços reduzidos e os efeitos fortemente intensos, seduzindo os que buscavam estas sensações. O II Levantamento de álcool e outras drogas (LENAD, 2012) corroboram com a afirmação e ressaltam que o intenso prazer, o baixo custo da droga e a falta de políticas públicas nas esferas sociais e de saúde, fizeram do Brasil o país que mais consome crack no mundo.

O alastramento do crack foi observado, principalmente, em ambientes em que era constatada exclusão social. Trata-se de uma droga de ação rápida, “que promove mudança de estado psíquico e por isso permite negar, alucinar a realidade, a um custo menor e de forma mais eficaz do que o álcool e a maconha e inquestionavelmente mais acessível do que a cocaína” (Soussumi, 2012, p. 599). Ribeiro, Duailibi, Perrenoud e Sola (2012) apontam que essa droga foi sendo consumida, na maioria dos casos, sem controle, com episódios, muitas vezes, intercalada com crimes aquisitivos devido à falta de dinheiro para comprar mais droga e por interrupção condicionada à exaustão física e psicológica. Já Ribeiro, Nappo e Sanchez (2012) também apontam que esses envolvimento em atividades ilícitas justificam as altas taxas de mortalidade ligadas ao consumo da droga.

Diante do exposto, ao observar as crenças inseridas nos contextos atuais, Washton e Zweben (2009) referem que podem estar situadas na tendência de obter o prazer imediato, sendo ele rapidamente substituído por outro. Tudo isso acaba por gerar uma cultura do descartável, em que as experiências da vida são percebidas sob essa ótica, mexendo de uma forma abrupta nos valores sociais, nos estilos de vida, nas relações interpessoais, dentre outros. Eles ressaltam que as drogas, sejam lícitas ou ilícitas, por vezes, têm a perversa capacidade de desviar o curso de vida dos consumidores de modo irreversível.

Abreu e Malvasi (2011) mencionam que substâncias psicoativas e os estados alterados de percepção exerceram e ainda exercem papel importante na estruturação de sistemas sociais, culturais e místicos. Defendem que adotar uma perspectiva reflexiva sobre os aspectos transculturais, sociais e ritualísticos do uso de drogas, implica operar a análise dos contextos socioculturais em favor das inter-relações de sujeitos, das técnicas e das substâncias que criam e são criadas pelas práticas modernas.

Neste caso, observa-se que a droga, seja ela qual for, pode estar envolvida por várias crenças: rituais religiosos; ganhar mais força; diminuir o sofrimento ou aumentar a alegria; ser usada como simples experimentação ou de forma recreativa; ou ainda para vencer uma dificuldade psicológica simples: “soltar-se” em uma festa, paquerar, ajudar em um momento de sofrimento, dentre outros. Porém, é a frequência e/ou intensidade do uso da substância e seu contexto relacionado, além de outros fatores, que podem acusar a

instauração ou não de uma relação problemática de uso (SENAD, 2010). Então, pode-se refletir, que esses contextos em que a droga é consumida e também as crenças relacionadas a este consumo, vão dizer muito dessa relação entre o Homem e o fenômeno “Drogas”.

Azzi (2010), quando versa sobre o assunto, trazendo as contribuições da Teoria Social Cognitiva, refere que “(...) somos possuidores de um conjunto de capacidades básicas que nos permite diferenciarmo-nos no e pelo contato com a cultura em que estamos inseridos (...) as pessoas são produto e produtoras dos sistemas sociais (...)” (Azzi, 2010, p. 254).

Por fim, pode-se dizer que o momento enfrentado pela sociedade contemporânea tem nos trazido a vivência de um novo paradigma, em que o aumento do consumo de drogas é um dos fatores importantes no que se refere às transformações atuais do mundo. Waston e Zweben (2009) salientam que hoje se observam mudanças nas estruturas produtivas, no mercado financeiro, nas relações interpessoais e, principalmente, na saúde, devido ao fenômeno “drogas”; o que acarreta transformações profundas no modo de ser contemporâneo.

## CAPÍTULO II

### A COMUNIDADE TERAPÊUTICA: CARACTERIZAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

#### 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIOCULTURAIS

Tendo em vista o constante aumento do consumo de substâncias psicoativas (SPA) concomitante à falta de políticas públicas eficientes para atender a demanda de atenção à saúde dos consumidores de drogas, muitas das instituições como: grupos anônimos, clínicas ou casas de recuperação, hospitais, dentre outros, juntamente à sociedade civil, têm se proposto a desenvolver trabalhos de assistência e tratamento aos Indivíduos Consumidores de Drogas (ICD). Segundo Costa (2001), o número dessas instituições cresce à medida que a demanda aumenta, levando grupos, comunidades, associações, clubes de serviços e igrejas a organizarem trabalhos de atendimento a esse segmento. As propostas de formas de atendimento a essa população variam de acordo com a visão de mundo, perspectiva política, ideológica e religiosa dos mentores desses serviços.

Os Indivíduos Consumidores de Drogas (ICD) geralmente são sensibilizados pela família ou por alguma Organização Não Governamental (ONG) a iniciar o tratamento, pois raramente se conscientizaram que necessitam de ajuda para vencer o problema. A maioria deles está com suas relações sócio familiares prejudicadas, quando não destruídas, e com seus

projetos educativo e profissional interrompidos. Muitos vivenciam um processo de exclusão social decorrente do consumo de substâncias psicoativas (SPA) de forma recorrente. Mas, por outro lado, esse processo de exclusão já é instaurado antes mesmo do transtorno, pois, na maioria das vezes, essas instituições recebem pessoas oriundas de segmentos já excluídos social e economicamente (Costa, 2001).

Gomes (2010) defende que o ICD é, portanto, “um ser humano que carrega em si o condicionamento cultural de seu contexto existencial da forma mais negativa possível” (Gomes, 2010, p.2). Tal afirmação deve-se ao fato de que os indivíduos apresentam distintos graus de sensibilidade à problemática que os cerca, desde questões relacionadas à adolescência, até traumas mais severos causados pela exclusão da participação nos bens culturais de sua sociedade; a falta de acesso a melhores condições materiais; crises familiares mal resolvidas; entre outros. É a esse ser que se deve proporcionar condições não apenas de abstinência, mas, acima de tudo, de um reposicionamento em face de sua existência.

Diante desse contexto, De Leon (2012) refere que a comunidade terapêutica (CT) tem construído uma eficiente abordagem de tratamento do transtorno no uso de substâncias psicoativas (TUSP) e de problemas da vida vinculados a esse transtorno. Entretanto, para que se consiga entender melhor os modelos desse tipo de serviço e seus modos de funcionamento, torna-se importante refletir que a CT é fundamentalmente uma abordagem de “auto-ajuda”, desenvolvida primordialmente fora das práticas psiquiátricas,

psicológicas e médicas tradicionais. Essas questões podem embasar e/ou explicar por que recebe tantas críticas, principalmente de quem trabalha nos moldes tecnicistas.

A CT tem sido percebida, principalmente por quem não participa dela, de várias maneiras, tanto positivas como negativas. Esse autor indica que muitas vezes isso decorre de informações insuficientes. Ele refere que dada a história de abordagem de tratamento não-convencional, “alternativo”, há uma necessidade particular de retratar com precisão a CT como recurso eficaz, seguro e digno de crédito. Um relato explícito da perspectiva, das bases, dos princípios e métodos que sustentam a abordagem da CT pode ajudar a corrigir algumas dessas concepções errôneas e proporcionar um quadro mais equilibrado do lugar da CT na gama de serviços humanos.

Gomes (2010), ao refletir sobre o tema, sugere que um dos possíveis motivos para as CT's serem mal vistas nos dias de hoje, pode está atrelado à sua história. Pode-se dizer que elas encontram em manicômios e prisões, uma espécie de ponto de partida negativo. Contudo há, pelo menos do ponto de vista da teoria, elementos em sua estrutura que não se confundem com esse tipo de modelo manicomial. Sendo assim, pode-se dizer que as condições concretas dos modelos manicomiais estimularam a maneira negativa de se pensar as “Instituições Totais”. Ele relata que qualquer grupo de pessoas pode desenvolver uma vida própria que se torna significativa, razoável e normal, desde que você se aproxime dela, e que uma boa forma de conhecer qualquer

contexto é submeter-se à companhia de seus participantes, de acordo com as pequenas conjunturas a que estão sujeitos.

Deste modo, o autor corrobora a ideia que a CT se constitui em uma espécie de mundo possível dentro de um mundo maior. Reflete que a “Instituição Total” seria um local de “residência e trabalho em que um número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Gomes, 2010, p.13). Neste sentido, ele suscita que a CT, pelo menos do ponto de vista teórico, implica em uma nova dimensão do processo asilar que deve ser chamado de processo de convivência. O indivíduo consigo próprio e com o coletivo, deve envolver-se e desenvolver-se num clima de reflexão, diálogo argumentativo e com o propósito de transformação pessoal que possibilite uma mudança conceitual importante.

Autores como Costa (2001), De Leon (2012), Sobel (1986) e Winick (1991), explicam que a abordagem básica da CT baseia-se no tratamento da pessoa inteira por meio do uso da comunidade de companheiros, ampliada pela inclusão de inúmeros serviços adicionais vinculados à família, à educação, à formação vocacional e à saúde. Todavia, o que se enxerga nos dias de hoje é o crescente aumento dos profissionais de saúde, assistência social e de educação atuando ao lado de “paraprofissionais” recuperados.

O *National Institute on Drug Abuse* – NIDA (Instituto Nacional para o Abuso de Drogas) em 1976, organizou a primeira conferência de planejamento

das Therapeutic Communities of America (TCA - Comunidades Terapêuticas da América), fato este que desde então veio aumentando o interesse da comunidade científica sobre o tema. (De Leon, 2012).

De Leon (2012) refere que o fato das CT's estarem se adaptando a diferentes populações, bem como a diferentes protocolos de tratamento próprios e de durações variadas de permanência, resultaram no grande aumento desses serviços. Deste modo, o próprio modelo tradicional de longa permanência tem implementações distintas. Ele ressalta que não se conhecem os níveis e o alcance da conservação dos elementos básicos das CT's, e o mais grave é que se torna notório que nem esses conceitos são conhecidos pelos implementadores desses serviços, tornando esses programas adaptados através da experiência pessoal de cada um. Além disso, essa ampla diversidade de programas dificulta a avaliação da eficácia geral da modalidade CT, acentuando a necessidade de definir elementos essenciais do seu modelo e método.

Esse mesmo autor aponta que a permanência tradicional do tratamento nas CT's, vem se constituindo de 12 a 18 meses, contudo, mudanças recentes na população dos ICD, nas realidades clínicas e nos requisitos de investimento, estimularam a criação de CT's residenciais modificadas com permanências mais curtas (3, 6 e 12 meses), bem como modelos de tratamento tipo hospital-dia.

De Leon (2012) ainda salienta que o ensino da CT tem se apoiado primordialmente na tradição, ao passo que o conhecimento advindo exclusivamente da experiência de recuperação pessoal e do ritual dos programas tende a permanecer estático, não-responsivo a diferenças individuais ou a mudanças circunstanciais. Logo, é vital uma compreensão conceitual ou teórica da abordagem da CT para que se adaptem seus princípios e práticas para atender à maior diversidade de ICD's.

O modelo e o método da CT surgiram das experiências de tentativa e erro em que os primeiros participantes criavam e administravam suas próprias comunidades de auto-ajuda. Desde então, três gerações de trabalhadores participantes, ou "paraprofissionais", aprenderam a abordagem da CT principalmente por meio da experiência e da aprendizagem pessoal. Essa tradição oral, embora constitua um modelo essencial e íntimo de comunicação na CT, tem limitado a aplicação mais ampla da abordagem (De Leon 2012, p.09).

Segundo a Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), ao citar Frederich B. Glaser no livro "As Origens da comunidade terapêutica sem drogas: uma história retrospectiva", refere que a ideia de comunidade terapêutica, mesmo que a priori não tivesse relação com o tratamento para consumidores de drogas, existe há mais de dois mil anos. Uma comunidade de essênios, que reunia pessoas com "problemas da alma" (temores, angústias, descontroles emocionais, paixões desvairadas), tinha uma

"regra da comunidade" ou "manual de disciplina", muito parecido com as normas existentes nas atuais Comunidades Terapêuticas.

Em busca de sua real essência Gomes (2010) e De Leon (2003), relatam que os precursores imediatos da moderna CT de tratamento dos TUSP, denominadas "CT de conceito" são prontamente identificáveis pelo exame de genealogia de programas que proliferaram no início e meio do século XX, na América do Norte e mais tarde na Europa. Uma linha conceitual pode ser vista resultando dos programas modernos de CT influenciados pelo grupo Oxford (organização religiosa fundada na segunda década do século XX), nos Alcoólicos Anônimos (A.A. – Associação fundada em 1935 em Akron, Ohio, por dois alcoolistas em recuperação) e pelo Synanon (Fundada em 1958 já baseada nas influências do AA) (Sabino & Cazena, 2005; De Leon, 2012).

Mais tarde, movimentos registrados na Inglaterra e nos Estados Unidos, (Grupos Oxford, A.A., Synanon e Day Top) apresentavam uma clara motivação ética e espiritual e, até hoje, influenciam uma parcela considerável de CT em todo o mundo. Em 1953 o psiquiatra escocês Maxwell Jones propôs o que foi denominada de "3ª Revolução na Psiquiatria". A CT proposta diferia em tudo dos hospitais psiquiátricos então existentes. Estes apresentavam uma estrutura rigidamente hierarquizada e que atuava de modo autocrático (De Leon, 2012).

Esse autor explica que apesar da busca por linhas teóricas mais consistentes, não há, até o momento, um histórico abrangente nem profundo das CT's de tratamento dos Transtornos no Uso de Substâncias Psicoativas

(TUSP), pois os levantamentos realizados são limitados. Deste modo, com o passar do anos, muitas atividades desses programas de tratamento se engessaram em hábitos e rotinas. Isso reflete o fato de que as razões educacionais e terapêuticas fundamentais que estão na base dessas atividades, em geral, não estão claras para os participantes e, muitas vezes, até para os profissionais. Neste sentido o que a maioria das CT's fazem costumam ser entendidos a partir da experiência pessoal, ou seja, "funcionou para mim, então é assim que se faz".

Ele salienta que por causa de toda construção histórica de como esses serviços vêm se adaptando, nota-se que há um número crescente de funcionários profissionais convencionais (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, etc.) trabalhando nas CT's. Com base em sua formação acadêmica e profissional, eles introduzem vários conceitos, e mesmo sem perceber, internalizam linguagens e métodos que muitas vezes se contrapõem às características essenciais de "auto-ajuda" que balizam a abordagem da CT. Uma base teórica explícita pode proporcionar a perspectiva comum para formação tanto de profissionais como de "paraprofissionais" recuperados, de modo que os dois grupos possam se unir em sua abordagem de tratamento (De Leon, 2012; Sabino & Cazena, 2005).

Um fato que pode nortear a intensa proliferação de CT's é que muitos programas de tratamento de TUSP se denominam CT's. Mas, muitas vezes, não está claro se esses programas constituem modelos de CT's válidos. De Leon (2012) ressalta que há razões pragmáticas para desenvolver padrões

para programas de CT's: manter a certeza da qualidade e das melhores práticas ,orientar a formação de funcionários e avaliar a eficácia e a relação custo/benefício do tratamento que a CT oferece. Sendo assim, faz-se necessária uma formulação teórica sólida dos elementos essenciais a fim de facilitar a elaboração de padrões de cada programa, questão esta que pode surgir em outros estudos.

Corroborando o exposto, ele ressalta que no núcleo do corpo prático que advém desde a década de sessenta, as CTs não concebem a si mesmas em termos analíticos, nem concebem seus métodos de acordo com um plano teórico. De sua perspectiva, a mudança individual resulta do impacto global da vida em comunidade, e por isso o nome. Assim, a decomposição da abordagem em elementos terapêuticos e educacionais, comuns à maioria das CTs, são implementados em cada novo ambiente como processo vital de recriação de comunidades capazes de ajudar e ensinar, de forma que não há duas CTs iguais, tendo suas culturas uma evolução peculiar.

Além das diferenças mais evidentes de composição de tipo de demanda atendida, experiência do pessoal, idade, objetivo e recursos do programa, as CT's podem desenvolver diferenças em termos de crenças e de estilos de liderança. Embora as CTs tradicionais tenham mais semelhanças do que diferenças entre si, um conjunto teórico único não tem, no momento, condições de apreender essas importantes nuances em termos de cultura, de prática, de filosofia e de fundamentação psicológica (De Leon, 2012; Goti, 1990).

Em se tratando da contemporaneidade, a literatura aponta que existem duas vertentes de CT's: uma voltada para a psiquiatria social, que oferece um espaço para tratamento de pacientes psiquiátricos, oriunda da Grã-Bretanha nos anos 40 e outra modalidade, surgida cerca de 15 anos depois na América do Norte, que contempla "programas de tratamento residencial, baseado na comunidade, de dependentes de drogas e alcoólicos" (De Leon, 2012, p. 13).

Os elementos essenciais que baseiam essas comunidades seriam o fato delas serem designadas enquanto um local "organizado como comunidade no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de propriedades de cura" (De Leon, 2012, p. 14).

Na tentativa de buscar alguma definição que norteie a prática nas comunidades terapêuticas, pode-se eleger De Leon, (2000), que comenta o fato da CT não se destinar a todo tipo de ICD, ela deve ser aceita voluntariamente e que o consumidor de drogas é o principal ator de sua "cura", ficando a equipe com o papel de proporcionar apoio e ajuda.

O mesmo autor ainda enfatiza que a natureza terapêutica da CT fala de todo o ambiente, sobre sua grande flexibilidade, no enfoque da pessoa como um todo e diz que é um processo a longo prazo, que deve resultar em mudança pessoal e no estilo de vida. Finalmente, adverte sobre o perigo de serem introduzidas práticas que contrariem a essência da proposta da CT.

Brotando do arcabouço teórico das CT's estão os princípios de que o ser humano, como um ser relacional, constrói a sua identidade na relação com o outro. O ideal para um indivíduo que vive em comunidade é possuir um relacionamento de intimidade com os outros participantes, solidariamente afetivo. O que acontece é que um indivíduo da comunidade influencia a coletividade e vice-versa, sendo a participação de todos, o elemento essencial da vida comunitária (Costa, 2011; Gomes, 2010).

## **2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

Em contraponto à noção primordial de “auto-ajuda”, o Ministério da Saúde dispõe a portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), que refere existir “os Serviços de Atenção em Regime Residencial” que são serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, levando assim também a nomenclatura de Comunidade Terapêutica (CT).

De acordo com as leis, ficam aprovados os serviços com requisitos de segurança sanitária que se adequem ao funcionamento em regime de residência. Esta portaria relata que o principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com TUSP deverá ser a convivência entre os pares. Todavia, deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação, sendo a admissão realizada mediante prévia avaliação diagnóstica. Neste

caso, Sabino e Cazena (2005) comentam que este modelo que mescla o conhecimento técnico com a convivência em “micro-comunidade” é o modelo mais atual desse espaço terapêutico que talvez, sendo este também chamado de CT, cause alguma confusão conceitual.

O conceito de comunidade é bastante amplo. Gomes (2010) reflete que por isso é passível de inúmeras interpretações, algumas até contraditórias, transformando-se em algo pouco produtivo do ponto de vista da geração e transmissão de conhecimentos. Já no que se refere ao modelo que está sendo proposto nesta pesquisa, ele aponta tal fundamentação nas normas da ANVISA, e tem seu embasamento ético nos treze (13) princípios desenvolvidos pelo NIDA.

Podem ser achadas na literatura algumas críticas a esse processo inerente às CT. Gomes (2010) ressalta que questões como a mentalidade de ficar “preso” até o fim do tratamento pode ser um dos fatores que dificulta a construção de algum projeto de vida executável quando ocorre a esperada alta. Além disso, uma das características marcantes do quadro dos ICD é a inaptidão motivacional, isto é, eles elaboram inúmeros projetos de vida, dos quais na grande maioria não conseguem realizar com êxito, uma vez que entre planejar e executar há uma enorme distância. Outra crítica antiga pode ser atrelada à precariedade de sistematização e metodologia dos modelos das CT existentes, fato este já explanado neste capítulo.

Entretanto, com relação às CT, pode-se dizer que nem tudo são flores ou espinhos. Sabino e Cazena (2005) refletem que entre o final da década de 1960 e as décadas de 1970 e 1980, houve alguns avanços, que vão desde o antigo modelo de enxada e reza, até um padrão voltado à cidadania e respeito aos direitos individuais dos usuários. Então, pode-se entender que as CT's podem ser um avanço na geração de opções para quem deseja abandonar o consumo de substâncias psicoativas.

Sendo notória a falta de políticas públicas, Gomes (2010) comenta que a CT, é por natureza, um modelo (re)educativo, muitas vezes incitado pela sociedade civil, que tenta preparar o ICD para o regresso à vida social. Pode-se entender que estas instituições se utilizam de três eixos básicos e um eixo contemporâneo: fé ou consciência do sobrenatural; coercivo (regras e regulamentos) e linguagem (revisão da forma de interpretar o mundo a partir de uma alteração significativa na instituição social primária: a linguagem). O outro eixo pode está atrelado ao conhecimento acadêmico (tecnicista) – presença de profissionais médicos, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros.

A partir dessas considerações ele salienta que é possível utilizar o ambiente da CT como elemento de valor (re)educativo e, na mesma proporção, terapêutico em outros sentidos, sem tentar simplificar o que é complexo nas suas concepções.

Assim sendo, deve-se considerar que na vida coletiva da CT, existe a necessidade de organização administrativa (burocratização) e distribuição de

tarefas, uma espécie de divisão do trabalho social (estabelecimento de hierarquias), sendo aí que o entendimento de CT nos moldes antigos, “auto-ajuda”, cai por terra. A concepção de uma comunidade de iguais não se alinha com o processo de hierarquização, ao passo que esse processo, se criado entre os ICD’s, poderia se caracterizar de forma arbitrária e exclusivista e isso não se harmoniza com o papel que se espera da CT, pois fere o princípio da democratização. Talvez por isso se deu de forma sutil a entrada de outros profissionais além dos “paraprofissionais” recuperados (Gomes, 2010; Fracasso, 2002).

Questões como estas consideram alguns objetos para reflexão no que se refere à diferenciação das CT nos moldes básicos, para os novos modelos de CT, mesmo que esses últimos não tragam consigo um aparato teórico mais consistente. Gomes (2010) enfatiza que a CT deve ser vista como uma organização administrativa e isso implica em hierarquização. Sendo assim, o autor faz as perguntas: como a CT se estabelece com relação a hierarquização? Quais os critérios para a distribuição do poder? Será que a distribuição de tarefas ou trabalhos implica em mão de obra qualificada? Será que envolve ainda direitos trabalhistas? Deste modo, como a CT elabora soluções a essas questões? Tais reflexões são fundamentais para se entender o que acontece com inúmeras comunidades terapêuticas hoje.

Se a RDC 101/01 da ANVISA, dispositivo legal que norteia e coordena todas as comunidades terapêuticas no Brasil, permite que exista no tratamento desses serviços o uso de medicações, torna-se claro que os membros do corpo

de profissionais das comunidades terapêuticas, devem incluir, via de regra, médicos e, quando não, auxiliares de enfermagem (em nível de Ensino Médio ou Ensino Técnico) nos seus quadros, para aplicarem essas determinações.

Gomes (2010), ainda aponta para questões como: Se os tratamentos são pagos, o tempo de permanência não é uma “fidelização” involuntária da carteira de clientes? Algumas instituições são beneficiadas pela lei da filantropia e por outros incentivos fiscais que o Poder Público dá, nesse sentido há, mesmo assim, cobranças pelos serviços prestados? Quais os critérios que avaliam a qualidade desses serviços? Como se distribuem os lucros desses serviços se houverem? Como é a sua constituição jurídica? Quais são os dispositivos éticos a nortear as relações daí advindas? Deste modo, é preciso que se descubra como cada CT lida com suas próprias contradições, deixando claro que novos estudos que se centrem especificamente nas respostas a estas perguntas precisam ser fomentados no intuito de subsidiar com mais clareza a implementação desses serviços.

Diante do exposto, pode-se refletir que saber manter um equilíbrio entre as contradições e as construções coletivas, tornam o fazer dessas instituições necessárias. Gomes (2010) aponta que as contradições não podem superar a capacidade de constituir um trabalho conjunto, ético e baseado em evidências científicas, e caso isso aconteça, irremediavelmente o projeto comunitário estará fadado ao insucesso.

Por fim, concordando com o autor, pode-se enfatizar que existe uma legislação que trata da matéria, bem como um conjunto de princípios eticamente elaborados, tendente a organizar os serviços prestados pelas CT's. Todavia, explanar sobre esse assunto deixa claro que existem questões ainda não discutidas mais a fundo, fato este que ratifica a ideia que existem pontos críticos que precisam ser discutidos com maior preocupação, sugerindo que novos estudos sejam realizados, na tentativa de minimizar tamanha instabilidade teórica e metodológica.

## CAPÍTULO III

### O PAPEL DA FAMÍLIA E SUA INFLUÊNCIA NO TRATAMENTO DOS CONSUMIDORES DE DROGAS

Para investigar o papel da família e sua influência no tratamento do “Transtorno no Uso de Substâncias Psicoativas” (TUSP), é importante refletir sobre a fase da adolescência. Estudos científicos mostram que é comum a experimentação de drogas pelos jovens em algum momento de sua vida, no entanto, para muitos esse consumo será habitual e perigoso, sendo nesta fase em que comumente surgem os conflitos familiares relacionados às drogas (Bessa, 2012).

Nesta etapa da vida, segundo Schenker e Minayo (2004), os jovens passam por importantes transformações para a aquisição de competências pessoais e sociais, tornando-se um período crítico para o seu desenvolvimento. O uso de drogas, por sua vez, pode tornar-se uma forma de lidar com essas questões, ou mesmo com as situações “problemáticas” da vida, sendo este um fenômeno complexo que remete, necessariamente, à influência do contexto sociocultural e familiar.

Os dados epidemiológicos mais atuais (WHO, 2012) indicam que um número cada vez maior de indivíduos recorre às drogas, que existe um consumo iniciado antes mesmo da adolescência, ainda que de forma experimental. Tal fato, segundo Roehrs, et al., (2008), pode vir a comprometer

a construção da identidade dos jovens nesse período crítico em que estão se delineando novas perspectivas da vida, com significados próprios.

Esses autores salientam que o rito de adolecer, para além das transformações físicas e psicológicas, é caracterizado por diversos conflitos e mudanças na personalidade. O homem é um ser capaz de adaptar-se e transgredir suas próprias regras quando surgem dificuldades impostas no seu mundo cotidiano, buscando formas mais satisfatórias para realizar seus objetivos. No caso dos jovens, esse comportamento “transgressor” pode ser interpretado como uma forma de experimentar novas representações de si mesmo no intuito de consolidar sua própria identidade.

Formiga (2011), ao comentar sobre a família nos últimos anos, aponta para uma suposta “crise estrutural e funcional”, principalmente no que diz respeito ao papel social e à influência que ela tem em relação à dinâmica do indivíduo e sociedade. Nota-se que há um “hiato” nesta instituição no que se refere ao apoio para a responsabilidade na promoção de comportamentos socialmente desejáveis dos membros que a compõem, ressaltando-se os jovens e os adultos.

O autor supracitado pontua que, apesar da suposta crise, a família ainda exerce uma grande influência nos aspectos psicossociais, atitudes, personalidade, motivação, valores, dentre outros, enfim, na formação das pessoas. Estudar este sistema familiar pode ajudar a compreender a dinâmica sócio-humana na construção dos fenômenos psicossociais gerados dentro e

fora dessa instituição. O sistema básico para as transformações pessoais pode estar diretamente atrelados à família, com ampla diversidade de valores, formas de organizar o seu modo de vida e exercer funções, como o cuidado à saúde de seus membros. Sendo o núcleo familiar o primeiro a se estabelecer, sua dinâmica pode ajudar ou retardar a experimentação e continuidade do consumo das drogas, tendo um papel primordial no que diz respeito principalmente à prevenção.

Porém, observa-se que as crenças e os padrões culturais contemporâneos, intra e extra-familiares, estão muitas vezes carregados de estímulos ao uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool e o tabaco. Neste sentido o ambiente familiar seria o *locus* privilegiado para se estimular práticas mais saudáveis, compartilhando crenças e valores (Roehrs, et al., 2008).

Ao refletir sobre a eficácia familiar, pode-se citar alguns trabalhos (e.g., Bandura, Caprara, Barbarelli, Gerbino & Pastorelli, 2003) baseados na Teoria Social Cognitiva (TSC). Esses estudos referem que uma elevada auto-eficácia familiar favorece o desenvolvimento saudável e auxilia seus membros mais jovens no enfrentamento das situações de risco, tornando-os mais aptos a resistirem às pressões sociais para consumirem drogas ou adotarem outras condutas de risco (Santana, 2009).

Ter a família como um fator protetivo pode fazer com que, principalmente o jovem, evite entrar em contato com as drogas lícitas, sendo

elas, na maioria dos casos, porta de entrada para outras drogas (ilícitas). Outro fato levado em consideração, é que quanto mais cedo se dá o início do uso de outras substâncias, mais vulnerável fica o indivíduo de “escalar” para drogas que tragam maior prejuízo (Sanchez & Nappo, 2002).

Fatores como a influência dos pares e modelos de referência na adoção de comportamentos mais proativos fazem com que a TSC tenha especial relevância para o estudo em questão. Deste modo, as contribuições advindas da teoria desenvolvida por Albert Bandura merecem uma reflexão neste momento.

Bandura (1986) defende que grande parte do comportamento humano é aprendido por meio da modelação social e que as pessoas são seres proativos, auto-regulados, auto-reflexivos e auto-reativos. São capazes de intencionalmente planejar suas ações, antecipando o futuro, representando-o cognitivamente e ajustando-o às suas necessidades e desejos. São agentes intencionais de sua própria história.

Estudos especificam que as diferentes formas da ação humana são influenciadas pelo sistema familiar. Referem que a eficácia desse sistema é um mecanismo central através do qual todos os aspectos do desenvolvimento pessoal e de bem-estar durante o período formativo da vida podem ser acometidos (Caprara & Barbaranelli, 2011)

Segundo os autores, as pesquisas sobre a ação humana tem-se centrado, quase exclusivamente, na agência humana individual, que, conforme Bandura (2001, p.6), “se caracteriza pela consciência e intencionalidade com a qual o homem funciona em seu contexto e circunstância de vida”. No entanto, os membros da família também influenciam e são influenciados neste contexto, permitindo que a TSC amplie o conceito de agência humana do individual para o coletivo (Bandura, 2000).

No exercício da eficácia coletiva, as pessoas reúnem seus conhecimentos, habilidades e recursos, proporcionam apoio mútuo, formam alianças e trabalham juntas para conquistar coletivamente o que não conseguem alcançar individualmente. Assim, a família funciona como um sistema social com relações de interdependência, em vez de simplesmente como um conjunto de membros que operam de forma solitária (Cigoli & Scabini, 2006).

O impacto das crenças de eficácia familiar no desenvolvimento dos seus membros foi estudado e evidenciou algumas melhorias, principalmente no que se refere ao comportamento em sala de aula e nas reduções de problemas de comportamento dos filhos (Gross, Fogg, & Tucker, 1995; Gross et al., 2003; Sofronoff & Farbotko, 2002). Outro fator importante é que a crença na própria eficácia familiar também serve como uma ativação de proteção, fator que reduz a vulnerabilidade ao estresse e processos depressivos, o que pode fortalecer a qualidade do cuidado (Cutrona & Troutman, 1986; Elder, 1995; Gross, Conrad, Fogg, & Wothke, 1994; Teti & Gelfand, 1991). Em suma, quando a família

---

acredita que pode influenciar o desenvolvimento de seus familiares, traz consigo comportamentos mais funcionais, favorecendo as potencialidades e minimizando as dificuldades (Ardelt & Eccles, 2001).

No caso dos adolescentes, a eficácia familiar foi positivamente relacionada com a abertura de diálogo entre eles e o monitoramento de suas atividades. Geralmente os adolescentes e jovens apresentam maior envolvimento em comportamentos de alto risco. No entanto, na medida em que se sentem acolhidos no espaço familiar, podem conversar livremente sobre suas dúvidas e problemas, aumentando a probabilidade de receberem uma orientação mais esclarecedora e pertinente, tornando o exercício de sua eficácia mais efetivo. Isto contribui para torná-los mais aptos para gerir as pressões dos colegas, reduzindo a probabilidade de adentrarem em atividades transgressivas (Caprara & Barbaranelli, 2011). Então, Bandura pontua que “por meio da autoconsciência funcional, as pessoas podem refletir sobre sua eficácia pessoal, a integridade de seus pensamentos e ações, o significado de suas buscas, fazendo ajustes corretivos se necessário” (Bandura , 2005a, p.10).

Segundo Santana (2009), a inter-relação multidimensional estabelecida entre as esferas comportamentais, sócio-cognitivas, emocionais e sociodemográficas, podem contribuir para o consumo de drogas, bem como podem ajudar no entendimento de como a família poderá dar um suporte no tratamento de seus membros.

Diante do que foi explicitado, pode-se entender que o sistema familiar, bem como todo o contexto relacionado à vida da pessoa, estariam atrelados ao determinismo recíproco, que remete a um modelo no qual os “fatores pessoais internos, na forma de eventos cognitivos, afetivos e biológicos, padrões comportamentais e influências ambientais atuam como determinantes que interagem e se influenciam mutuamente de forma bi-direcional” (Bandura, 2001, p.15) . Dessa forma, a análise do funcionamento humano deve envolver tanto o desenvolvimento dos aspectos intrapessoais e interpessoais , quanto o funcionamento dos sistemas sociais e institucionais (Santana, 2009).

No âmbito familiar nota-se que o indivíduo pode aprender a partir da observação do comportamento das outras pessoas, ficando claro o papel da família como primeiro núcleo social. Bandura (1986) refere este aprendizado como capacidade vicária, que ajuda as pessoas, através da observação, a adquirir regras para generalizar e regular seus padrões comportamentais, sem ter que formá-los através das inúmeras tentativas e erro. Isso amplifica as possibilidades de aprendizagem e condições de sobrevivência.

Muitas vezes o comportamento dos indivíduos consumidores de drogas pode ir de encontro aos comportamentos “socialmente aceitos”. Isto pode lembrar os aportes teóricos Bandurianos, que descrevem que ações e condutas “anti-sociais” podem adentrar por uma perspectiva que a Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986) chama de “Desengajamento moral”. Bandura refere que este conceito mostra como as pessoas podem encontrar justificativas para cometer atos transgressores sem sentirem-se culpados ou

censurados por isso, citando 8 mecanismos (Justificativa moral; Comparação vantajosa; Linguagem eufemística; Minimização, ignorância ou distorção das consequências; Desumanização; Atribuição de culpa; Deslocamento de responsabilidade e Difusão de responsabilidade) nos quais, os que forem entendidos como importantes para esta pesquisa, vão ser retomados mais a frente.

Santana (2009) ao relembrar as considerações bandurianas comenta que os hábitos saudáveis ou prejudiciais que virão a exercer influência na vida futura dos jovens, têm seu alicerce na infância e adolescência. Sendo assim, Bandura (2005b) argumenta que o desafio a ser enfrentado pelo jovem está em saber gerir os riscos para desenvolver um estilo de vida saudável.

Ainda sobre o assunto, Bandura (2005b) enfatiza que as atividades de risco experimentadas pelos adolescentes necessariamente não remetem a um consumo futuro. No entanto, pela vivência dessas atividades por meio das experiências de domínio o jovem pode aprender a manejar situações difíceis e desenvolver um sentido resiliente de auto-eficácia.

Quando se traz essa discussão para o âmbito do risco pessoal de se envolver com o consumo de drogas, pode-se citar Roehrs, et al., (2008), que relatam uma pesquisa realizada pela Associação Parceria contra as Drogas em capitais brasileiras. Tal pesquisa apontou a proximidade da família como fator de proteção no que concerne à chance do indivíduo se envolver com álcool, cigarro e outras drogas.

Esses autores referem que o cenário familiar, como o propiciador da construção de práticas culturais, através da existência de comportamentos não saudáveis, as quais são assimiladas pelos adolescentes, adultos jovens e demais membros da família, podem estar atrelados ao incentivo, mesmo que não consciente, ao consumo de drogas. Como, por exemplo, tomar um copo de bebida alcoólica quando se está estressado.

Schenker e Minayo (2003) salientam que, principalmente nas culturas ocidentais, as normas para os comportamentos sociais, dentre elas o consumo de drogas, em geral, são aprendidas no contexto das interações com as fontes primárias de socialização. Contudo, essa “influência”, seria dividida com outros dispositivos como a escola e a influência dos amigos. Nesta lógica, vínculos frágeis entre o indivíduo e essas fontes primárias podem ser vistos como fatores de risco para a instalação de conflitos relacionados ao consumo de drogas. Os autores referem que vínculos com a família e com a escola previnem a associação entre o jovem e as drogas.

A família e a escola funcionam como mediadoras das outras influências sociais vistas como secundárias: a religião, a mídia e a comunidade. Todavia, a família detém um papel importante na criação de condições relacionadas tanto ao consumo abusivo de drogas, quanto aos fatores de proteção (Liddle & Dakof, 1995).

Quando se traz o enfoque para os indivíduos que já apresentam algum conflito decorrente do consumo de drogas, pode-se citar Minuchin (1974), que

em seus estudos observou que muitos familiares têm dificuldade para passar normas e limites para seus membros. Deste modo, observa-se a pouca “habilidade” para educar, principalmente a falta de assertividade em relação às leis e normas que, muitas vezes, são transmitidas de forma ambígua. Esta forma não segura de “educar”, além de suscitar mais riscos para o consumo de drogas, pode trazer outros prejuízos para a formação do indivíduo, bem como sérias consequências para a vida familiar e social.

O referido autor destaca que é mais fácil as pessoas aceitarem a imposição de limites e o estabelecimento de regras por parte dos familiares, quando estas são claras e coerentes, bem como quando há uma relação de confiança e afeto entre eles. Percebe-se que as famílias que passam por problemas relacionados ao consumo de drogas funcionam de forma a não legitimar seu papel de proteção, muitas vezes com atitudes condizentes à “terceirização” de suas responsabilidades com relação a seus membros, como se o dever de monitorar e supervisionar o comportamento fosse algo automático, sem a necessidade de construção prévia da relação de confiança.

Grandesso (2000) comenta que, nos dias de hoje, está sendo cada vez mais frequente observar tipos de famílias “disfuncionais”, ou seja, apresentando contextos imaturos na forma de relacionar-se. São característicos posicionamentos por vezes paradoxais; ou o familiar se comporta unicamente como parceiro e amigo ou como aquele distante e “inalcançável”. Deste modo, esquece-se que ser provedor de um ambiente

favorável é, principalmente, se comportar como educador, figura de confiança, com autoridade e respeito.

Liddle, Rowe, Dakof e Lyke (1998) salientam que o estilo de criação da família é entendido como o clima emocional em que ocorre a socialização, logo, atos que venham a educar de forma específica só terão eficácia no contexto de uma relação emocional apropriada. Porém, essas relações costumam se modificar, tendo a família que buscar maneiras de lidar com as situações em que seus membros buscam naturalmente a sua independência, com o intuito de controlar e decidir sobre sua vida. A família frequentemente confunde essa atitude com um ato de “rebelião”, pois os jovens tendem, nessa etapa da vida, a questionar os seus valores e opiniões.

Oetting e Donnermeyer (1998) já relatavam que há uma forte ligação entre o consumo de droga e o meio social em que se está inserido, porém, o fato do meio familiar apresentar muitos conflitos e desengajamento interpessoal pode tornar as pessoas atraídas por colegas que estão envolvidos com o consumo de substâncias e outros atos transgressivos. Nesses casos em que há uma disfuncionalidade familiar em geral, não se implementa práticas efetivas de educação que equilibram afeto, atenção e limites para os seus membros

Oetting e Donnermeyer (1998), Alexander e Gwyther (1995), também descrevem a família em seu papel de decodificação central dos processos

sociais, evidenciando que o consumo indevido de drogas passará pelo “filtro” da família.

Levando em consideração as pesquisas que interligam os indivíduos que consomem drogas e seus familiares, pode-se citar a realizada por Dakof, Tejeda e Liddle (2001), que versa sobre o pré-tratamento. Eles buscaram identificar fatores demográficos dos pais e dos jovens que influenciariam o engajamento dos indivíduos no tratamento para o abuso de drogas.

A pesquisa contou com duzentos e vinte e dois (222) jovens de famílias urbanas em que a maconha era a droga de eleição. Os resultados mostraram que o engajamento no tratamento se relacionou, principalmente, com as crenças de expectativas parentais positivas com relação à realização educacional de seus membros. Isso lhes propiciou o forte argumento de que as pessoas que apresentaram a combinação de reconhecimento de problemas e a crença de que seu membro pode ultrapassá-los, engajaram-se no tratamento, sugerindo que as percepções da família são primordiais.

Em termos de prevenção, o monitoramento e a supervisão da família são sinais das expectativas de que se cumpram as normas, protegendo os indivíduos de se associarem a pares desviantes e reduzindo, assim, a chance do consumo de drogas. Nesta perspectiva, a família, como já foi mencionado, tem como papel ser a fonte primeira da maioria das crenças e comportamentos relativos à saúde (Oetting & Donnermeyer, 1998).

É importante frisar que, na maioria dos casos, quando a pessoa começa a consumir drogas e esse consumo passa a fazer parte do Transtorno no Uso de Substâncias Psicoativas (TUSP), a família já não se encontra muito presente na vida do indivíduo, pois na medida em que os problemas vêm acontecendo a tendência é que os vínculos, cada vez mais, venham a se fragilizar ou mesmo romper (Roehrs, et al., 2008).

Alexander e Gwyther (1995) entendem o TUSP como desordem biopsicossocial séria e complexa que gera problemas sistêmicos em níveis variados, passando da célula (indivíduo) para a família, a escola, o trabalho e a sociedade. Consideraram que o tratamento deve envolver o indivíduo e sua família.

Segundo os autores, ver o indivíduo consumidor de drogas (ICD) como parte e não a parte do sistema familiar é um passo fundamental. Portanto, no caso de qualquer um do núcleo familiar fazer uso abusivo de drogas, recomenda-se que a família busque um acompanhamento para que possa lidar com o impacto deste comportamento em seu funcionamento, principalmente quando a dependência química for diagnosticada.

Ultrapassando o papel fundamental da família no que se refere à prevenção de comportamentos vulneráveis ao consumo de drogas, é de suma relevância explicar a importância desse sistema quando o problema já está instaurado. Sobre o assunto, Liddle et al. (1998) relatam pesquisas em que a família continua influenciando seus membros, mesmo entendendo a

importância dos grupos de amigos. Desta forma, Stanton e Shadish (1997) dizem que as intervenções baseadas na reconstrução do vínculo emocional da família ajudam muito na resolutividade de conflitos relacionados ao uso de drogas. Referem que incluir a família no processo de tratamento aparece como uma grande possibilidade para a busca de melhoria dos problemas de abuso de drogas e de transtornos de comportamento.

Partindo dessa premissa, Guimarães e Aleluia (2012), relatam existir três modelos teóricos disponíveis para entender a família no tratamento dos TUSP. São eles: da “Doença Familiar”, o “Cognitivo Comportamental” e o “Sistêmico”.

O primeiro modelo foi difundido a partir de 1940, e se refere a considerar que a dependência química é uma doença que interfere na vida do ICD e de toda sua família. Nesse modelo os familiares dos ICD frequentam grupos de auto-ajuda para “tratar” da sua co-dependência. Já o modelo Cognitivo Comportamental tem suas bases de forma mais ampla, integrando técnicas comportamentais e cognitivas, visando reestruturar as crenças comumente vistas em familiares de ICD com TUSP, para que se possa responder às situações de forma mais funcional, melhorando principalmente a comunicação familiar. E por último, o modelo “Sistêmico” que vem mostrando efeitos benéficos na interação familiar. Baseado na “teoria dos sistemas” visa entender a família como sistema aberto em constante processamento de trocas com outros sistemas com que se relacionam como escola, trabalho, dentre outros (Guimarães & Aleluia, 2012).

Já Stanton e Todd (1982) referem que as pessoas à volta do ICD tendem a “acompanhar” seu estilo de vida, respondendo de forma complementar ao comportamento disfuncional; este, por sua vez, realimenta a disfuncionalidade, perpetuando o padrão de comportamento. Nas famílias em questão, podem comumente ser encontradas pessoas que tendem a mudar seus horários ou deixar seus empregos para cuidar do seu membro dependente. Esse padrão, se não for revisto, pode se perpetuar, tornando-se um motivador automático, na maioria das vezes não consciente, para a manutenção do transtorno. Sendo assim, a maioria das famílias dos ICD apresentam algumas características específicas que podem manter ou mesmo agravar o transtorno, e são essas características que são os alvos dos tratamentos com os familiares.

Os autores referidos relatam que, em se tratando da dependência química, a estrutura familiar costuma se organizar de forma que o ICD está numa relação rígida de dupla com outro membro (codependente), que, por vezes, pode configurar uma relação conflituosa e simbiótica. Nessa relação, a mãe, por exemplo, tende a assumir uma posição de extremo apego, superproteção e permissividade em sua relação com o filho “dependente”. Este, principalmente quando do gênero masculino, tende a opor-se a ela, deixando evidente a falta de espaço pessoal e o excesso de intromissão.

Diante da dependência do crack, os conflitos familiares podem ficar ainda mais expostos, pois o consumo desta droga está não raramente atrelada a conflitos com a lei (roubos, tráfico, prostituição, dentre outros), bem como o

indivíduo começa a se comportar de maneira a não pensar nas consequências de seu consumo esgotando recursos financeiros da família e devendo ao tráfico. Esse último fato põe em risco não só ele como a própria família (Nappo, Sanchez & Ribeiro 2012; Ribeiro *et al.* 2012)

Diante do explicitado, Schenker e Minayo (2004) refletem sobre a grande dificuldade de contar com os familiares no tratamento de seus membros consumidores de drogas. Principalmente os de baixa renda e que consomem crack. Estes, na sua maioria, não conseguem manter uma família ou nunca formaram uma, tendo dificuldade em sustentá-la. Isso se deve à sua grande dificuldade para lidar com os afetos e suas relações, que pode fazer os indivíduos substituírem o relacionar-se com pessoas por um relacionar-se com a substância na forma de abuso. Sendo assim, torna-se cada vez mais claro que quanto maior o suporte que um ICD possa reunir, maiores as chances de iniciar e manter-se na abstinência, bem como de favorecer mudanças de comportamentos que são de suma importância para a busca de uma melhoria na qualidade de vida.

Autores ressaltam que os métodos de tratamento para o uso indevido ou abusivo de drogas apresentam diversas formas. O impacto de tratamentos diversos acerca dessa temática mede-se, em geral, pela eficácia da intervenção, que pode ser atrelada ao engajamento, retenção e modificação do comportamento relacionado ao problema (Schenker & Minayo, 2003; Coatsworth, McBride, Santisteban, & Szapocznik, 2001).

Entre os tratamentos existentes, podem-se citar: “Terapias Comportamentais” (*Behavioral Therapy*), que baseiam-se nos princípios do condicionamento clássico e operante – recompensa e punição de comportamentos considerados apropriados ou inapropriados, respectivamente, afirmando que o consumo de drogas é um comportamento aprendido pelo indivíduo em seu contexto. Por isso, a intervenção resume-se, em primeiro lugar, identificar os comportamentos que instigam o uso de drogas; em segundo lugar, prover o indivíduo de habilidades que interferem em tal ciclo de conduta e, por último, propiciar formas de lidar com situações propensas à recaída. Dentro deste contexto os familiares aprendem esses princípios terapêuticos através de um gerenciamento e monitoramento parental de forma a utilizá-los com ICD (Coatsworth et al., 2001; Schenker & Minayo, 2003).

Estes autores indicam que a “Terapia Cognitiva Comportamental” (*Cognitive Behavioral Therapy* – CBT) expande os princípios da terapia comportamental, ao reconhecer a influência de elementos cognitivos tais como: o processamento da informação, a aprendizagem social, e os estágios de desenvolvimento para a formação do indivíduo. O consumo de drogas, neste caso, é entendido como funcionalmente relacionado aos problemas da vida do indivíduo e influenciado, por sua vez, pelos fatores sociais e cognitivos. O tratamento foca as interações entre os fatores comportamental, cognitivo, social e do desenvolvimento, visando a mudanças nas percepções e crenças e no comportamento do indivíduo. Sendo assim, as crenças apresentadas pelos

familiares são avaliadas e postas para reflexão, tendo em vista que crenças disfuncionais podem prejudicar o prognóstico do ICD.

A maioria das abordagens de cunho comportamental são analisadas como as que trazem mais resultados positivos, e assim consideram o abuso de substâncias como um comportamento aprendido, suscetível de alteração através de intervenções sobre o comportamento ou mesmo sobre a cognição (Coatsworth et al., 2001; Schenker & Minayo, 2003).

Outras práticas de intervenção que englobam a família como parte do problema e, neste caso, também como parte da solução podem ser chamadas segundo Guimarães e Aleluia (2012), de: “Terapia Motivacional” (*Motivational Therapy*); a “Terapia dos 12 Passos” (*Twelve-Steps Approaches*) – também conhecida como o “Modelo Minnesota” (*Minnesota Model*). ; a “Abordagem da Comunidade Terapêutica” (*Therapeutic Community Approach – TC*) – ; as “Intervenções Multi-Sistêmicas e Baseadas na Família” (*Family-based and Multi-Systemic Interventions*) , dentre outras.

As intervenções que têm a família como base, podem ter maior sucesso no engajamento, na retenção e no resultado com os ICD do que as intervenções focadas apenas no indivíduo (Apodaca, Flicker, Meyers, Sharon & Slesnick, 2002). Estudos empíricos sustentam a ideia de que as abordagens de família são, de uma forma geral, mais bem sucedidas do que outras, principalmente quando se refere a engajar pessoas relutantes no tratamento de abuso de drogas (Coatsworth et al, ,2001). Talvez pelo pouco acesso às

investigações realizadas, poucos profissionais de saúde incorporam, na sua prática, o conhecimento advindo dessas intervenções.

Considerando as abordagens principais no tratamento da família, Henggeler, Melton e Smith (1992), ressaltam a “Terapia de Família Cognitiva-Comportamental”; as “Terapias Integrativas” – também chamadas de ecológicas, como a “Terapia de Família Multidimensional” (*Multidimensional Family Therapy*) e a “Terapia Multisistêmica da Família” (*Multisystemic Family Therapy*), dentre outras.

Tudo o que foi relatado anteriormente pode demonstrar que intervenções que incluem a família produzem resultados significativamente positivos no que se refere ao TUSP, mostrando como esse primeiro núcleo social está implicado no desenvolvimento saudável, ou não, de seus membros, já que é entendida como sendo o elo que os une as diversas esferas da sociedade. No entanto, é de suma importância frisar que o consumo de drogas é um fenômeno complexo, que também precisa ser levado em consideração o convívio na cultura que cerca cada indivíduo. Não obstante, os estudos de Schenker e Minayo (2003), apontam para a complexa influência da família, mas também da escola e do grupo de amigos no caso da manifestação do uso abusivo de drogas, principalmente na adolescência.

Por fim, pode-se concluir que, em sua maioria, os tratamentos são construídos, na busca de engajamento e permanência daquele que abusa da droga, seja através das figuras significativas da família que se preocupam com

ele, seja trabalhando de forma terapêutica o contexto familiar. De forma geral, os autores ao afirmarem que estamos todos interligados e interconectados adentram na perspectiva que a mudança em um de nós, provoca reverberação em todo o sistema e a grande contribuição resultante da discussão desses diversos estudos é a comprovação da importância da família para a formação e o desenvolvimento do uso abusivo de drogas.

Como consequência, pode-se entender a necessidade de se “tratar” todo sistema familiar para a transformação resiliente do problema em produção de saúde. Schenker e Minayo (2003), por sua vez, revelam o ser humano como um sistema auto-organizador, sendo parte da relação com o outro. Então, os manuais e as formulações operacionais dos diversos tratamentos provavelmente terão alcance limitado para a produção de mudanças do ICD e do sistema familiar, caso não observem o contexto que circunda as pessoas.

## CAPÍTULO IV

### MÉTODO

Para tal pesquisa adotou-se um método qualitativo e exploratório visando uma melhor compreensão das crenças que os familiares de consumidores de crack têm acerca desse consumo. Para tanto, a reflexão teórica teve por base a Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986), bem como autores contemporâneos que contribuíram com o tema. Foi alvo da pesquisa uma Comunidade Terapêutica da Região Metropolitana do Recife (RMR). Entre as seis Comunidades Terapêuticas que foram contatadas para a realização da pesquisa, só uma se mostrou aberta para apoiar e participar da pesquisa, sendo este o critério de escolha.

#### 4.1 Participantes

Investigou-se um representante da Comunidade Terapêutica (CT) da região metropolitana do Recife, bem como 10 familiares de consumidores de crack, que estavam em processo de tratamento nessa Comunidade Terapêutica (CT). A seleção dos familiares participantes foi referenciada pelo profissional representante da CT, a partir dos seguintes critérios: 1) ser familiar do consumidor de crack em tratamento na CT, 2) concordar em participar voluntariamente da pesquisa.

## 4.2 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

### **Escala ABIPEME / DADOS SOCIOECONÔMICOS - (ANEXO B)**

A Aplicação da escala ABIPEME (Associação Brasileira dos Instrumentos de Pesquisa de Mercado) foi realizada para obter os dados socioeconômicos. O critério ABIPEME foi desenvolvido para dividir a população em categorias segundo padrões ou potenciais de consumo. Esse critério cria uma escala ou classificação socioeconômica por intermédio da atribuição de pesos a um conjunto de itens de conforto doméstico, além do nível de escolaridade do chefe de família.

O critério resultante, conhecido por ABA/ABIPEME, passou por revisão atualizada desenvolvida pela Marplan Brasil e LPM/Burke, chegando-se a um novo critério de pontuação, atualmente em vigor, que passou a denominar-se simplesmente “critério ABIPEME”. A classificação socioeconômica da população é apresentada por meio de cinco classes, denominadas A, B, C, D e E correspondendo, respectivamente, a uma pontuação determinada.

### **Questionário CEBRID/SAHMSA (Carlini et al., 2006) – (ANEXO C)**

Versão resumida e adaptada da versão brasileira do questionário do CEBRID baseado nos levantamentos do SAHMSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) do U. S. Department of Health and

Human Services Public Health Services, para avaliar a percepção de risco que os familiares atribuem ao consumo de algumas substâncias de acordo com a frequência e quantidade do consumo. Esse questionário apresenta as crenças familiares sobre o consumo de algumas drogas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, crack e benzodiazepínicos), avaliando as consequências para a saúde.

#### **Roteiro de entrevista semiestruturada (Familiar) – (APÊNDICE A)**

Entrevista semiestruturada com oito (8) questões sobre proposições relacionadas ao consumo de crack direcionadas ao familiar do indivíduo consumidor de drogas em tratamento.

#### **Roteiro de entrevista semi-estruturada (Comunidade Terapêutica) – (APÊNDICE B)**

Entrevista semiestruturada com 6 (seis) questões sobre proposições relacionadas ao consumo de crack e informações sobre a Comunidade Terapêutica em questão, direcionadas ao representante da instituição.

### **4.3 Procedimento de coleta de dados**

A pesquisa foi submetida ao Comitê Científico e de Ética da Universidade Católica de Pernambuco n. 020/2011, de número CAAE: 0023.0.096.00011- e seguirá, rigorosamente, os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 196/96 do CNS. Com intuito de fornecer uma devolução dos

benefícios da pesquisa, será marcada uma apresentação, em data show, dos aspectos do trabalho realizado, resultados colhidos e analisados na pesquisa. Nesta apresentação será convidada a equipe técnica da Comunidade Terapêutica em questão, o representante da mesma, bem como todos os familiares que participaram da pesquisa. Na apresentação serão explanados os benefícios que os resultados trarão, e também esclarecidas às dúvidas que surgirão. Uma cópia da pesquisa realizada será disponibilizada para a instituição.

No procedimento de coleta de dados, primeiramente, foi esclarecido ao representante da CT o objetivo da pesquisa, bem como foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – ANEXO A. Após a assinatura do mesmo, foi realizada a aplicação da entrevista semiestruturada (Apêndice B), com objetivo de colher informações sobre como a instituição entende a participação dos familiares no tratamento de seus clientes. Esta etapa foi realizada na própria Comunidade Terapêutica (CT). O representante da CT também referenciou os familiares de consumidores de crack que estavam em tratamento e que aceitaram participar da pesquisa.

Posteriormente foram convidados os familiares para a participação na pesquisa, que foi realizada na sua residência ou na própria comunidade terapêutica, em dias de visita a seus membros em tratamento ou outro dia de conveniência do familiar.

Foi posto para o familiar, que por livre consentimento participou da pesquisa, o conteúdo a ser estudado. Após o esclarecimento, o participante assinou o TCLE.

Após esta etapa, foi aplicada nos familiares a Escala ABIPEME (Associação Brasileira dos Instrumentos de Pesquisa de Mercado) com o objetivo de colher os dados socioeconômicos. Depois foi aplicado um questionário composto por algumas questões resumidas do último levantamento do CEBRID/SAHMSA (Carlini *et al.*, 2006), com intuito de obter a avaliação de risco que o familiar faz acerca do consumo de crack em detrimento às outras drogas. E, por fim, foi realizada a entrevista semiestruturada, com intuito de investigar as crenças familiares relacionadas ao consumo de crack e ao tratamento. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Foram atribuídos nomes fictícios aos participantes para que não seja revelada a identidade dos mesmos.

#### **4.4 Procedimento de análise de dados**

Os resultados obtidos foram analisados qualitativamente através da análise de conteúdo temática por Bardin (1979) e balizada pelos princípios de Minayo (1992). Esse método é definido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção

---

das mensagens. Ou seja, tem o objetivo de descobrir relações existentes entre o exterior e o próprio discurso (Bardin, 1979).

Análise de Conteúdo, especificamente a Análise Temática, consiste, segundo Minayo (2004, p. 209), “em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Ela se constitui das fases da pré-análise, organização do material, análise e interpretação dos dados obtidos.

Aplicada esta técnica, cada tema foi fundamentado e discutido individualmente. As respostas obtidas foram classificadas nos temas específicos e a posteriori nos núcleos temáticos (crenças), comportando que cada familiar pudesse dar respostas que se encaixam em mais de um núcleo temático.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O entendimento das crenças familiares relacionadas ao consumo de drogas de seus membros pode ajudar no manejo do cuidado e do tratamento dos indivíduos consumidores, considerando a disponibilidade ou não do suporte familiar. A literatura atesta que quanto maior o suporte afetivo/familiar ou de pessoas significativas, maiores as chances de mudanças de comportamento, dentre elas a manutenção da abstinência (Schenker & Minayo, 2004).

Em se tratando de um estudo voltado para a área da saúde pública, que focaliza, particularmente, as questões que envolvem o consumo de crack no contexto nordestino e suas repercussões familiares e sociais, foi possível refletir sobre os aspectos cognitivos implicados nas crenças, desses familiares, ligadas ao consumo de crack. O quantitativo de vezes que o indivíduo procurou tratamento pode influenciar nas crenças de cada familiar. Considerando esse aspecto, nesta pesquisa foi verificado que cinco indivíduos estavam se tratando pela primeira vez e os outros cinco já haviam buscado outras formas de tratamento antes. Outra questão importante foi o relato unânime de que todos os consumidores (parentes dos familiares) iniciaram o uso de substâncias psicoativas (SPA) ainda na adolescência.

Os familiares que participaram da pesquisa apresentaram o seguinte perfil sociodemográfico: entre os 10 participantes, pôde-se observar que oito

eram do sexo feminino (sendo cinco mães, uma tia e duas irmãs) e dois do sexo masculino (um pai e um padrinho). As idades desses familiares variaram de 24 aos 62 anos. 2 pessoas possuíam o ensino médio completo, seis o ensino fundamental (três completo e três incompleto) e duas eram analfabetas. Seis pessoas eram casadas e/ou união estável, uma era viúva e três eram separadas. Com relação à religião, cinco se disseram católicas, três evangélicas e duas relataram não ter nenhuma religião.

Em termos da classificação socioeconômica (escala ABIPEME), foi observado que seis participantes estavam classificados na classe "E", dois na classe "C" e dois na classe "B".

Apesar dos dados apresentarem uma incidência de pessoas cuja situação socioeconômica é precária, pode-se observar que classes intermediárias e até de condições socioeconômicas mais favorecidas, também fizeram parte da amostra. Tal afirmação corrobora os estudos de Perrenoud e Ribeiro (2012), no sentido de que o consumo de drogas perpassa por várias classes e instâncias sociais, indo do mais pobre ao mais rico. Entretanto, o alastramento do crack foi observado, principalmente, em ambientes em que era constatada exclusão social.

A prevalência de mães que dão suporte aos seus filhos em tratamento lembra as ponderações de Stanton e Todd (1982), quando salientam que nessa relação, a mãe, tende a assumir uma posição de extremo apego,

superproteção e permissividade em sua relação com o filho dependente, principalmente quando do gênero masculino.

Ao analisar o risco associado ao consumo de drogas, evidenciou-se que o “risco grave” foi atrelado a qualquer consumo de crack, mesmo o uso uma ou duas vezes na vida. Este fato demonstra como esses familiares entendem o crack como uma droga devastadora. Em contraponto, as únicas drogas que apresentaram respostas de que não ofereciam risco à saúde, a depender da frequência e intensidade do consumo, foram o álcool, a maconha e os benzodiazepínicos. A cocaína apresentou respostas associadas aos riscos de moderado à grave. Um dado importante a ser relatado é que a análise de risco à saúde do tabaco foi considerada grave (7 respostas) e moderado (3 respostas) trazendo a reflexão que a crença associada a esse tipo de droga vai de encontro ao que foi relatado nos estudos de Gigliotti *et al* (2012), que apesar de ser uma droga associada a mais de 10 mil mortes por dia, o tabaco ainda hoje é considerado por muitos, inclusive por profissionais da saúde, como uma droga leve quando comparada a outras, como, por exemplo, o crack.

No que se refere à análise das 10 entrevistas semiestruturadas, foi possível identificar vários núcleos de sentido relacionados às crenças familiares, a partir dos temas principais, como apresentados no Quadro 1 que vem adiante. Vale ressaltar que esse tipo de análise permite a geração de vários núcleos a partir de uma única resposta.

### QUADRO 1. Análise de conteúdo temática

Nº	TEMA PRINCIPAL	NÚCLEOS DE SENTIDO (NS)
1.	<p><b>Motivos para o consumo</b></p> <p><i>Em sua opinião, o que leva alguém a consumir crack?</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Influência dos amigos</li> <li>2. Comportamento inconsequente</li> <li>3. Consumo precoce de substância lícita</li> <li>4. Problemas familiares</li> <li>5. Corrupção policial</li> <li>6. Fiscalização governamental</li> </ol>
2.	<p><b>Consequência do consumo</b></p> <p><i>Quais as consequências do consumo do crack?</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Destruição familiar</li> <li>2. Comportamento violento</li> <li>3. Condutas transgressoras e risco de vida</li> <li>4. Dependência</li> </ol>
3.	<p><b>Percepção sobre o consumidor</b></p> <p><i>O que você pensa sobre quem consome crack?</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapacidade volitiva</li> <li>2. Patologização do indivíduo</li> <li>3. Desvalorização do indivíduo</li> </ol>
4.	<p><b>Relação droga-indivíduo</b></p> <p><i>Você acredita que existem diferenças entre um consumidor de crack e um traficante? Por quê?</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traficar difere de consumir</li> <li>2. Consumir sinônimo de traficar</li> </ol>
5.	<p><b>Tratamento</b></p> <p><i>Você acredita em tratamento para consumidor de crack?</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eficácia baseada em evidências</li> <li>2. Eficácia condicionada</li> </ol>
6.	<p><b>Contribuição e Participação familiar</b></p> <p><i>Em sua opinião a família pode contribuir para a recuperação do consumidor de crack? De que modo?</i></p> <p><i>Você participa do tratamento de seu familiar? De que forma?</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suporte familiar</li> </ol>

Ao analisar o tema sobre *motivação para o consumo*, a crença mais revelada foi sobre a *influência dos amigos* (NS 1.1). Essa atribuição foi feita por oito familiares, sendo possível exemplificar através dos seguintes recortes:

*Eu acredito que vai muito pela influência (...) de amigos (...) o meu filho nunca pensou nisso. Teve um tempo que foi um evangélico junto comigo. Era uma benção (...) e eu acredito que a influência ajuda muito. (...) porque depois das amizades, de colégio, que começou mocinho, né? Aí começou as amizades. Começou fumando escondido. Eu não sabia.*

**Maria (mãe)**

*(...) as companhias. As pessoas que ele estava andando. Não ia mais para a escola. Não estava indo mais para a escola. E as pessoas que ele estava andando usavam drogas e vinham dizer à gente. Dar conselho: "Olha, fala para o seu filho parar de andar com aquela pessoa, que aquela pessoa fuma e vende". Ele não quis escutar a gente.*

**Rosa (mãe)**

A crença observada, que vincula consumo de drogas e influência dos pares, principalmente na adolescência, encontra respaldo em diversos achados da literatura (Oetting & Donnermeyer, 1998; Roehrs, et al., 2008; Schenker & Minayo 2004, Sanchez & Nappo, 2002). Na perspectiva da Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986), que contempla em seu arcabouço teórico o importante papel exercido pela modelação social, os relatos sugerem que a aprendizagem de condutas desviantes ocorre por meio da observação e valorização das condutas do grupo de amigos.

Neste sentido, os comentários de Caprara e Barbaranelli (2011) apontam que na medida em que os indivíduos se sentem acolhidos no espaço familiar, aumentam a probabilidade de receberem uma orientação mais

esclarecedora e pertinente. Isto contribui para torná-lo mais apto em gerir as pressões dos colegas, reduzindo a probabilidade de se inserir em atividades transgressivas. Bandura et al. (2003) refletem que a elevada auto-eficácia familiar favorece o desenvolvimento saudável e auxilia seus membros no enfrentamento das situações de risco.

Oetting e Donnermeyer (1998), no final do século passado, já relatavam que há uma forte ligação entre o consumo de droga e o contexto social, porém, o fato do meio familiar apresentar abundância de conflitos e desengajamento interpessoal pode tornar as pessoas atraídas por amigos que prezam pelo consumo de drogas.

Sendo assim, a crença de que a “responsabilidade” pelo início do consumo passa pelo contexto das amizades, vem muito fortemente como algo que deixa o núcleo familiar “impotente” diante dessa conjuntura. Isso pode levar à reflexão de quão vulneráveis se encontram essas famílias no suporte às necessidades de seus membros. Este fato pode estar atrelado ao comprometimento na obtenção de ferramentas necessárias para exercer seu papel de primeiro alicerce protetivo.

Essa reflexão conduz ao segundo núcleo de sentido (1.2), que traz a crença de que o jovem adota um *comportamento inconsequente*, no momento em que, mesmo sabendo dos riscos e possíveis danos, acaba por iniciar ou mesmo dar continuidade ao consumo da droga. Isto fica evidente nos relatos dos familiares que seguem:

*(...) eu não sei. Acho assim, quando a pessoa não pensa na vida o que pode causar o crack, vai e usa.*

**Celeste (Irmã)**

*Eu acho assim, que quando eles começam a querer experimentar a primeira vez, não é? Acha que aquilo ali é bom para eles, mas não é. Aí eles vai, experimenta e aí pronto. Acabou-se. Foi o caso do meu filho. Experimentou e depois não parou mais (...)*

**Rosa (mãe)**

Roehrs et al., (2008) salientam que o rito de adolecer é caracterizado por diversos conflitos e mudanças na personalidade. No caso dos jovens, esses comportamentos de “não pensar nas consequências”, “viver o hoje”, “experimentar as coisas”, estão muito presentes e podem ser interpretados como uma forma de experienciar novas representações de si mesmo no intuito de consolidar sua própria identidade. Bessa (2012) refere que a característica do imediatismo, a valorização do presente, a busca de emoções e de novidades e a pouca evitação de danos são preditores de uso precoce de SPA na adolescência. Porém, quando o consumo de crack fica em evidência “o pensamento do usuário se reduz ao consumo do crack, em detrimento do sono, da comida, do afeto e do senso de responsabilidade” (Perrenoud & Ribeiro, 2012, p. 35).

Santana (2009) assinala a importância de se considerar o alicerce adquirido na infância e adolescência para o desenvolvimento de hábitos mais saudáveis ou menos saudáveis que os jovens virão a apresentar em sua vida futura. Neste sentido, as considerações bandurianas (Bandura, 2005b) sobre o

envolvimento em atividades de risco no período da adolescência, não necessariamente irão desencadear o engajamento nessas atividades, mas poderão contribuir para o desenvolvimento de uma futura dependência. Daí, o autor referir que as experiências de domínio guiado ajudam a fortalecer o sentido de auto-eficácia na medida em que favorecem o manejo de situações difíceis.

Essa possibilidade de *consumo precoce*, principalmente de *drogas lícitas* (NS 1.3) bem como a menção a influência dos *problemas familiares* (NS 1.4) vêm a ser expressas nas crenças familiares apresentadas a seguir:

*Acho que é risco, né? (...) a pessoa estar nessa história dessas droga, né? (...) é através de cigarro, né? (...) eu acho que sim, ... através de cigarro, né? ..., porque fuma cigarro, depois vem fumar droga, aí pronto, aí fica viciado, né?(...) eu acho que sim.*

**Violeta (mãe)**

*Outras drogas mais fracas (...) leva ele a consumir o crack.*

**Silvia (mãe)**

*Por exemplo, eu não bebo;... como eu te falei. Na minha família ninguém bebe quase; um irmão meu bebe assim ... gosta de tomar umas, mas, eu pessoalmente tomei cerveja do meu gosto, eu nunca mais quis provar. Vinho, até, às vezes eu tomo uma 'dosezinha' de vinho em casa quando os amigos vão lá em casa. Whisky eu não gosto, cigarro eu odeio, de coração. A única vez que eu coloquei o cigarro na boca foi por acidente e vomitei. Isso até agradeço porque eu acho que a partir do cigarro o cara começa, dependendo da pessoa, a pessoa começa a ser puxada por outras drogas mais fortes.*

**Francisco, (padrinho)**

*(...) também acho que pode ser os problemas familiares.*

As respostas referentes ao terceiro núcleo de sentido (NS 1.3) retratam uma crença já evidenciada na literatura, que refere as drogas lícitas (tabaco e álcool) como “porta de entrada” para drogas ilícitas (Gigliotti *et al*, 2012; Sanchez & Nappo, 2002). Esses estudos retratam que quanto mais cedo se dá o início do uso de outras substâncias, mais vulnerável fica o indivíduo a “escalar” para drogas que tragam maior prejuízo. Esse entendimento faz refletir como as políticas públicas ainda negligenciam as medidas preventivas, principalmente voltadas ao consumo de álcool e tabaco, que empiricamente já se sabe que são drogas prejudiciais e podem ser potencialmente atreladas ao início do consumo de drogas como o crack (Sanchez & Nappo, 2002), como citado nas falas de Violeta e Francisco quando se referem ao cigarro.

A partir da análise de risco realizada pelos familiares, já citada anteriormente, ficou evidente que o julgamento sobre os riscos do cigarro já revelam prejuízos potenciais à saúde, visto que avaliaram o consumo diário de dois ou mais maços de cigarro como de risco moderado a grave. Isto remete a uma possível mudança de atitude frente a essa substância, talvez em decorrência da maciça atuação governamental no sentido de restringir a propaganda incentivadora e pontos de venda, bem como o incremento de propagandas sobre os malefícios possíveis causados pelo consumo desta droga.

Bandura (2006) ressalta o poder que a modelação simbólica exerce tanto no desencadear e manter padrões de condutas desviantes quanto no estímulo às condutas mais proativas e saudáveis. A mídia, já referida em estudos (e.g., Azzi, 2010) também é vista como fomentadora de modelos e mantenedora de estilos.

Já com relação aos problemas atravessados pelo núcleo familiar, Formiga (2011) descreve que o sistema básico para as transformações pessoais podem estar diretamente atrelados à família, questão essa que também foi apontada no relato de Suelen. O autor comenta que, sendo o núcleo familiar o primeiro a se estabelecer, sua dinâmica pode ajudar ou retardar a experimentação e continuidade do consumo das drogas, tendo um papel primordial no que diz respeito principalmente à prevenção. Deste modo, a crença que os problemas familiares podem influenciar no início do consumo de drogas, se apoia no que traz a literatura.

Ao comentar a suposta “crise” que a família passa nos dias de hoje, Formiga (2011) refere que existe uma dificuldade no exercício da responsabilidade e na promoção de comportamentos socialmente desejáveis dos membros que a compõem.

Somam-se a este fato as questões que envolvem o entorno social e que remetem às políticas governamentais e sua efetiva aplicação e fiscalização. Dos relatos de um pai, brota essa crença legitimada pelas vivências cotidianas

sobre a *corrupção policial* (NS 1.5) e a falta de *fiscalização governamental* (NS 1.6):

*(...) por o dinheiro ser muito fácil e ter também corrupção de policiais aí no meio, porque tem muito meio aí que tem corrupção de policiais, porque passam e não dão nem um chega pra lá. (...)*

**Maurício (pai)**

*(...) é livre espaço, porque você passa aí numa via Dutra aí e você vê o cara tranquilo consumindo. Se não fosse caso de forçar o usuário, pegar o usuário e dizer, quem foi, porque se pegar só o usuário não adianta, tem que pegar é o lá em cima (...) cadê o Governo?*

**Maurício (pai)**

As crenças relacionadas aos núcleos de sentido “1.5” e “1.6” suscitam que alguém é levado a consumir crack em decorrência da não presença do Governo e da corrupção policial. Tendo como possível consequência às vivências pessoais e observacionais, bem como, principalmente, as informações veiculadas na mídia, como já foi citado anteriormente. Sendo assim, os meios de comunicação têm revelado uma forte e rápida propagação do consumo de crack, refletido no aumento da violência e da oferta identificada pelo trabalho do tráfico de drogas (UNODC, 2010).

Esse novo panorama vem a alertar as autoridades para a urgente necessidade de intervenção pública nesta direção (CONASS, 2009), fato que não é visto de forma satisfatória pela sociedade em geral. Abreu e Malvasi (2011) indicam que, com o passar do tempo, as drogas foram sendo incorporadas de forma gradativa pela cultura como uma “mercadoria”, acarretando muitos índices de mortalidade, de violência urbana/doméstica,

acidentes de trânsito, dentre outros. Sem contar que o tráfico de drogas é a entidade que movimenta as maiores cifras no mercado mundial. Relatos vivenciais, bem como notícias apresentadas pela mídia, podem estimular a crença sobre o descrédito na polícia e nos órgãos que deveriam combater o tráfico e dar mais segurança à população.

Com relação à influência da mídia nas mudanças sociais Azzi (2010) comenta o poder da cultura na formação agêntica do indivíduo. Nesta perspectiva, o aporte socioestrutural irá influir nas questões do autodesenvolvimento, adaptação e mudança, uma vez que os indivíduos são produtos e produtores dos sistemas sociais. Na perspectiva banduriana “(...) a agência pessoal e a estrutura social operam como co-determinantes de uma mesma estrutura causal (...) a visão de homem na Teoria Social Cognitiva é a de um indivíduo que se constitui inserido em sistemas sociais e é por meio das trocas com este meio social que a adaptação e a mudança ocorrem (Azzi, 2010, p. 254).

Diante da segunda temática relacionada à *consequência do consumo* foi possível observar quatro núcleos de sentido. Dentre eles, um dos mais relevantes foi o que remete à crença de *destruição familiar* (NS 2.1) observados nos relatos a seguir:

*(...) é mais ele, e a família abaixo, por que... já sofri muito. Hoje estou agradecendo a Deus porque meu filho está bem melhor. Não está usando, então, mas eu acho que*

*acaba mais a vida da família do que a dele. A família sofre mais do que ele (...) destruiu a família (...)*

**Joanicele (mãe)**

*Destruir a família. Destruir seu lar. Você vai ficar uma pessoa que não tem retificação.*

**Celeste (irmã)**

*Do crack? Perde a família, família deixa de mão. Faz de tudo pra se livrar, não quer acordo, aí tem que procurar melhora pra ele, né? ... Tem que se livrar. Tem que se afastar dos amigos, das más companhias (...)*

**Suelen (Irmã)**

Com relação à crença da *destruição familiar* como consequência do consumo do crack, pode-se citar Schenker e Minayo (2004) que apontam a instalação do quadro de dependência da droga como fator importante na condição de um consumidor conseguir ou não manter vínculos familiares, tendo em vista a observação que esses indivíduos apresentam dificuldade em sustenta-los. Lidar com os afetos e suas relações tornam-se questões desafiadoras para esses indivíduos, que podem fazê-los substituir o relacionar-se com pessoas por um relacionar-se com a substância de abuso.

Minuchin (1974) ressalta que é perceptível que as famílias que passam por problemas relacionados ao consumo de drogas funcionam de forma a não legitimar seu papel de proteção, muitas vezes com atitudes condizentes à “terceirização” de suas responsabilidades com relação a seus membros, como se o dever de monitorar e supervisionar o comportamento fosse algo automático, sem a necessidade de construção prévia da relação de confiança.

Essa discussão, quando passa pelos constructos da Teoria Social Cognitiva, pode lembrar a reflexão de Bandura (2001) sobre a capacidade agêntica desses familiares. Deste modo, o indivíduo influencia o próprio comportamento e as circunstâncias de sua vida, pois não é apenas alvo das influências externas, mas também age sobre elas e pode produzir modificações.

Sobre as crenças que motivam essa “*destruição familiar*”, pode-se trazer a reflexão acerca de outros núcleos de sentido. Com relação ao *comportamento violento* (NS 2.2) as seguintes falas foram observadas:

*Você fica bruto. Violento. Perde o amor totalmente da família. Machuca, porque ele machuca com palavras. Eu digo porque dentro de casa ele trata minha mãe como lixo. Entendeu? Principalmente naquele período quando usa. Ele chega com toda fúria. Se pudesse saía matando todo mundo. E hoje eu vejo a diferença. Me trata com carinho em casa. Então, com certeza toma conta da mente. Acaba com a mente do ser humano. Fica violento, se transforma (...)*

**Maria (mãe)**

*Fica “atarantado” né (...) assim... eu não sei nem informar esse negócio pro senhor viu. Porque ele fumava ele nunca me disse mas quando ele fumava ele bebia e ele ficava meio aperreado, por agarrar nele ele ficava meio, aperreado, né?*

**Violeta (mãe)**

*(...) fica violento, muito violento, por isso que volta a se internar.*

**Suelen (irmã)**

As crenças familiares de como o crack “altera o indivíduo” que o consome, principalmente no que se refere ao *comportamento violento* (NS 2.2), são refletidas por alguns autores. Santos e Finks (2012) apontam que a maior

parte da comunidade médica concorda que há poucas diferenças entre o consumo das chamadas drogas “leves” e as “pesadas”, pois o impacto no sujeito e as alterações comportamentais, violentas ou não, vão depender da frequência, intensidade e de quem a consome.

Sapori e Sena (2012) também apontam que a associação do crack com o *comportamento violento* não deve ser atribuída aos aspectos psicofarmacológicos da droga, supondo-se que após a ingestão alguns indivíduos podem ficar violentos. Um relato que contradiz essa percepção arraigada no senso comum, vem de uma mãe (Rosa) quando afirma: “*Olha, para lhe falar a verdade, tem gente que o povo diz que fica agressivo, não é? Ele não fica agressivo. Não fica. No outro dia ele não come. Tira a fome (...)*”.

Os autores defendem que a explicação dessa “violência” deveria estar pautada numa avaliação mais extensiva, não apenas focalizando na relação sujeito-substância, mas ampliando para uma análise que atrela o sujeito a um contexto social valorizando, por exemplo, a dimensão sistêmica em que a dinâmica do consumo e do comércio ilícito de drogas se insere. Nesse caso, a violência é, principalmente, uma das fontes de se conseguir a droga e pode estar ligada às brigas pelo poder no narcotráfico. Essa concepção tem sido defendida também por outros estudiosos (Laranjeira, 2012; Martins & Pillon, 2008; Santos & Souza, 2010; Sapori & Sena, 2012).

Sobre as condutas entendidas como transgressoras, Bandura (1979) esclarece que o julgamento social que diferencia o que é normal e anormal, vai

dependem da excentricidade dessa conduta, de sua magnitude, dos déficits comportamentais em termos de competência social, da intencionalidade e de atributos pessoais, tais como sexo, raça, cor, religião, dentre outros.

Neste caso, refletindo que o entendimento de “comportamento violento” pode ser subjetivo (dependendo de como o indivíduo interpreta o comportamento), Alves, Ribeiro e Castro (2011) referem que o caráter abusivo e compulsivo do consumo de crack, que é gerador de fissura e busca desenfreada por uma nova dose, podem ser entendidos como comportamentos violentos, levando em consideração a venda de objetos pessoais, furtos, roubos, risco de vida e outras condutas transgressoras e, por vezes, ilícitas.

As crenças sobre as consequências do consumo, identificadas no núcleo sobre as *condutas transgressoras e risco de vida* (NS 2.3), ficam evidenciadas nas respostas a seguir:

*Eu acho assim que cadeia,... cemitério,... é o que acontece, não é meu filho? Porque ele deve. Ele mesmo estava devendo um tempo desse,... porque se ele for voltar, ele morre. Ele está ameaçado de morte (...) eles foram na minha porta cobrar essa droga (...) e eu disse: “não está certo isso aí que vocês estão fazendo. Vocês vendem a ele para a gente pagar. Isso não existe”. Eles foram duas vezes na minha casa matar ele. Por causa de dívida de droga.*

**Rosa (mãe)**

*(...) E a consequência leva à prostituição, ao roubo e até à morte (...) traficar, se envolver com traficantes e chegar até a morte da pessoa que é usuário.*

**Silvia (mãe)**

Essas crenças familiares só corroboram os estudos (Nappo *et al.*, 2012; Ribeiro *et al.*, 2012; Saporì & Sena, 2012) que salientam as atividades transgressoras e o risco de vida vivenciados por consumidores de crack. Os argumentos se fundamentam na carência financeira para suportar a continuidade do consumo, favorecendo o envolvimento em roubos, sequestros, prostituição, entre outras atividades ilícitas, que predispõem esses consumidores à alta taxa de homicídios.

Refletindo sobre esses núcleos temáticos (NS 2.2 e NS 2.3) a partir dos preceitos bandurianos, se pode resgatar a importância do processo de autoregulação e a concepção de desengajamento moral (Bandura, 1986). As considerações acerca do mecanismo de auto-regulação apontam para a importância de três subfunções psicológicas básicas que envolvem a auto-observação, os processos pessoais e sociais de julgamento, assim como a auto-reação. Falhas nesse mecanismo, conforme Bandura, provocarão efeitos psicossociais, tais como abuso de substâncias, depressão, transtornos alimentares e condutas transgressoras.

Por sua vez, ao considerar os processos de julgamentos sociais e pessoais, Bandura (1986) salienta que os indivíduos recorrem a mecanismos psicológicos de desengajamento moral para legitimar algumas condutas que tendem a gerar auto-sanções, em alguns contextos sociais. No caso do abuso de substância, o efeito da droga no organismo atuaria de modo a não ativar o mecanismo cognitivo que permite ao indivíduo processar um julgamento moral frente às suas condutas ilícitas. Isto é, os consumidores, sob o efeito da

substância ou submetidos à abstinência dela, seriam acometidos de um comprometimento transitório em sua capacidade para julgar as consequências de seus próprios atos. Contudo, é importante esclarecer que partindo desta perspectiva, o consumidor não está desprovido de valores morais, mas temporariamente comprometido em sua habilidade cognitiva para priorizá-los.

Já a crença encontrada nas falas de Francisco e Barbara de que o consumo de crack provoca a *dependência* (NS 2.4), ratifica o que já tem sido fundamentado nos estudos de vários autores (Laranjeira, 2012; Machado, 2010; Martins & Pillon, 2008; Ribeiro *et al.*, 2012a; Santos & Souza, 2010).

*Pelo que eu já vi a respeito do crack (...) provoca a dependência. Eu que comecei a me inteirar e conversar bastante com os amigos (...) por ser uma droga altamente viciante, tá certo? Ela deixa de pensar nela e nos outros e passa a pensar na droga como a única coisa que faz sentido pra ela (...). Eu já vi essa menina com uma fissura de fumar (...) eu acho que é extremamente grave a coisa (...)*

**Francisco (padrinho)**

*A dependência, não é? Porque dizem que a primeira vez não vicia. Ele disse que não viciava, que fumava na hora que ele queria. E depois ficou incontrolável (...).*

**Bárbara (tia)**

Machado (2010) refere que o maior problema do consumo do crack está na gravidade das consequências atribuídas à droga, uma vez que expõe os usuários ao menos a dois fatores de risco: a dependência química e a vulnerabilidade social.

Um fato importante que é observado nestas duas respostas é a concepção que os familiares têm sobre o problema. O que era para a sociedade em geral, há algum tempo atrás, considerado “safadeza” ou falta de vontade de largar as drogas, na crença dos familiares pôde-se interpretar a questão da dependência como um problema de saúde.

Tal afirmação concorda com a definição de Laranjeira (2012) que refere a dependência química como “uma doença crônica e recidivante, na qual o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro” (Laranjeira, 2012, p.23). Segundo o autor, essas neuroadaptações cerebrais levam o indivíduo a perder sua capacidade de discernimento, ou seja, ele não consegue mais escolher se quer ou não usar a droga, de forma a pôr o consumo como única fonte de prazer. Esse fato, de certa forma, também explica o que já foi citado anteriormente, quando o indivíduo adentra em *comportamentos transgressores* mesmo sabendo que pode perder a vida por isso.

Essa reflexão está intimamente ligada ao terceiro tema “*percepção sobre o consumidor*”. Foi possível separar as crenças em três núcleos de sentido, em que a *capacidade volitiva* (NS 3.1), a *patologização* (NS 3.2) e a *desvalorização do indivíduo* (3.3) ficaram em evidência. Os relatos a seguir exemplificam:

*É ter força de vontade em primeiro lugar, porque se a família fazer e ele não tiver força de vontade, for fraco, então ele não sai. Eu digo, por experiência minha, o que a gente fazia, o que a família fazia que ele nunca quis. Já tentei, já internei ele uma vez, mas ele não ficou. Só passou três dias e sempre eu chamava ele toda semana. Ele: “Não,*

*mãe. Segunda eu vou. Outro dia". Sempre a gente em cima. A minha família todinha, meus irmãos tudo (...)*

**Juanicele (mãe)**

*Que é fraco, deveria conversar mais com a família pra ver se arranja um "internamento" pra eles (...) fraco de mente, de tudo.*

**Suelen (irmã)**

*(...) eu acho assim... que crack hoje virou uma doença. Virou uma doença. Eu vejo muitas pessoas dizerem assim. Começou a usar e não conseguem mais deixar e tem pessoas que discrimina. Mas para mim é um doente.*

**Celeste (irmã)**

*(...) Acho que ficou doente, não se alimenta. Aí foi que eu vim descobrir. Aí vieram dizer a mim. A gente que fuma no outro dia não sente fome não. Aí eu disse: "Ah, já sei. Você está usando também". E ele disse: "Estou não". Eu disse: "Está usando também". Aí foi quando ele começou a dar fim às coisas e acabou-se.*

**Rosa (mãe)**

Tendo em vista as respostas ligadas às crenças sobre a percepção que o familiar tem do consumidor de crack, foi possível observar como a visão patológica sobre o indivíduo se sobrepõe às outras percepções. Frases relacionadas à "doença" foram comuns nos relatos, corroborando o que já foi posto em reflexões anteriores. O fato de encarar a dependência como doença pode ser visto como um grande avanço nas crenças desses familiares, pois se é uma doença que faz com que o consumidor não tenha força de vontade (*incapacidade volitiva*), isto pode reiterar a necessidade desse familiar estar próximo do seu parente, apoiando e dando alternativas para o tratamento.

O conceito de doença pode ter surgido no familiar pelo processo de observação dos padrões compulsivos de consumo, em que, segundo Ribeiro *et al* (2012b) são comportamentos de consumo compulsivo com interrupção condicionada à exaustão física e psicológica.

Neste caso, a doença apontada pelos familiares, se referindo à dependência, quando se trata de consumidor de crack, pode ser encarada de forma mais preocupante. Ribeiro *et al*. (2012b) apontam que o consumidor de crack, comparativamente aos consumidores de outras drogas, se expõe a mais risco de ficar dependente porque utiliza a droga com mais frequência, em maior quantidade e por isso fica mais vulnerável aos efeitos da substância.

Outra crença observada que é de suma importância, principalmente quando se traz a reflexão sob a ótica dos constructos bandurianos, é a crença de *desvalorização do indivíduo* (NS 3.3) apontada na seguinte fala:

*Uma pessoa que usa crack com certeza, aliás, qualquer tipo de droga, fica uma pessoa sem valor. Ninguém dá valor aquela pessoa que usa droga. Perde totalmente a confiança de todo mundo porque ninguém confia e, assim, querendo ou não é um ser humano. Agora, eu apoio. Faço o que posso para ajudar (...) ninguém quer saber. Para todo mundo, a pessoa que usa droga é um "nada". É um "Zé ninguém". (...) Perde totalmente... Da sociedade, de todo mundo, vizinhos, parentes, amigos. Ninguém quer. "Isso é um drogado. Isso presta?" Tem medo de chegar e roubar. Chegar assim pegar tudo o que tem porque o vício é maior do que o controle.*

**Maria (mãe)**

Bandura (1986) refere que os mecanismos de desengajamento moral não são exclusivos dos indivíduos, pois a sociedade também desenvolve essa

postura com o intuito de justificar suas ações excludentes. A exclusão social que acomete os usuários de crack, até mesmo antes de seu engajamento no consumo dessa substância, pode ganhar entendimento nessa teoria, que aponta a “desumanização” como um dos mecanismos utilizado quando se retiram das pessoas suas qualidades humanas.

O mecanismo de “desumanização” apontado pelo autor pode retratar como, não só os familiares, mas a sociedade em geral, “justifica” seu afastamento desses indivíduos consumidores de drogas. Ribeiro *et al.* (2012b) referem que o perfil mais recorrente entre os consumidores de crack corresponde ao de indivíduos do sexo masculino, jovens e adultos jovens, com baixa escolaridade, desempregados, provenientes de famílias desestruturadas e de baixa renda. Essa camada social que é entendida como “sem valor” e muitas vezes tratada como “invisível”, é levada, através do crack, ainda mais para o sentimento de não fazer parte da sociedade, sendo atrelada ao consumidor a identidade de um “noiádo”, ou mesmo de um “marginal”, pela aproximação com condutas ligadas ao tráfico.

A reflexão sobre a aproximação estreita entre o consumo de crack e o tráfico de drogas (Sapori & Sena, 2012; Soussumi, 2012), aponta para outras crenças sobre o tema “*Relação Droga – indivíduo*”. As respostas dos familiares foram divididas em dois núcleos de sentido (NS): *tráfico difere de consumir* (NS 4.1) e *consumir sinônimo de tráfico* (NS 4.2). Esse tema pode ser exemplificado de acordo com as seguintes respostas:

*São totalmente diferentes. O traficante faz pelo dinheiro e o usuário faz pelo prazer momentâneo que ele consegue com a utilização daquela droga. O cara que é traficante faz pra ganhar o dinheiro dele e ferre-se quem está usando. Tanto que eles fazem distribuição gratuita para ferrar o cara, pra conseguir mais gente pra poder utilizar.*

**Francisco (padrinho)**

*Existe, porque o usuário rouba para manter o vício, e ele lá em cima nem usar ele usa, só faz vender mesmo, a diferença é grande, grande mesmo.*

**Maurício (pai)**

*Eu acho que fica não é? (...) Eu acho que é do mesmo jeito, tudo igual não é? (...) Porque um fuma droga, o outro vende droga, mas quem vende fuma também não é?*

**Violeta (mãe)**

*Nenhuma. (...) Porque, tem não. Tem não. Quem usa crack um dia vai traficar do mesmo jeito, vai ficar sem dinheiro, vai roubar e quando não tem jeito de roubar ele vai o que? Ele vai vender pra ter dinheiro pra consumir (...)*

**Suelen (irmã)**

*Olha, eu acredito que não. Porque quase todo usuário... mas eles vendem também, está entendendo? No caso do meu irmão, ele começou usando, aí depois pegou para vender. Chegou ao ponto em que ele vendeu, gastou o dinheiro, fumou metade e ficou devendo. E dívida de droga, ninguém perdoa, não é?*

**Bárbara (tia)**

Soussumi (2012), ao refletir sobre o envolvimento de consumidores de crack com o tráfico de drogas, aponta que, principalmente nas comunidades da periferia, traficar é a forma mais fácil de ganhar dinheiro, envolvendo até crianças. Muitas vezes os traficantes não são somente aqueles que podem comprar as coisas ou ostentar riquezas, mas também são vistos como “gente poderosa” que desperta admiração e respeito. São temidos e representam autoridade dentro do grupo, sendo figuras significativas no que se refere à

modelação social (Bandura, 1986), embora essa autoridade não seja consenso em toda comunidade.

Alves, Ribeiro e Castro (2011) também comentam que o crack trouxe uma profunda modificação à economia doméstica do tráfico, e um importante paradigma é a separação entre o vendedor e o consumidor. Segundo o autor, quando se trata do crack, esta separação fica cada vez mais difícil. Os consumidores, para ter mais contato com a droga e com os recursos que podem ser gerados por ela, assumiram papéis na distribuição da droga. E por sua vez, muitos traficantes se tornaram dependentes. Deste modo, seu consumo quando está no topo da dependência, sobrepõe-se ao negócio, fazendo-o deixar de “cuidar” da mercadoria do traficante, colocando-o em situação de risco (Sapori & Sena, 2012).

O que pode ser visto nas falas dos familiares, principalmente dos que apontam que existem diferenças entre o traficante e o consumidor, é que não fica claro que tipo de traficante está em questão. Na fala de Francisco: “*O traficante faz pelo dinheiro e o usuário faz pelo prazer (...)*”, ou mesmo na fala de Maurício: “*(...) e ele lá em cima nem usar ele usa, só faz vender mesmo (...)*”, parece haver uma diferenciação entre o “grande traficante” - que só cuida dos negócios e não aparece no dia-dia das vendas, e o “pequeno traficante”, aquele que trafica para manter o vício. Levando em consideração que o traficante é aquele que comercializa a droga, seja em pequenas ou grandes quantidades, a crença desses familiares pode apontar para uma relação de sobreposição de papéis entre o consumir e o traficar o crack.

Todavia, se na crença dos familiares o consumidor também assume uma postura de traficar, tal fato pode interferir no desejo desse familiar dar suporte ao processo de recuperação de seu membro, assumindo uma postura de distanciamento, levando em consideração o risco que é submetido nessa relação. Sendo assim, distanciar-se do consumidor também pode ser entendido como uma medida de proteção à própria vida.

Entendendo que ainda não existe um tratamento apontado como completamente eficaz (Laranjeira, 2012), procurou-se entender às crenças ligadas à percepção do familiar para o tratamento do seu membro, sendo possível colher dois núcleos de sentido: *Eficácia baseada em evidências* (NS 5.1), e a crença que o tratamento só é eficaz com alguns condicionantes (*Eficácia condicionada* – NS 5.2). Os exemplos observados estão nas falas a seguir:

*Acredito que sim, porque eu tô vendo mesmo essa turma aqui e não tô vendo nada de mais, to vendo todo mundo como se fosse um cidadão de bem que nunca fizesse nada. Tudo tranquilo, tudo calmo.*

**Maurício (pai)**

*Acredito. Meu cunhado se livrou, se libertou das drogas, ele usava todos os tipos de droga, hoje em dia não, graças a Deus ele saiu daqui e foi para São Paulo e graças a Deus ele está tão bem agora (...) ele teve força de vontade, tudo na vida você tem que ter força de vontade e acreditar em Deus (...) pra se livrar, e é também o apoio da família não é?*

**Suelen (irmã)**

*(...) acredito que a pessoa tem que ter muito boa vontade, muita força de vontade e acredito que basicamente tem que estar a família junto disso, pra ajudar.*

**Francisco (padrinho)**

(...) *muita força de vontade, ajuda da família. Eu acredito também que se afastando das amizades, se possível do lugar, do local, se mudar. Acho que vale muito a família nessa hora.*

**Silvia (mãe)**

Com relação às primeiras falas que apontam as crenças da *eficácia baseada em evidências* (NS 5.1), pode-se refletir a partir do referencial da teoria sociocognitiva (Bandura, 1986). O papel exercido pela modelação social, em que a aprendizagem por meio da observação e valorização das condutas sociais é tida como referência, pode explicar a crença da eficácia do tratamento pela expectativa de resultado gerada pela observação ou relatos de outras pessoas significativas de que o tratamento seria eficaz.

Por exemplo, na fala de Suelen quando diz “*Meu cunhado se livrou*” (Suelen), perpassa a noção de que “se funcionou para ele, então funcionará para meu familiar”. Contudo, essa lógica contradiz o que se evidencia em alguns estudos (Laranjeira, 2012; Alves, Ribeiro & Castro, 2011), no sentido de que não há um tratamento que serve para todos, ou seja, cada indivíduo pode ter melhores ou piores resultados com técnicas e terapias diferentes.

No caso dos relatos que reforçam a crença em um tratamento eficaz, porém com alguns condicionantes, pode-se destacar a “força de vontade” do indivíduo e o “suporte familiar”. Para estes familiares, para que o seu membro tenha resultados positivos em seu tratamento, querer se tratar e ter o apoio da família são as condições fundamentais.

Seguindo o que foi suscitado com relação ao suporte familiar, pode-se fazer menção ao último tema ligado a “*Contribuição e Participação Familiar*” na recuperação e tratamento do consumidor de crack. Nesse caso, foi possível entender que a crença referida em todas as respostas, estava ligada a importância do *suporte familiar* (NS 6.1) como um fator essencial no tratamento dos consumidores de crack. As respostas são exemplificadas através dos seguintes recortes:

*Eu acredito que sim. Assim, apoiando, lógico, recebendo orientações de quem tem para dar (...) a família ajuda muito estando ali, dando atenção e fazendo, lógico, o que nos foi pedido (...) acho que da forma que eles nos pedirem. Não adianta deixar, jogar para lá.*

**Maria (mãe)**

*Acho. Tanto ela pode contribuir como deve contribuir... eu acho que ela também pode atrapalhar (...) a família é primordial para ter a recuperação, ter um tratamento efetivo da doença, porque se você não tiver a família e não tiver muita força de vontade você não consegue (...) precisa ter o apoio da família, dos amigos, para poder fazer isso. (...)*

**Francisco (padrinho)**

*(...) em casa a gente dá muita força. Pronto. Como ele fica lá, então, ele toma remédio (...) a gente ajuda muito. A gente sempre fica assim (...) onde ele tava, eu ia toda reunião nos domingos. Todo domingo tinha visita, porque a gente ia. Eu nunca deixei de ir (...).*

**Juanicele (mãe)**

*Sim. (...) Assim, o que eu posso ajudar ele? Conversar com ele. Muito. Porque é muito difícil. É uma das coisas mais difíceis que eu achei. E assim, dar confiança porque tem pessoas que não dá mais confiança. E eu sempre procuro dar confiança. Mostrar a ele.*

**Celeste (irmã)**

Para que se possa fazer um paralelo entre as crenças familiares que apontam para um suporte efetivo de seus membros e a influência dessas na participação do tratamento, torna-se importante refletir sobre as considerações que o representante da comunidade terapêutica (RCT) pôde fazer:

*Olha, eu tenho absoluta certeza de que todos irão dizer que a participação da família é enorme e tem um valor extraordinário. Agora, aproveitando a oportunidade, eu queria salientar a dificuldade das famílias no enfrentamento desse problema (...) é um problema que você tem que admitir que é um problema que perturba a vida de todos os membros da família. (...) nem sempre as nossas famílias têm condições de assumir as necessidades desses indivíduos. Infelizmente, eu vivo num Estado onde quarenta ou mais por cento da população vive na miséria (...) viver na miséria é pior do que na pobreza. Miséria não tem lugar, não tem aonde você fazer o quê? Dentro daquela perspectiva que você tem lá? É extremamente ruim a gente pensar desse jeito mas infelizmente é o que acontece. (...) Como é que você pode imaginar um tratamento desses sem falar preventivamente. Se uma criança já nasce num casebre separado por panos. A mãe, que também já era viciada em algumas drogas, principalmente o álcool, o fumo e ela quando engravida, ela perde o marido e aí quando ela tem o menino, ela já arruma um outro que vem para dentro de casa e que vai se irritar e que vai maltratar e não vai ter a mesma conduta que teria um pai (...) A gente tem que acreditar que a gente possa fazer alguma coisa. Mas, levando em consideração todos esses fatores que são contrários a um apoio adequado, eficiente da família. Mas sem dúvida, mesmo com essas dificuldades, o apoio da família é essencial (...)*

**ElieI (RCT)**

Diante das afirmações, é possível observar que as respostas dos familiares e do representante da CT são unânimes sobre a importância do suporte familiar no tratamento, porém, as respostas divergem quando o assunto é a real participação deles no acompanhamento e suporte de seus membros. Sobre o assunto, Guimarães e Aleluia (2012) apontam que, muitas vezes, quando o consumidor de crack busca ajuda, essa não vem

acompanhada do apoio familiar, até mesmo em decorrência do comprometimento dos vínculos familiares gerado pela gravidade da dependência, fato esse já explicitado na fala de Eliel.

As dificuldades apontadas por Eliel (miséria, membros da família dependentes de outras drogas, desestruturação familiar, dentre outros), encontram respaldo na literatura (Laranjeira, 2012; Alves, Ribeiro & Castro, 2011). Tendo em vista esses problemas e o fato de que o consumidor de drogas, na maioria dos casos, passa por muitas recaídas em seu tratamento, o conceito de auto-eficácia pode contribuir para um entendimento desse processo, na medida em que a forma adotada pelos indivíduos no enfrentamento das pressões e questões estressantes, vai determinar sua capacidade resiliente de recuperação e superação das dificuldades durante o processo de tratamento (Bandura, 2003).

Segundo o autor, o indivíduo pode encarar as pressões exercendo seu papel de agente e concentrando-se nas possibilidades que as situações proporcionam. Ou seja, acreditar em sua competência, sendo um *agente* sobre as situações de sua vida. Neste caso, a auto-eficácia familiar atuaria como um mediador de recuperação em busca da resiliência, favorecendo o desenvolvimento saudável e auxiliando seus membros no enfrentamento das situações adversas.

Contudo, diante do quadro atual já explanado, que a maioria dos familiares de consumidores de crack atravessa, as condições de se obter uma

eficácia familiar ficam comprometidas. Esta reflexão pode suscitar que o foco dos tratamentos, tanto para o indivíduo consumidor de drogas quanto para seus familiares, deveria ajudar no desenvolvimento de crenças que protejam contra o desencorajamento diante dos recorrentes fracassos, buscando sempre um suporte social que contribua para fortalecer a crença de que pode-se encarar as adversidades de uma forma resiliente.

Ainda com relação à participação familiar e a convocação destes para o tratamento, Eliel explana que, na sua instituição, os familiares são convocados, porém relata que a participação deles não é comum. Esse relato pode ser visto na resposta:

*(...) Nós aqui utilizamos a convocação do familiar daquele paciente que é internado aqui, tenha ele o diagnóstico que tiver. Apesar de não ser comum a participação do familiar (...) o ideal é que eles pudessem desfrutar de maior liberdade e de acompanhamento sempre com familiar.*

**Eliel (RCT)**

Sobre o assunto, Guimarães e Aleluia (2012) comentam que, apesar da grande dificuldade da participação familiar no tratamento de consumidores de drogas, é fundamental que a equipe se empenhe na convocação deste suporte. Deste modo, quanto mais se alcançar a mudança no estilo de vida do dependente e conseqüentemente de sua família, melhor o prognóstico. Sendo assim, os autores referem que o tratamento do consumidor de crack, assim como de outras substâncias, apresenta melhores resultados quando a família é abordada, orientada, incluída no processo terapêutico e auxiliada na resolução de suas dificuldades específicas.

Já Bessa (2012), ao analisar o quadro atual de opções de serviços de referência para o tratamento da dependência química, aponta para a escassez desses, tanto para o tratamento dos consumidores de drogas quanto para seus familiares, tendo em vista que “a família cumpre um papel fundamental e, muitas vezes, ela própria necessita de uma terapia específica” (Bessa, 2012, p. 627).

No cerne dessa discussão, também vai o entendimento do que é de fato uma participação efetiva do familiar. Sobre esse assunto foi possível colher a resposta do representante da instituição:

*Olha, a visão que nós temos do familiar que participa do tratamento, eu posso dizer isso com mais tranquilidade porque eu tenho familiares que participam efetivamente do tratamento de seus doentes. Eles estão sempre presentes, tanto afetivo quanto financeiramente falando (...) eu tenho bons exemplos aqui dentro com outras demandas, mas não com usuários de crack (...) no caso do doente que usa drogas, que é viciado em crack ou em cocaína, é mais difícil porque evidentemente que esse indivíduo terá sempre a intenção de conviver no meio que ele antes vivia (...).*

**ElieI (RCT)**

Diante da reflexão sobre o que foi dito, pode-se observar que nesta instituição pesquisada a participação de familiares de consumidores de crack é escassa ou quase nula. Esses relatos corroboram os estudos que atestam a baixa adesão do familiar ao tratamento de seu membro (Bessa, 2012; Guimarães & Aleluia, 2012). Também se pode salientar que a participação efetiva de um familiar na visão da instituição pesquisada (ElieI) é aquela na qual os familiares “(...) estão sempre presentes, tanto afetivo quanto

*financeiramente falando (...)*". Deste modo, quando se traz a reflexão para consumidores de crack e o perfil desses usuários já tão discutidos anteriormente, pode-se pensar na grande dificuldade de um suporte afetivo e principalmente financeiro do familiar, visto que ambas as dimensões relacionais já se encontram bastante desgastadas.

No que diz respeito à participação do familiar no tratamento de seus membros, foi possível observar, principalmente nas respostas de Eliel, que ainda existe um descrédito na efetivação desse suporte. A crença observada nas respostas traz consigo muita dificuldade no tocante a um bom prognóstico de recuperação desses usuários, bem como uma total insatisfação com o que as políticas públicas vêm fazendo enquanto enfrentamento desses problemas. Isto leva a crer que o governo e muitas instituições ainda não estão preparados para lidar com a temática e, apesar do grande esforço e comprometimento, a angústia de não alcançar resultados satisfatórios pode atrapalhar a busca de novos saberes. Como exemplo, pode-se citar o último comentário de Eliel:

*Eu acho esse um belo trabalho, eu não sei se isso vai tocar em alguém, mas aqui para nós, eu acho o governo "patinando". Os governos estão "patinando", dizendo coisas, gastando dinheiro enorme com opções que a gente sabe que não vão dar resultado e eu considero isso uma desorientação (...) eu mesmo fico às vezes discutindo com a família como a gente vai resolver essa situação. é muito difícil. É extremamente difícil. Infelizmente o governo, além de dar muito pouco para a saúde, além de dispensar uma verba irrisória, ridícula para o tratamento e assistência médica, de uma maneira geral (...) Todo mundo critica o sistema. Acaba o sistema hospitalocêntrico, cria o comunitário e nem um funciona nem outro. Um era péssimo. O outro é muito pior (...) e a gente está vendo uma desassistência completa (...) eu passo o dia aqui atendendo telefonemas. Pessoas me pedindo vagas. "Por favor, uma vaga". A gente não tem o que fazer e estamos submetidos a uma política que faz vergonha, não é? (...) Nós*

*estamos no Brasil na pior das situações (...) falta medicamento, falta técnico que não dá o atendimento adequado. Que não tem. Não recebem para fazê-lo.*

**ElieI (RCT)**

Sobre o assunto pode-se citar Bessa (2012) que aponta o tratamento como uma oportunidade para ajudar o paciente a transformar sua percepção do mundo e sua forma de nele inserir-se. Porém, a carência dessas estruturas e de profissionais bem capacitados prejudica a vida desses indivíduos, que ficam à mercê da quase total ausência desses serviços.

Diante de tudo que foi explanado pode-se entender a importância das crenças no suporte familiar ao tratamento de seu membro. Alguns estudos (Dakof, Tejeda & Liddle, 2001) referem que o engajamento do consumidor no tratamento está relacionado com as crenças de expectativas parentais positivas. Esses autores argumentam que a combinação entre o reconhecimento dos problemas e a crença de que seu membro pode ultrapassá-los, reflete diretamente no engajamento de seu familiar, sugerindo que as percepções da família são primordiais para a vinculação e continuidade do tratamento.

A análise das crenças que foram apresentadas nesta pesquisa forneceu um melhor panorama de entendimento sobre as questões que podem ajudar ou atrapalhar a participação efetiva do familiar no tratamento. Crenças ligadas à eficácia do tratamento, à concepção da dependência como doença, assim como a crença de que a família pode contribuir, podem ajudar as equipes na sensibilização dos familiares no suporte de seus membros. Já outras crenças

ligadas ao comportamento violento, destruição familiar, ou que relacionam o consumidor ao traficante, podem estar vinculadas a um afastamento familiar. Desta forma, Stanton e Shadish (1997) dizem que as intervenções baseadas na reconstrução do vínculo emocional da família, reestabelecendo a crença de que é possível se obter melhoras, ajudam muito. Referem que incluir a família no processo de tratamento aparece como uma grande possibilidade para a busca de melhoria dos problemas de abuso de drogas.

Em suma, é importante ressaltar que o tratamento do consumidor de crack é uma questão complexa e vários fatores podem influenciar na adesão ou não do consumidor e seu familiar. Essa multifatorialidade faz crer que abordar essa problemática requer olhar para as crenças familiares como “um fator” e não “o fator” que influencia na participação do familiar. Em outras palavras, acredita-se haver uma relação moderadora que vincula as crenças familiares à relação consumidor-tratamento e que perpassa uma teia de aspectos internos e externos que irá repercutir na saúde dos indivíduos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se refletir que as drogas, com o passar do tempo, foram sendo incorporadas como um produto também ligado a sociedade de consumo. Entretanto, nos dias atuais, o quadro subjetivo paradigmático do uso dessas substâncias acarretam muitos índices de mortalidade, de violência urbana/doméstica, acidentes de trânsito, dentre outros, trazendo um grande prejuízo para a saúde pública no Brasil. Sem contar que o tráfico de drogas é a entidade que movimenta as maiores cifras no mercado mundial.

As informações veiculadas pela mídia têm revelado uma forte e rápida propagação do consumo de crack, refletido no aumento da oferta identificada pelo trabalho de combate ao tráfico de drogas e pelo aumento da procura.

Diante da extensa expansão do consumo desta droga, concomitante a falta de políticas públicas eficientes que apontem para um cuidado e tratamento aos consumidores de drogas, pode-se observar o aumento de instituições como as Comunidades Terapêuticas, implementadas pela sociedade civil, possivelmente inseridas “em meio” a lacunas deixadas pelo poder público que não conseguem construir estratégias preventivas para a base do problema, bem como estratégias interventivas mais eficazes relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas. Essas instituições, apesar de existir legislações que tratam de sua regulamentação, ainda sugerem muitas contradições, dificultando um trabalho ético e baseado em evidências científicas, deixando claro que existem questões que ainda precisam ser bem discutidas.

Sendo nas Comunidades Terapêuticas ou mesmo em qualquer outro ambiente que tenha como objetivo o tratamento de consumidores de crack e outras drogas, pôde-se observar a importância do suporte familiar tanto nos aspectos preventivos quanto no apoio ao tratamento. O presente estudo pôde sugerir que as intervenções que incluem a família podem produzir resultados significativamente positivos no que se refere aos problemas relacionados ao consumo de drogas, enfatizando como esse primeiro núcleo social está diretamente implicado no desenvolvimento saudável, ou não, de seus membros. Deste modo, sugere-se que os tratamentos possam ser também focados na busca de engajamento e permanência daquele que abusa da droga, sem deixar de investir de forma intensa e terapêutica no contexto familiar.

Os resultados também puderam fornecer subsídios para uma melhor compreensão de aspectos que interferem na participação familiar no tratamento de seus membros consumidores de crack, indicando possíveis caminhos de intervenção para facilitar sua participação ativa no tratamento, e, ao mesmo tempo, minimizando riscos e danos relacionados ao consumo desse tipo de droga. Questões levantadas como o estigma que essa população (consumidores e familiares) é submetida podem revelar que o problema da propagação do consumo de crack, possivelmente seria somente a ponta de um iceberg, em que todos os problemas de desigualdade social, bem como o aporte de condições de saúde, educação, moradia, dentre outros, precisam

---

estar sendo diagnosticados e tratados concomitantemente aos consumidores de drogas e seus familiares.

Pode-se refletir que essa pesquisa, por se tratar de um estudo qualitativo, visa ter um olhar exploratório sobre o assunto, devendo-se ter cuidado em não extrapolar esses resultados. Os exemplos e reflexões aqui mostrados são poucos, frente ao conjunto de aspectos que podem ser discutidos por esse ponto de vista, entretanto, certamente servem de provocação para outros estudos na área.

Espera-se, em estudos posteriores, poder investigar um maior quantitativo de familiares, assim como poder conhecer a visão dos próprios consumidores em tratamento sobre os aspectos que influem em sua recuperação.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, C. C., & Malvasi, P. A. (2011). Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. Laranjeira & cols. (2011). *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*, (pp. 67-80). Porto Alegre: Artmed.
- Alexander, D. E., & Gwyther, R. E. (1995). Alcoholism in adolescents and their families – family-focused assessment and management. *Pediatric Clinics of North America* 42 (1): 217- 234.
- Almeida, R. B. F. (2010). *O caminho das pedras: conhecendo melhor os usuários de crack do município de Recife-PE*. Dissertação de Mestrado não publicada. Recife, PE: Universidade Católica de Pernambuco.
- Alves, H. N. P., Ribeiro, M. & Castro, D. S. (2011) Cocaína e crack. In: A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. Laranjeira & cols. (2011). *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*, (pp.170 -179). Porto Alegre: Artmed.
- Apodaca, T.R. Flicker, S.M., Meyers,R.J., Sharon, M. & Slesnick, N. (2002). Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members. *Family Journal*. 2002; 10:281-8.
- Ardelt, M., & Eccles, J.S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22, 944–972.
- Azzi, R. G. (2010). Mídias, transformações sociais e contribuições da teoria social cognitiva. *Revista de Psicologia*, 41, 2, 252-258.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*,9, 75-78.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52,1-26.

- Bandura, A., Caprara, G., V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory Efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 74, 769-782.
- Bandura, A. (2005a). Evolution of social cognitive theory. In Smith K. G., & Hitt, M. A., (Eds), *Get minds in management*. Oxford: Oxford University Press.
- Bandura, A. (2005b). Adolescent development from an agentic perspective. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents*, (Vol. 5., pp. 1-43). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Bandura, A. (2006). On integrating social cognitive and social diffusion theories. In A. Singhal, & J. Dearing (eds.). *Communication of innovations: A journey with Ev Rogers*. Beverley Hills: Sage Publications.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições.
- Bessa M. A., (2012). O adolescente usuário de crack (pp. 619-630). In: M. Ribeiro & R. Laranjeira (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.
- BRASIL, Ministério da Saúde, (2001). Resolução - RDC n.101. *Diário oficial* 31 maio de 2001. Recuperado em: <<http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id2174.htm>>. Acesso em: 24 nov. 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde, (2012). *Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012*, Brasília. Recuperado em 17 de janeiro de 2012 em:[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html).
- Caprara, G.V., Regalia, C., & Bandura, A. (2002). Longitudinal impact of perceived self-regulatory efficacy on violent conduct. *European Psychologist*, 7, 63–69.
- Caprara, G, Barbaranelli, C. (2011), Impact of Family Efficacy Beliefs on Quality of Family Functioning and Satisfaction with Family Life. *Applied psychology: an international review* 60 (3), 421–448.

- Carlini et al. (2006). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. São Paulo: CEBRID: UNIFESP.
- Cigoli, V., & Cabini, S., E. (2006). *Family identity: Ties, symbols and transitions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coatsworth, J., D., Santisteban, D., A., McBride, C., K., Szapocznik, J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Fam. Process*. 2001; 40:313-32
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2009). Crack: um problema de saúde pública. *Revista Consensus*. 4-10, Nov e dez. Acesso em 24/11/10, Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/consensus43.pdf>
- Costa F.S. (2001). O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. *Revista de Serviço Social*, Londrina, v. 3, n. 2, p. 215-242, jan./jun.
- Costa, M. C. S., Rebolledo, O., Lopes, N. L. (2007) . Uso de drogas no Chile: pesquisa documental e bibliográfica. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. (Ed. port.).
- Cutrona, C., E., & Troutman, B., R., (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507–1518.
- Dakof, G., A., Tejada, M. & Liddle, H., A. (2001). Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40(3):274-281.
- De Leon, G.,(2003). *A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método*. São Paulo: Ed. Loyola.
- De Leon, G. (2012). *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. 4ª Ed., São Paulo: Ed. Loyola.
- Elder, G., H. (1995). Life trajectories in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 46–68). New York: Cambridge University Press.

- FEBRACT, (2001). *Drogas e Álcool - Prevenção e Tratamento*. São Paulo: Ed. Komedi.
- Formiga, N., S. (2011). Valoração da família e condutas desviantes: testagem de um modelo teórico. *Psychological Review*, v. 42, n. 3, 383-392, jul./set.
- Fracasso, L., (2002). Características da comunidade terapêutica. In Guerra, A. et al. (Org.). *Curso nacional de aprendizado à distância: aspectos básicos no tratamento da dependência química*. (pp.88-99) Brasília: SENAD v.2.
- Gigliotti, A., Presman S., Aguilera P. A. T., (2012). Tabagismo entre usuários de crack. In: M. Ribeiro & R. Laranjeira (2012). *O tratamento do usuário de crack*. (pp. 607-618). Porto Alegre: Artmed.
- Gomes, R.M., (2010). Comunidade terapêutica e (re)educação. *Segurança Urbana e Juventude*, Araraquara, v.3, n.2.
- Goti, M.E.,(1990). *La Comunidad Terapéutica - Um desafio e la droga*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva Vision.
- Grandesso, M., A. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. Casa do Psicólogo, São Paulo, p. 422.
- Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., &Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during toddlerhood. *Research in Nursing & Health*, 17, 207–215.
- Gross, D., Fogg, L., & Tucker, S. (1995). The efficacy of parent training for promoting positive parent–toddler relationships. *Research in Nursing & Health*, 18, 489– 499.
- Gross, D., Fogg, L., Webster-Stratton, C.,Garvey, C., Julion, W., &Grady, J. (2003). Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 261–278.
- Guimarães, A., Aleluia, G. (2012), Intervenção familiar no tratamento do dependente de crack. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (2012). *O tratamento do usuário de crack*. (pp. 420-433). Porto Alegre: Artmed.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Consult Clinic Psychologist*. 1992; 60:953-6.

- Karch S. B. (1998). Celebrity drug endorsements. In Karch S. B. A brief history of cocaine. Boca Raton, CRC.
- Laranjeira, R. (2012). Bases do tratamento da dependência de crack. In Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. (pp. 23-30). Porto Alegre: Artmed.
- LENAD (2012), *II Levantamento nacional sobre álcool e outras drogas*. Disponível em: [http://www.inpad.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=107:ii-lenad-o-perfil-dos-usuarios-de-maconha-no-brasil-no-anode2012&catid=1&Itemid=5](http://www.inpad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=107:ii-lenad-o-perfil-dos-usuarios-de-maconha-no-brasil-no-anode2012&catid=1&Itemid=5), acesso em: 14/01/2013.
- Liddle H., A & Dakof G., A (1995). Family-based treatment for adolescent drug use: state of the science. In Rahdert. E., & Czechowicz, C., (eds.). *Adolescent drug abuse: clinical assessment and therapeutic interventions*. (pp. 218-254). U.S.: Department of Health and Human Services. 156.
- Liddle, H. A., Rowe C., Dakof, G., & Lyke, J. (1998). Translating parenting research into clinical interventions for families of adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 3(3):419-443.
- Machado, K. (2010). Crack: um problema de saúde pública (pp. 19-21). *Revista Radis*, 92. Acesso em 24/11/10, Disponível em <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/92/04.html>.
- Martins, M. A. & Pillon, S. C. (2008). A relação entre a iniciação ao uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Caderno de Saúde Pública*, 24, 56, Rio de Janeiro.
- Minayo, M. C. S. (1992). O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo. Hucitec.
- Minayo, M.C. S. (2004). O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 8º Edição. São Paulo. Hucitec.
- Minuchin, S. (1974) *Families and family therapy*. Harvard University Press, Cambridge.
- Nappo, S. A., Sanchez, Z. V. D. M., Ribeiro, L. A.,(2012). Troca de sexo por crack. In Ribeiro M. & Laranjeira R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. (pp. 566-576). Porto Alegre: Artmed.

- NIDA – *National Institute on Drug Abuse*. Instituto Nacional para o Abuso de Drogas, Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/es/inicio>. Acesso em: 24 nov. 2012.
- Oetting E. R. & Donnermeyer J.,F. (1998). Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. Part I. *Substance Use & Misuse* 33(4):995-1.026.
- Oliveira, S. R. M. (1992). Ideologia no discurso sobre as drogas. Brasília, [Dissertação de Mestrado - Universidade de Brasília].
- Perrenoud, L. & Ribeiro, M. (2012). Histórico do consumo de crack no Brasil e no mundo. In Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. (pp. 33-38). Porto Alegre: Artmed.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2006a) Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. (Ed. port.), Ribeirão Preto, 2 (2). Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180669762006000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762006000200005&lng=en&nrm=iso)> acesso em 20 Dezembro de 2011.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2006b) Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 315-322, Disponível em: [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S190669762006000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190669762006000200005&lng=en&nrm=iso) acesso em 21 Dezembro de 2011.
- Ribeiro, L. A., Nappo, S. A., Sanchez, Z. V. D. M. (2012a). Aspectos Socioculturais do consumo de crack. In Ribeiro M. & Laranjeira R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. (pp. 50-56). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, L. A., Duailibi L. B., Perrenoud, L. O., Sola, V. (2012b). Perfil do usuário e história natural do consumo. In Ribeiro M. & Laranjeira R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. (pp. 39-49). Porto Alegre: Artmed.
- Roehrs ,H; Lenardt MH; Maftum MA., (2008).Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. Escola Anna Nery , *Enfermagem*; jun; 12 (2): 353 - 7.

- Sabino , N. D. M; Cazena, S.O.S. (2005), Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*. Campinas : 22(2) : 167-174 : abril – junho.
- Sanchez, Z., V., M & Nappo, S., A. (2002). Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de Saúde Pública*. 2002; 36(4):420-30.
- Santana, S. M. (2009). *Consumidor de Álcool, Tendência Depressiva e Habilidade Social em Jovens Portugueses*. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Santos & Souza, E. M. (2010). Desafios no tratamento dos usuários de crack. In G. L. Silva (Org.) *Drogas: políticas e práticas*. (pp. 113-123). São Paulo: Rocas.
- Santos Jr., A, Finks, J., P., (2012). Cultura da violência e uso de crack. In Ribeiro M. & Laranjeira R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. (p. 108-115). Porto Alegre: Artmed.
- Sapori, L. F. & Sena, L. M. (2012) Crack e Violência Urbana. In Ribeiro M. & Laranjeira R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. (pp. 74-91). Porto Alegre: Artmed.
- Schenker, M. Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciências & Saúde Coletiva*, 8 (1):299-306,2003.
- Schenker , M; Minayo, M. C. S., (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3):649-659, mai-jun.
- SENAD, (2010). *Supera: sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento*. Ministério da Saúde, Unifesp, Brasil.
- Sobel, B. S. (1986). *Integrating mental health personnel and practices into a therapeutic community*. (pp.209-226) Springfield, IL,.

- Sofronoff, K., & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism, 6*, 271–286.
- Soussumi, Y. (2012). O usuário envolvido com o tráfico de drogas. In Ribeiro M. & Laranjeira R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. (pp. 598-606). Porto Alegre: Artmed.
- Stanton M. D. & Todd TC and Associates. (1982). *The family therapy of drug and abuses addiction*. The Guilford Press, Nova York.
- Stanton M. D. & Shadish W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin 122*:170-191.
- Teti, D.M., & Gelfand, D.M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development, 62*, 918–929.
- Toscano Jr. A. (2001). Um breve histórico sobre o uso de drogas. In Seibel S. D. & Toscano Jr. (Orgs.), *Dependência de drogas* (pp. 7-23). São Paulo: Atheneu.
- UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime – (2010). *World Drug Report 2010* (United Nations Publication Sales No.E. 10.XI.13).
- Velho, G. (1994). Dimensão Cultural e Política do mundo das Drogas. *Projeto e Metamorfose: Antropologia das Sociedades Complexas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores.
- Xiberras, M. (1997). *A sociedade intoxicada*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Washton, A. & Zweben, J. (2009). *Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas*. Porto Alegre: Artmed.
- WHO - World Health Organization (2012). *Risk approach for maternal and child health care*. Geneva, (WHO-Offset Publ., 39).
- Winick, C. (1991). The counselor in drug abuse treatment. *International Journal of the Addictions, 25*, (12 a), 1479-1502.

## APÊNDICES

**(APÊNDICE A)****ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA  
(Familiar)**

- 1. Em sua opinião, o que leva alguém a consumir crack?**
- 2. Quais as consequências do consumo do crack?**
- 3. O que você pensa sobre quem consome crack?**
- 4. Você acredita que existem diferenças entre um consumidor de crack e um traficante? Por quê?**
- 5. Você acredita em tratamento para o consumidor de crack?**
- 6. Em sua opinião, a família pode contribuir para a recuperação de um consumidor de crack? De que modo?**
- 7. Você participa do tratamento de seu familiar? De que forma?**
- 8. Você gostaria de fazer mais algum comentário?**

**(APÊNDICE B)****ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****(Comunidade Terapêutica)**

- 1. Em sua opinião, a família pode contribuir para a recuperação de um consumidor de crack? De que modo?**
- 2. Nesta instituição os familiares são convocados a participar do tratamento? De que forma?**
- 3. Como, para esta instituição, poderia se caracterizar um familiar que participa do tratamento?**
- 4. Como a instituição avalia a participação dos familiares nos tratamentos?**
- 5. Você acredita que existem diferenças na participação do familiar de um consumidor de crack e do familiar de um consumidor de outras drogas? Por quê?**
- 6. Você gostaria de fazer mais algum comentário?**

**ANEXOS**

## (ANEXO A)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1- Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“A RELAÇÃO ENTRE CRENÇAS FAMILIARES E PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DE CONSUMIDORES DE CRACK EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS”**.

1.2- Sua participação é voluntária e não obrigatória.

1.3- A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

1.4- Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

1.5- Os objetivos deste estudo são:

- 1) Apresentar um breve histórico sobre o consumo de drogas e crenças associadas em diversos contextos sócio-histórico-culturais;
- 2) Assinalar os modelos de comunidade terapêutica e seus modos de funcionamento;
- 3) Investigar o papel da família e sua influência no tratamento do Transtorno no Uso de Substâncias Psicoativas.
- 4) Relacionar as crenças familiares sobre o consumo do crack, com a participação no tratamento de seus membros consumidores, em comunidades terapêuticas.

1. Sua participação nesta pesquisa consistirá, em fornecer algumas informações sociodemográficas (tais como sua idade, escolaridade, etc) e responder a um questionário sobre o quanto você considera prejudicial à saúde o consumo de crack e de outras drogas. Também pedimos que você avalie se há relação entre alguns problemas/attitudes e o uso dessas substâncias.

2. Depois será pedido para responder uma entrevista para melhor conhecermos a sua opinião sobre o consumo de crack e outras drogas. Lembre-se de que em qualquer uma dessas etapas, a sua participação será sempre voluntária.

3. Os riscos relacionados com sua participação são quase nulos e quaisquer dificuldades ao longo do processo serão monitoradas, sendo priorizada a solução dos problemas. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

4. Os benefícios relacionados com a sua participação serão: receber orientações adequadas sobre as repercussões individuais e sociais desse tipo de consumo, assim como esclarecimentos sobre direitos e serviços para tratamento que são pagos pelo SUS e que estão a ser estruturados e disponibilizados aos cidadãos através do plano integrado de enfrentamento ao crack, proposto pelo Governo Federal.

5. Os dados **não** serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Lembre-se que o seu nome não deverá constar em nenhuma parte do inventário para que seja garantido o anonimato de sua participação.

6. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL:  
SUELY DE MELO SANTANA

---

**Assinatura**

UNICAP – Rua do Príncipe, 526, Boa Vista  
DEPARTAMENTO POS-GRADUAÇÃO (G4, 7º Andar)  
E-mail: [suely.santana09@hotmail.com](mailto:suely.santana09@hotmail.com)  
Telefone: (00 55 81) 92630114

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na PRÓ-REITORIA ACADÊMICA da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP 50050-480 RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE (81).2119.4376 – FAX (81)2119.4004 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: [pesquisa\\_prac@unicap.br](mailto:pesquisa_prac@unicap.br)

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_.

---

**Participante**

**(ANEXO B)**  
**DADOS SOCIOECONÔMICOS**

Gênero: M ( ) F ( )      Idade: \_\_\_\_\_      Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Com quem vive: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_ Praticante: Sim ( ) Não ( )

**ESCALA ABIPEME**  
**Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado**

**Dados de Classificação**

A. Quem é o chefe da família na sua casa?

**O próprio entrevistado ( )      Outrem ( )**

B. Qual foi o grau de instrução mais alto que o chefe-de-família obteve? Qual o último ano de escola que esta pessoa cursou? \_\_\_\_\_

Categorias para a classificação

*Instrução ABIPEME*

<b>Analfabeto / Primário incompleto</b>	<b>0</b>
<b>Primário Completo / Ginásial Incompleto</b>	<b>5</b>
<b>Ginásial Completo / Colegial Incompleto</b>	<b>10</b>
<b>Colegial Completo / Superior Incompleto</b>	<b>15</b>
<b>Superior Completo</b>	<b>21</b>

C. Na sua casa tem (cada item abaixo)?

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
<b>Aparelho de DVD</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
<b>Máquina de lavar roupa</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>Geladeira</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
<b>Aspirador de pó</b>	<b>0</b>	<b>6</b>

D. Quantos (cada item abaixo) existe em sua casa?

<i>Itens de posse</i>	<i>Não tem</i>	1	2	3	4	5	+ 6
<b>Carro</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>26</b>
<b>Tv</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>22</b>
<b>Banheiro</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
<b>Empregada Mensalista</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>32</b>
<b>Rádio</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

Total: \_\_\_\_\_

Classe sócio-econômica pelo total de pontos ABIPEME Total: \_\_\_\_\_

A > ou = 89	B 59 a 88
C 35 a 58	D 20 a 34
E < ou = 19	

**(ANEXO C)**  
**QUESTIONÁRIO CEBRID/SAHMSA (Carlini et al., 2006)**  
**(Versão resumida e adaptada)**

7. Quais os riscos para a saúde que as pessoas se submetem quando ...

Questões	Grau de Risco			
	Sem Risco	Leve	Moderado	Grave
Fumam um ou mais maços de cigarro/dia	( )	( )	( )	( )
Bebem 1 ou 2 drinks/semana	( )	( )	( )	( )
Bebem 3 ou 4 drinks/semana	( )	( )	( )	( )
Bebem 5 ou mais drinks/semana	( )	( )	( )	( )
Bebem diariamente	( )	( )	( )	( )
Usam maconha 1 ou 2 vezes na vida	( )	( )	( )	( )
Usam maconha 1 ou 2 vezes/mês	( )	( )	( )	( )
Usam maconha 1 ou 2 vezes/semana	( )	( )	( )	( )
Usam maconha diariamente	( )	( )	( )	( )
Usam cocaína 1 ou 2 vezes na vida	( )	( )	( )	( )
Usam cocaína 1 ou 2 vezes/mês	( )	( )	( )	( )
Usam cocaína 1 ou 2 vezes/semana	( )	( )	( )	( )
Usam cocaína diariamente	( )	( )	( )	( )
Usam crack 1 ou 2 vezes na vida	( )	( )	( )	( )
Usam crack 1 ou 2 vezes/mês	( )	( )	( )	( )
Usam crack 1 ou 2 vezes/semana	( )	( )	( )	( )
Usam crack diariamente	( )	( )	( )	( )
Usam benzodiazepínicos 1 ou 2 vezes na vida	( )	( )	( )	( )
Usam benzodiazepínicos 1 ou 2 vezes/semana	( )	( )	( )	( )
Usam benzodiazepínicos diariamente	( )	( )	( )	( )