



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR - UCSAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE
CONTEMPORÂNEA

MICHELE CAMPOS ALMEIDA DE JESUS

QUALIDADE DE VIDA DOS FAMILIARES DE DEPENDENTES DE
COCAÍNA/CRACK: PERCEPÇÕES A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS
DOS INTERNAMENTOS

SALVADOR

2016

MICHELE CAMPOS ALMEIDA DE JESUS

**QUALIDADE DE VIDA DOS FAMILIARES DE DEPENDENTES DE
COCAÍNA/CRACK: PERCEPÇÕES A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS
DOS INTERNAMENTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Família na Sociedade Contemporânea, área de concentração:
Família e Sociedade, oferecido pela Universidade Católica do
Salvador – UCSAL.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mary Garcia Castro.

SALVADOR

2016

UCSAL. Sistema de Bibliotecas.

J58 Jesus, Michele Campos Almeida de.
Qualidade de vida dos familiares de dependentes de cocaína/crack:
percepções a partir das experiências dos internamentos/ Michele
Campos Almeida de Jesus.– Salvador, 2016.
212 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Família
na Sociedade Contemporânea.

Orientação: Profa. Dra. Mary Garcia Castro.

1. Qualidade de vida - Família 2. Dependência química 3. Cocaína/
Crack 4. Internamento – Voluntário e involuntário I. Título.

CDU 364.272:316.356.2

TERMO DE APROVAÇÃO

Michele Campos Almeida de Jesus

**“Qualidade de Vida dos Familiares de Dependentes de Cocaína/Crack:
percepções a partir das experiências dos internamentos.”**

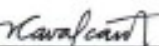
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família
na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 26 de outubro de 2016.

Banca Examinadora:


Prof. Dr. Mary Garcia Castro
Orientador(a) - (UCSAL)


Prof. Dr. Antônio Reinaldo Rabelo - (UFBA)


Prof. Dr. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti - (UCSAL)


Prof. Dr. Kátia Nunes Sá - (UCSAL)

Agradeço,

Primeiramente a Deus e aos meus anjos guardiões pela minha existência, força, luz e coragem para enfrentar os obstáculos.

A Domane e Marcos Antônio, meus pais, pelo amor, investimentos afetivos e financeiros que contribuíram para minha formação acadêmica.

A Uanderson, meu irmão querido, pelo seu carinho, confiança e admiração por mim.

A Rogério, meu amigo, companheiro e esposo, pelo seu apoio, respeito, amor, cumplicidade, pelas suas correções e contribuições para este trabalho, por incentivar meus estudos e acreditar no meu sucesso profissional e pessoal.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram de mais uma etapa importante da minha vida.

Michele.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

São tantos e tão especiais...

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Mary Garcia Castro, pessoa querida, admirável, sábia, divertida, sempre muito atenciosa, receptiva e precisa nas suas contribuições e correções, muito obrigada pela sua energia e companhia nesta trajetória.

As professoras Dr^{as}. Vanessa Cavalcanti e Kátia Sá pelas preciosas observações no trabalho, pelo incentivo, apoio e disponibilidade sempre, minha gratidão e admiração.

Ao professor Dr^o Antônio Rabelo, pela valiosa análise técnica e empenho na composição da Banca Examinadora, meu respeito e carinho.

A todos os Professores/Doutores, Funcionários e Colegas que passaram por mim durante o Programa, pela amizade, aprendizagem, troca de experiências, incentivo e solidariedade, inesquecíveis no meu coração e na minha memória.

A Vale Viver – Centro de Apoio e Tratamento à Dependência Química e outras Compulsões - pelo espaço disponibilizados para aquisição do meu conhecimento acerca do tema abordado e, também, aos meus amados companheiros e colegas de trabalho (Isabela, Lidianne, Gabriela, Melina e Liz), pela participação constante e fundamental neste processo.

A todos os pacientes e familiares, pela confiança e sinceridade em prestarem seus depoimentos e por compartilharem seus sofrimentos de alma.

Muito obrigada por possibilitarem essa experiência enriquecedora e gratificante, da maior importância para meu crescimento como ser humano e profissional.

Haverá paradeiro para o nosso desejo
Dentro ou fora de um vício
Uns preferem dinheiro
Outros querem um passeio perto do precipício

Haverá paraíso
Sem perder o juízo e sem morrer
Haverá pára-raio
Para o nosso desmaio
Num momento preciso

Uns vão de pára-quedas
Outros juntam moedas antes do prejuízo
Num momento propício
Haverá paradeiro para isso?

Haverá paradeiro
Para o nosso desejo
Dentro ou fora de nós?
Haverá paraíso

(Paradeiro – composição musical de Arnaldo Antunes).

JESUS, Michele Campos Almeida de. **Qualidade de vida dos familiares de dependentes de cocaína/crack: percepções a partir das experiências dos internamentos.** Dissertação (Mestrado) Universidade Católica do Salvador, Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea.

RESUMO

O presente estudo se propõe verificar a qualidade de vida, em médio prazo, dos familiares de dependentes de cocaína/crack após os internamentos voluntário e involuntário, realizado em serviço especializado e privado para o tratamento da dependência química, no município de Camaçari/Bahia. A dependência química é vista como um problema de saúde pública frequente e atual. Para melhor fundamentar a pesquisa, abordou-se, a priori, conceitos básicos sobre dependência química, transtornos da personalidade associados, as famílias contemporâneas, qualidade de vida e as percepções dos familiares de dependentes químicos sobre o tema, bem como as formas de intervenção no tratamento. A metodologia utilizada foi a descritiva, comparativa e reflexiva através da abordagem de pesquisa empírica. Empregou-se o método da triangulação, associando a pesquisa quantitativa e qualitativa em um único plano, através de entrevistas semiestruturadas e questionários aplicados pela pesquisadora. Os resultados evidenciaram uma tendência dos familiares declararem ter uma boa qualidade de vida e de saúde de forma geral e, também, nos domínios físico, psicológico, social e ambiental. Percebe-se múltiplas respostas sobre o conceito de qualidade de vida entre os entrevistados e um progresso das relações interpessoais a partir das vivências dos tratamentos dos seus entes. Variáveis sócio-demográficas podem estar associadas a melhor qualidade de vida entre os familiares, como ser do sexo masculino, ter renda superior a cinco salários mínimos e estar casado/união estável. Na pesquisa qualitativa, as famílias tendem a aumentar sua exposição à religiosidade/espiritualidade com o processo de drogadicção do parente e seu internamento por perceberem aumento do apoio social/emocional adquirido, além de ser positiva e protetora na recuperação da dependência química. Porém, na pesquisa quantitativa, observa-se que a religião não é destacada pelos entrevistados como um fator que contribua para a melhor qualidade de vida deles, percebendo resultados complementares sobre o impacto dessa variável no bem-estar dos mesmos. Quando se compara as modalidades de internamentos voluntários e involuntários, a qualidade de vida dos familiares, após o internamento à médio prazo, mostram-se semelhantes nesta pesquisa.

Palavras-chave: qualidade de vida, família, dependência química, cocaína/crack, internamento, voluntário, involuntário.

JESUS, Michele Campos Almeida de. **Qualidade de vida dos familiares de dependentes de cocaína/crack: percepções a partir das experiências dos internamentos.** Dissertação (Mestrado) Universidade Católica do Salvador, Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea.

ABSTRACT

A basic goal of this study was to investigate perceptions on their quality of life by family members of cocaine/crack addict persons after their voluntary and involuntary admissions, in a specialized private service for drug treatment in the city of Camaçari/Bahia/Brazil. Chemical dependency is seen as a problem of public health, and more concern with family should be addressed. The research first discuss themes such as chemical dependency, disorders associated with personality, contemporary families, quality of life and perceptions of drug addicts family members on the subject, as well as forms of intervention in treatment. An empirical research follows such conceptual debate using descriptive, comparative and reflective methodological approaches. The model is the triangulation methodology, combining quantitative and qualitative research in a single plane, through semi-structured interviews and questionnaires. The results showed that family members tend to declare that they have a good quality of life and health in general, as well as when physical, psychological, social and environmental fields are specifically focused. It was found multiple concepts of quality of life among respondents. It was also a common finding the perception that the treatment of their familiar member collaborated with a progressive improvement of their relations. It was found that sociodemographic variables are associated with better quality of life perception. In this way, it was highlighted: to be male, to have income above five minimum wages and to be married/stable. Through the qualitative research, it was found that households tend to increase their exposure to religiosity/spirituality with their relatives drug addiction process. This also held true with their internment. Indeed religiosity/spirituality collaborated to social/emotional support, besides being positive and protective to the recovery from chemical dependency. However, in the quantitative research, it is observed that respondents do not highlight religion as a factor that contributes to improve their quality of life. When compared, the modalities of voluntary and involuntary admissions, no meaningful differences were found in relation to the quality of life of the focused family member.

Keywords: quality of life, family, addiction, cocaine/crack, hospitalization, voluntary, involuntary.

QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Quadro 1 – Critérios Diagnósticos da Dependência de Substâncias Psicoativas	38
Quadro 2 – Critérios Diagnósticos para um Transtorno da Personalidade	54
Quadro 3 – Critérios Diagnósticos para os Transtornos Específicos da Personalidade	55
Quadro 4 – Quatro Dimensões Biológicas do Temperamento	56
Quadro 5 – Cinco Fatores Temperamentais da Personalidade	56
Quadro 6 – Classificação dos Transtornos da Personalidade	60
Quadro 7 – Classificação do Transtorno da Personalidade e do Comportamento Adulto	62
Quadro 8 – Estágios Motivacionais	111
Quadro 9 - Questões do WHOQOL- <i>bref</i> Referentes a Qualidade Global	128
Quadro 10 - Questões do WHOQOL- <i>bref</i> Referentes ao Domínio Físico	129
Quadro 11 - Questões do WHOQOL- <i>bref</i> Referentes ao Domínio Psicológico	129
Quadro 12 - Questões do WHOQOL- <i>bref</i> Referentes ao Domínio Social	130
Quadro 13 - Questões do WHOQOL- <i>bref</i> Referentes ao Domínio Ambiental	130
Figura 1 – Diagrama sobre as Intervenções Terapêuticas utilizadas no Tratamento da Dependência Química	87
Figura 2 – Grau de Parentesco do Familiar Entrevistado	139
Figura 3 – Com Quem Reside o Familiar Entrevistado	143
Figura 4 - Qualidade de Vida por Domínio entre Familiares Entrevistados	145
Figura 5 - Qualidade de Vida por Domínio entre Familiares Entrevistados 2	150
Figura 6 - Droga de Preferência que Motivou o Internamento Segundo os Familiares Entrevistados	158
Figura 7 - Droga de Início do Uso Segundo as Famílias Entrevistadas	160

Figura 8 - Histograma da Idade de Início de Uso de Substâncias Segundo os Familiares Entrevistados	161
Figura 9 - Motivo de Uso da Droga Segundo os Familiares Entrevistados	163
Figura 10 - Tipos de Tratamentos Buscados pelos Pacientes Antes deste Internamento Segundo os Familiares Entrevistados	168
Figura 11 - Marcadores de Reinserção Social e Familiar do Paciente Após o Internamento Segundo os Familiares Entrevistados	172
Figura 12 - Percentual de Abstinência do Paciente Após o Internamento, de acordo com o Tipo de Internamento, o Tipo de Alta e a Droga de Preferência	176
Tabela 1 – Associação entre Transtorno da Personalidade e Follow-up de Pacientes com Dependência Química	138
Tabela 2 – Características Demográficas dos Familiares Entrevistados	141
Tabela 3 - Fatores Preditores de Qualidade de Vida entre Familiares	148
Tabela 4 - Características Demográficas dos Pacientes Internados	156
Tabela 5 - Características dos Pacientes de acordo com o Tipo de Internamento	166
Tabela 6 - Padrão Comportamental do Paciente Antes e Após o Internamento Segundo os Familiares Entrevistados	168

LISTA DE ABREVIATURAS

AA: Alcoólicos Anônimos

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AL-ANON: Familiares e Amigos de Alcoólicos Anônimos

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APA: Associação de Psiquiatria Americana

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD: Centro de Atenção psicossocial – Álcool e outras Drogas

CCA: Comedores Compulsivos Anônimos

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CETAD: Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CR: Consultório de Rua

DASA: Dependentes de Amor e Sexo Anônimos

DMT: Dimetiltriptamina

DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EM: Entrevista Motivacional

FA: Fumantes Anônimos

FUNAD: Fundo Nacional Antidrogas

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

LSD: Dietilamida do Ácido Lisérgico

MDMA: Metileno Dióxido Metanfetamina

MS: Ministério da Saúde

NA: Narcóticos Anônimos

NAR-ANON: Familiares e Amigos de Narcóticos Anônimos

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

PCR: Projeto de Consultório de Rua

PIEC: Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas

PR: Prevenção da Recaída

PRD: Programa de Redução de Danos

PTS: Programas de Troca de Seringas

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RD: Redução de Danos

SENAD: Secretaria Nacional sobre Drogas

SESAB: Secretaria de Saúde da Bahia

SISNAD: Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNC: Sistema Nervoso Central

SPA'S: Substâncias Psicoativas

SRT: Serviço de Residência Terapêutica

SUS: Sistema Único de Saúde

TC: Terapia Cognitiva

TCC: Terapia Cognitivo-Comportamental

THS: Treinamento de Habilidades Sociais

UA: Unidades de Acolhimento

UDI: Usuários de Drogas Injetáveis

UFBA: Universidade Federal da Bahia

UM ODCCP: Escritório das Nações Unidas para o Controle de Drogas e Prevenção ao Crime

WHOQOL: Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	19
2. CONCEITOS BÁSICOS SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA	27
2.1 HISTÓRICO GERAL DAS DROGAS	28
2.2 CLASSIFICAÇÕES DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	30
2.3 ALGUNS ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS	34
2.4 CONCEITOS E HISTÓRICO DA “DEPENDÊNCIA QUÍMICA”	35
2.5 DO SÉCULO XIX A CONTEMPORANEIDADE	42
2.6 ALGUNS ASPECTOS DA COCAÍNA/CRACK	46
3. TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	52
3.1 DEFINIÇÃO DE PERSONALIDADE	52
3.2 BREVE HISTÓRIA SOBRE TIPOS E TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE	53
3.3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA O TRANSTORNO DA PERSONALIDADE.....	53
3.4 COMPONENTES DA PERSONALIDADE	55
3.5 PERSONALIDADE E TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE.....	58
3.6 CLASSIFICAÇÃO DOS DIVERSOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE	60
3.7 HISTÓRICO DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E DEPENDÊNCIA DE DROGAS.....	63
3.8 TRANSTORNO DA PERSONALIDADE E TRANSTORNOS ASSOCIADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS	64
3.9 TRAÇOS DE PERSONALIDADE E TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS	65
3.10 ETIOLOGIA: RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS.....	67
3.11 A INFLUÊNCIA DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ASSOCIADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS	68
4. FAMÍLIA(S) CONTEMPORÂNEA(S), QUALIDADE DE VIDA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA	71
4.1 DEFINIÇÕES DE FAMÍLIAS.....	71
4.2 FORMAS E CLASSIFICAÇÕES DAS FAMÍLIAS	74
4.3 FORMAÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL CONTEMPORÂNEA DAS FAMÍLIAS.....	75
4.4 FASES DO CICLO VITAL DAS FAMÍLIAS	77
4.5 CONCEITOS DE QUALIDADE DE VIDA	79
4.6 PERCEPÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA DOS FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS	82
5. INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	87
5.1 ABSTINÊNCIA X REDUÇÃO DE DANOS	87

5.2 AMBIENTES DE TRATAMENTO	91
5.2.1 INTERNAMENTO	92
5.2.2 COMUNIDADE TERAPÊUTICA	97
5.2.3 ENFERMARIA ESPECIALIZADA	98
5.2.4 MORADIA ASSISTIDA PARA DEPENDENTES QUÍMICOS	99
5.2.5 HOSPITAL-DIA	100
5.2.6 AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	101
5.2.7 AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-AD)	102
5.2.8 CONSULTÓRIO DE RUA	105
5.3 TÉCNICAS DE TRATAMENTO	107
5.3.1 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	107
5.3.2 PSICOTERAPIA DINÂMICA	108
5.3.3 PREVENÇÃO DA RECAÍDA E TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS	109
5.3.4 ENTREVISTA MOTIVACIONAL	109
5.3.5 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	111
5.4 TÉCNICAS DE MANEJO	112
5.4.1 MANEJO DA FISSURA	112
5.4.2 MANEJO DO CONTROLE DAS EMOÇÕES E DOS IMPULSOS	113
5.4.3 MANEJO EM SITUAÇÕES DE CRISE	113
5.4.4 MANEJO DE CONTINGENCIA	114
5.4.5 INTERVENÇÃO FAMILIAR	115
5.5 REABILITAÇÃO	117
5.5.1 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E GERENCIAMENTO DE CASO	117
5.5.2 REABILITAÇÃO VOCACIONAL	117
5.5.3 REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	118
5.5.4 GRUPOS DE MÚTUA AJUDA	119
5.5.5 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE	120
5.5.6 ATIVIDADE FÍSICA APLICADA AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	121
6. METODOLOGIA	123
6.1 DELINEAMENTO	123
6.2 LOCAL	126
6.3 PARTICIPANTES	126
6.4 INSTRUMENTOS	127
6.5 COLETA DE DADOS	131
6.6 ANÁLISE DE DADOS	132
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES	134
7.1 CONTEXTO DA CLÍNICA DE INTERNAMENTO ESPECIALIZADO	134
7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS	139
7.3 QUALIDADE DE VIDA DAS FAMÍLIAS APÓS INTERNAMENTO	144
7.4 PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS	155
7.5 DIFERENÇAS ENTRE INTERNAMENTOS VOLUNTÁRIOS X INVOLUNTÁRIOS	165
7.6 INFLUÊNCIA DO INTERNAMENTO NO COMPORTAMENTO DO PACIENTE ...	167
7.7 INDICADORES DE DESFECHO PÓS TRATAMENTO DO PACIENTE	171

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	177
REFERÊNCIAS	184
APÊNDICES	197
APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	198
APÊNDICE B. QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO SÓCIODEMOGRÁFICO E ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	200
APÊNDICE C. WHOQOL - ABREVIADO	205
APÊNDICE D. CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP	209

APRESENTAÇÃO

A questão das drogas é tão antiga quanto à história do ser humano. Relatos na literatura e em enciclopédias apontam para o uso de produtos extraídos de plantas ou suas folhas em cerimônias religiosas e em rituais diversos, alguns de natureza social e religiosa de acordo com diferentes culturas. Este fato permite encarar algumas práticas, sobretudo no passado, antes da era tecnológica, como socialmente bem aceitas: o fumar ópio no Extremo Oriente em áreas rurais, o mascar folhas de coca por populações andinas nos seus trabalhos diários como fonte de alguma energia ou o uso de infusão de folhas de coca – o “chá de coca” – como medicamento, a utilização de peiote, que contém mescalina, em cerimônias religiosas por índios americanos, etc (SEIBEL & TOSCANO, 2000).

Como notam os autores acima, o uso de drogas no passado parece ter sido relativamente menos grave do que atualmente. Muitos dos perigos existentes se acentuaram e se desenvolveram devido a novas modalidades do seu uso, influenciadas pela civilização e pelo desenvolvimento tecnológico. Com o andar dos tempos, dos conhecimentos e do comércio, muitas outras substâncias, não só naturais, mas também sintéticas, passaram a estar ao alcance das sociedades humanas, com variações dependentes da tradição cultural, da comercialização e da época.

Devido às mudanças no estilo de vida das pessoas na contemporaneidade (como velocidade da informação, sobrecarga do trabalho, desigualdades sociais, desemprego, violência urbana, poluição ambiental, doenças psicossomáticas, ansiedade, estresse, etc) e o uso intenso e frenético das drogas (talvez como compensação do mal estar frente ao atual contexto sóciohistórico e cultural, ou como influência do sistema capitalista e de consumo ou da comunicação midiática, citando alguns exemplos), possibilitaram aberturas e oportunidades de trabalho junto a instituições de saúde que buscam compreender e tratar usuários de drogas.

Esta pesquisa nasceu através das experiências vivenciadas, desenvolvidas e (re)construídas por esta profissional primeiramente no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no município de Santo Antônio de Jesus/Bahia, entre 2008 e 2010, trabalhando com crianças, adolescentes, adultos e suas respectivas famílias no âmbito da saúde mental e, posteriormente, no Centro de Apoio e Tratamento à Dependência Química e outras Compulsões – VALE

VIVER, no município de Camaçari/Bahia, desde 2010, focando o cuidado nos jovens, adultos e seus familiares que convivem e/ou conviveram com a questão das substâncias psicoativas.

1 INTRODUÇÃO

Falar sobre drogas virou um modismo, compartilhado por amplas faixas da sociedade. No entanto, isto é contraproducente, visto que os sensacionalismos e dramatizações das comunicações de massa, ou ainda apelos emocionais ou moralistas do senso comum, por exemplo, apresentam um panorama distorcido e até caricatural da realidade do consumo no Brasil (MIRANDA, 2007).

Como nota a mesma autora, a dinâmica do consumo e as formas mutáveis de como a economia das drogas se organiza, fazem com que o “problema das drogas” seja reconsiderado sempre, eliminando a visão simplista de que se trata de uma mesma coisa que persiste apesar de tudo, e esse tudo compreende a ação legal, o discurso moral e as formas de atendimento aos usuários. Há que evitar os reducionismos, como tornar o consumidor um tipo estigmatizado, idealizado como um ser fraco, doente, e a droga como uma força poderosa e insinuante a corromper as pessoas, omitindo interesses políticos e econômicos no plano da produção, distribuição e disseminação das drogas e as bases existenciais para a cultura das drogas – como angústias, buscas de prazer, modismo, rito de passagem e outros sentidos. Assim,

Todas as tentativas de explicações genéricas, baseadas em premissas fisiológicas, tenderam a ficar no nível da rotulação e da estigmatização. Seria por outro lado, ingênuo ignorar que o uso de drogas por diferentes grupos só é possível nas nossas circunstâncias sócio-históricas, a partir da existência de redes nacionais e internacionais que expressam interesses políticos e econômicos. O fenômeno cultural apresenta a sua inevitável dimensão de poder (VELHO, 1994, p.88).

O mercado ilegal tem sua forma própria, suas regras, que são sempre mais rígidas do que aquelas que regulam as relações de consumo na sociedade aberta. A lei da oferta e da procura distingue os diversos tipos de consumidores a partir das suas capacidades aquisitivas e de seus gostos. Cada droga corresponde a um determinado preço, mas a depender da organização social e do momento histórico, algumas são legitimadas, como moda, tornam-se espírito de época ou um gosto democratizado. O fato é que o mercado está sempre apto a atender ao gosto, dado pelo tipo de consumo. Portanto, os consumidores têm diferentes acessos a variados produtos; a agilidade da economia das drogas oferta diversas substâncias, em natureza e qualidade, para atender à demanda existente (MIRANDA, 2007).

O contexto histórico sociopolítico, econômico e cultural que envolve a problemática das drogas é complexo, e configura-se como uma ameaça à qualidade de vida das populações,

constituindo-se em um grave problema de saúde pública (MARCON *et al*, 2012). Tanto no âmbito nacional quanto internacional, é notório o aumento do consumo de cocaína e crack, com associação a diferentes tipos de drogas, principalmente as sintéticas (SIQUEIRA *et al*, 2012).

De acordo com Siqueira *et al* (2012), no Brasil, as drogas que são consumidas com maior frequência são o álcool, os inalantes, a cocaína e seus derivados, mais especificamente o crack. Segundo Marcon *et al* (2012), estudos evidenciam a ampla repercussão da dependência química não só no usuário de substâncias psicoativas, mas também nos familiares que convivem com ele.

O sistema familiar tem sofrido grandes mudanças, não sendo uma instituição estática. Ela se move tanto nos espaços das construções ideológicas quanto no papel que exerce na organização da vida social; a família tem capacidade de modificar suas estruturas quando se produzem mudanças em seu meio; apresentando-se como lugar de troca, construção de personalidade e, ao mesmo tempo, lugar de conflitos e tensões (DIOS, 1999).

No contexto brasileiro, esse sistema enfrenta, atualmente, um processo de transformações em seu modelo de organização nuclear tradicional. Essas modificações estão diretamente relacionadas às da sociedade; e as mesmas provocam uma série de desafios, como: lidar com as ansiedades e temores frente à violência urbana, desemprego, sobrecarga de trabalho, globalização, doenças sexualmente transmissíveis, violência doméstica e o abuso de drogas lícitas e ilícitas (SILVA, 2001).

Para Dios (1999), independente de sua constituição, classe social ou situação econômica, uma família pode ser surpreendida com a questão do uso de álcool e outras drogas de um de seus membros. Esse uso, geralmente, provoca um profundo impacto sobre toda a família e, muitas vezes, é dentro do núcleo familiar dos usuários de álcool e outras drogas que se inicia um processo de marginalização e exclusão que será, depois, ampliado pela sociedade. O que se observa é que as famílias apresentam dificuldades para cuidar das questões que envolvem problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Citando alguns trabalhos sobre a relação do dependente químico e seus familiares, Medeiros *et al* (2013), por exemplo, estudam as representações sociais do abuso de drogas entre familiares de usuários, discutindo os resultados a seguir: 1) *Impacto da dependência química na família, com 32,03% das respostas*: quebra da rotina entre os membros da família, sentimentos de vulnerabilidade, desamparo e frustração quanto ao tratamento da doença,

agravamento de conflitos já existentes, sobrecarga familiar (principalmente as mulheres) e codependência dos familiares; 2) *Consequências da dependência química para o usuário, com 31,36%: efeitos físicos* - enfraquecimento e deterioração do organismo, resultando em hospitalização e *efeito moral* - repercussão deste enfraquecimento sobre a totalidade da pessoa (irresponsabilidades). Os estados físico, mental e moral dos usuários influenciam essas mesmas áreas na vida de seus familiares; 3) *Conceito de qualidade de vida, com 13,43%*: os familiares conceituam a qualidade de vida envolvendo os múltiplos aspectos da vida que proporcionam o bem-estar do indivíduo, entre eles, a ausência do consumo de droga, a saúde física, o estado psicológico, os relacionamentos sociais e as crenças pessoais (espirituais e religiosas); 4) *Significados da drogas, com 23,14%*: os familiares representam a droga como um símbolo de desagregação familiar entre seus membros. O uso abusivo de drogas afeta o cônjuge, os filhos e as pessoas próximas do dependente. Isto propicia conflitos familiares, como desavenças, falta de credibilidade e desconfianças, perpetuando uma situação de sofrimento na vida dos que estão envolvidos.

Já Selegim e Oliveira (2013) abordam a influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. Os autores trazem as seguintes categorias: 1) *Deficiência de suporte parental aos usuários*: ausência da figura materna e/ou paterna, deficiência nos vínculos e laços afetivos, regras familiares muito rígidas ou permissivas e superproteção familiar; 2) *Cultura familiar de uso de álcool e de outras drogas e conflitos familiares*: uso de drogas no ambiente familiar, uso problemático de drogas pelos membros familiares, conflitos intrafamiliares e violência associada ao uso de drogas; 3) *Desinformação e desconhecimento familiar sobre o uso do crack e outras drogas*: desinformação sobre o tema, desconhecimento sobre o uso e desatenção familiar.

A convivência dos familiares com o usuário, como uma via de mão dupla, é afetada à medida em que a dependência química evolui e se desenvolve, acarretando prejuízos incalculáveis como instabilidade financeira, violência física, verbal, psicológica, com redução das condições de qualidade de vida, constituindo-se em um ônus direto para todos (MARCON *et al*, 2012).

A qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Portanto, é importante avaliá-la no processo de tratamento, pois certas atividades promovem nos dependentes e familiares maior controle da ansiedade, autoestima e

autoimagem positivas e responsabilidade social, levando à melhor qualidade de vida (SILVEIRA *et al*, 2013).

Como cita essa mesma autora, indivíduos com problemas de drogas são encaminhados para clínicas especializadas em desintoxicação de drogas. Contudo, questiona-se a efetividade destas intervenções para a manutenção da abstinência e recuperação de dependentes químicos. Miranda (2007) lembra que um “usuário dependente” ou “disfuncional”, também chamado por “toxicômano”, “drogadito”, “dependente químico” é aquele que vive pela droga e para a droga, de maneira descontrolada, com rupturas em seus vínculos sociais, com marginalização e isolamento. Nesse caso, o usuário procura a substância não pelo prazer que ela lhe proporciona, mas para evitar os desconfortos de sua privação. Este usuário é que, efetivamente, precisa de tratamento especializado, quase nunca fácil e nem rápido.

Gimba (2013) observa que, além das estratégias de redução de danos incorporadas pela política de recursos humanos para Reforma Psiquiátrica¹, é importante esclarecer que a internação (voluntária, involuntária ou compulsória), só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes. A essência das justificativas de uma internação involuntária está na perda da autonomia do indivíduo, decorrente de sua doença mental, que o impede de compreender e entender o caráter desadaptativo de seu estado (BARROS & SERAFIM, 2009).

Marcon *et al* (2012) comenta que as políticas nacionais, atualmente, direcionadas à dependência de drogas, preconizam a atenção comunitária do usuário, e têm na família importante aliado no processo de recuperação, e na melhoria da qualidade de vida. No entanto, apesar da necessidade de participação e responsabilização dos familiares no processo terapêutico, muitas vezes, os serviços especializados focam os cuidados aos usuários, deixando

¹ A partir da segunda metade do século XX, inicia-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil. Nesse sentido é que se inicia o movimento da *Luta Antimanicomial* que nasce pela idéia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais. Aliado a essa luta, nasce o movimento da *Reforma Psiquiátrica* que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias. No Brasil, tal movimento inicia-se no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época. Importantes acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado *Paulo Delgado* por meio do projeto de lei Nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira (GIMBA, 2013).

os cuidadores relegados a uma atenção secundária. Por isso, questiona-se: o internamento especializado interfere na qualidade de vida de familiares de dependentes de cocaína/crack? Há diferença na qualidade de vida dos familiares quando se compara a modalidade de internamento com a convivência do dependente no seu grupo familiar de origem?

O estudo em proposição tem por objetivo geral verificar a qualidade de vida, em médio prazo, de familiares de dependentes de cocaína/crack após o internamento especializado. Os objetivos específicos são: (1) Analisar as diferenças na qualidade de vida dos familiares entre os internamentos voluntários e involuntários; (2) Avaliar diferenças na reinserção social entre os pacientes internados voluntários e involuntários.

A justificativa para o desenvolvimento desta dissertação é que a dependência de substâncias psicoativas é um tema da atualidade. Qualquer indivíduo “antenado” se depara a todo instante com o assunto, veiculado incessantemente, em todas as suas facetas, pelos meios de comunicação. Não há escola, empresa ou governo que não se orgulhe em dizer que possui programas, palestras e atividades direcionadas à prevenção de álcool, tabaco e outras drogas. Por fim, não existe um profissional de saúde sequer que não conviva, de alguma forma, com questões relacionadas com as substâncias psicoativas em sua prática diária, vide os garçons e a fumaça dos clientes fumantes, o mestre de obras e seus serventes pedreiros alcoolizados, o orientador educacional e a rodinha de maconha de alunos em frente à escola, o empresário e seus funcionários dependentes químicos, a obstetra e suas gestantes tabagistas, para citar apenas alguns exemplos (TAUB & ANDREOLI, 2004).

Além disso, é comum se dizer que uma abordagem apenas farmacológica da questão da droga não é suficiente, e que os efeitos tanto individuais e subjetivos, quanto os sociais do uso de substâncias psicoativas só podem ser entendidos a partir de uma perspectiva biopsicossocial. Não existe droga a priori, uma vez que são a *atividade simbólica* (constituição psíquica conscientes e inconscientes da pessoa para além dos fatores orgânicos, como linguagem, pensamentos espontâneos, fantasias, sonhos, afetividade etc) do consumidor que transforma uma substância psicotrópica em droga, levando a sua integração de maneira estável na estrutura motivacional do consumidor. Sua abordagem privilegia a noção do consumidor como sujeito ativo, não necessariamente dotado de uma personalidade patogênica, mas alguém que, como todo ser humano, utiliza símbolos para se comunicar consigo mesmo e com seu ambiente (SEIBEL & TOSCANO, 2000).

Conforme os mesmos autores, estes elementos simbólicos, ao escaparem a toda determinação estrita, significam que a subjetividade e, portanto, a identidade do indivíduo, não são adquiridas em definitivo e são constantemente postas em questão cada vez que ele interage com seu meio. Assim, uma substância química só se torna uma droga provocando dependência dentro de um determinado contexto de relações entre atividades simbólicas e ambientais. Torna-se, então, importante estudar o que o usuário de substâncias psicoativas considera indispensável à satisfação de suas principais necessidades no plano social, cultural, afetivo e cognitivo. Diante desta perspectiva, a “droga” assume diferentes significados em diferentes ocasiões.

No que concerne também à relevância deste tema é que, além dessa questão ser um problema de saúde pública frequente e atual, pode-se desenvolver um trabalho biopsicossocial de impacto entre famílias com usuários de cocaína/crack. Isto porque é evidente o aumento do número de familiares com prejuízos na qualidade de vida que procuram instituições públicas e/ou privadas de acompanhamento psicológico em busca de acolhimento, aconselhamento, psicoterapia individual ou grupal, maior conhecimento e apropriação sobre o tema, orientação e sugestão quanto aos parâmetros de conduta mais adequados e modelos de comportamentos mais assertivos em decorrência do sofrimento psíquico e emocional que repercute em várias dimensões da vida dos familiares que convivem com usuários de álcool e outras drogas (TAUB & ANDREOLI, 2004).

Portanto, por meio deste trabalho, pretende-se conhecer essa população e fornecer informações que possam disponibilizar maiores dados para a pesquisa científica. Além disso, subsidiar o planejamento de intervenções na prática clínica, visando minimizar os prejuízos individuais e coletivos, ocasionados pela dependência de cocaína/crack, resultando na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos envolvidos.

Para tanto, utiliza-se de textos, trabalhos de distintas disciplinas e exploração bibliográfica para a construção dos capítulos conceituais e reflexivos desta dissertação. Neste primeiro capítulo – *Introdução* – situa o(a) leitor(a) a respeito do tema, seu panorama histórico e atual, principais questões, justificativas e objetivos.

No segundo Capítulo - *Conceitos Básicos sobre Dependência Química* – desenvolve-se a definição de termos a serem utilizados ao longo do trabalho, evitando o lugar comum no tratamento do fenômeno que se estuda. Neste capítulo, estabelece-se o conhecimento da classificação das substâncias psicoativas, alguns aspectos biopsicossociais, conceitos e histórico da dependência química, mudanças sobre drogas do século XIX à contemporaneidade

e alguns aspectos do crack, como os seus primeiros tempos, a chegada do crack no Brasil, dez anos depois, perfil dos usuários de crack e políticas públicas.

O terceiro Capítulo - *Transtornos de Personalidade e Dependência Química* – tem a proposta de discutir definições de personalidade, já que os teóricos não concordam a respeito de uma definição única. Percorre-se por uma breve história sobre tipos e transtornos da personalidade, seus componentes, os critérios diagnósticos para o transtorno da personalidade, classificações, suas relações com a dependência de drogas e a influência dos transtornos da personalidade no tratamento da dependência química. Os transtornos da personalidade podem estar associados com o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, além de representarem um fator de risco importante para esta psicopatologia, piorando o prognóstico destes pacientes. Porém, não são exclusivos em todos os casos.

O quarto Capítulo – *Família(s) Contemporânea(s), Qualidade de Vida e Dependência Química* – discute definições de famílias, visto que estas passam por constantes mudanças, destacando-se as famílias brasileiras contemporâneas. Busca-se entender formações histórico-sociais e as fases do ciclo vital. No que diz respeito a qualidade de vida, descreve-se a evolução histórica e conceitos, bem como as percepções dos familiares de dependentes químicos sobre o tema.

O quinto Capítulo é denominado *Intervenções Terapêuticas Utilizadas no Tratamento da Dependência Química*. Nele, trata-se dos principais modelos de intervenções e técnicas de tratamento e de manejo para uso, abuso e dependência química, desenvolvidas com a finalidade de favorecer a redução ou a abstinência do consumo de substâncias psicoativas, bem como a melhora da qualidade de vida e do funcionamento psicossocial dos seus usuários. Além disso, o capítulo aborda os ambientes de tratamento, que podem ser agrupados de acordo com a proposta de internação especializada ou não.

O sexto Capítulo – *Metodologia* – apresenta-se a proposta metodológica que é adotada na pesquisa que se classifica como, descritiva, comparativa e reflexiva, através da modelagem da pesquisa empírica. Utiliza-se o método da triangulação, associando a pesquisa quantitativa e qualitativa em um único plano. Com relação ao estudo de campo, busca-se descrever e mais compreender a qualidade de vida de familiares de dependentes de cocaína/crack após internamentos voluntário e involuntário, realizado em serviço especializado e privado para o tratamento da dependência química, no município de Camaçari/Bahia, por entrevistas semiestruturadas e questionários, aplicados pela pesquisadora.

O sétimo Capítulo – *Resultados e Discussões* – focaliza resultados e análises da pesquisa, sendo que no último, *Considerações Finais*, mais se discute as conclusões baseadas no capítulo anterior.

2 CONCEITOS BÁSICOS SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A palavra “droga” vem do termo “*droog*”, originária da língua holandesa, cujo significado é “*folha seca*”. Isto se deve ao fato atribuído aos medicamentos à base de vegetais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “droga psicoativa” é qualquer substância que, não sendo produzida pelo organismo, tem a capacidade de modificar o funcionamento desse organismo (CEZAR, 2008).

Segundo Jacobina e Nery Filho (1999), a expressão “*substância psicoativa*” (SPA) foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para substituir o termo “*droga*”, geralmente de conotação pejorativa e engloba toda substância, natural ou sintética, que, ao ser consumida, atua sobre o sistema nervoso central, modificando, de algum modo, o psiquismo. Essas alterações provocam mudanças no estado de consciência e no senso de percepção do usuário, uma vez que as referidas substâncias podem atuar como depressoras, estimulantes ou perturbadoras do sistema nervoso central (SNC) (LIMA, 1997).

O uso de substâncias cuja ingestão causa alterações no comportamento que podem levar a perdas subjetivas ou objetivas – diminuição na produtividade, conflitos interpessoais etc. -, mas que, mesmo assim, o indivíduo insiste em continuar usando, são consideradas as “*drogas de abuso*”. Se há uma característica marcante nas drogas de abuso, é que elas dão prazer a alguns indivíduos específicos. Uma condição *sine qua non* para um indivíduo se tornar dependente de uma droga é ele gostar de seu efeito. Por diversos motivos, algumas pessoas gostam mais de cocaína, outras mais de maconha e outras ainda se dão muito bem com o álcool. Vale ressaltar que nem todo uso de droga é prazeroso e que nem todos aqueles que experimentam droga sentem-se recompensados por isso. Hoje, é possível afirmar que existem vários fatores envolvidos no processo da dependência de substâncias psicoativas, como genética, neurobiologia, ambiente, comportamento (personalidade), desenvolvimento, maturação do SNC, gênero, etc. O estudo e o entendimento sobre a complexidade da dependência química levam, em consideração, a tríade *sujeito-droga-ambiente* (CRUZ, 2009).

2.1 HISTÓRICO GERAL DAS DROGAS

Ao longo de toda a história da humanidade, pode-se constatar o consumo de várias drogas. As sociedades passaram a utilizá-las em diferentes contextos e com finalidades variadas: desde o uso em rituais religiosos e mágicos até para a cura ou paliativo para doenças, como também simplesmente na busca do prazer que essas drogas proporcionam. As duas fontes básicas de conhecimento das drogas foram a religião e a medicina. Entretanto, seu uso como fonte de prazer, destituído do cunho religioso e da utilidade medicinal, deve ter precedido às demais formas, que surgiram como “[...] monopólio de certos atores ou como recurso sujeito à regulamentação social” (NERY FILHO, 1995, p.30).

Conforme Cezar (2008), o homem pré-histórico já usava droga. Não se sabe bem ao certo como ele descobriu que alguma planta o deixava “inebriado”. Talvez tenha se alimentado de alguma fruta fermentada ou ingerido alguma folha, ou quem sabe, vendo o estado em que ficava algum animal após ter comido alguma erva, e observado que era mais fácil de ser caçado.

A história relata que, há mais de quatro mil anos, os sumerianos que viviam na área onde hoje é ocupada pelo povo iraniano, já cultivavam a papoula de ópio, chamada de “a planta da alegria”. O fato mais curioso envolvendo o consumo e o comércio de drogas foi a “Guerra do Ópio” no século XIX (CEZAR, 2008). Segundo Nery Filho (1995) e Escohotado (1994), a literatura científica revela a existência do opium há mais de cinco mil anos antes de Cristo, e relacionado com a alegria e o divertimento entre os Sumérios, também na Babilônia e na cultura cretomiscênica, enquanto no Egito ele é recomendado como analgésico e calmante. Foi ainda muito popular tanto na medicina grega, quanto na romana.

A Bíblia (Gênesis, 9.20-21) relata o estado embriagado de Noé com álcool etílico. Para os egípcios, o vinho era considerado uma dádiva dos deuses, simbolizado por Baco. Na Idade Média, o vinho era usado pelos sacerdotes nos mosteiros em seus rituais religiosos (CEZAR, 2008). Do Egito antigo, têm-se preservados tanto papiros que atestam os malefícios da embriaguez, quanto os que mostram estar o álcool em 15% dos tratamentos médicos prescritos. Há um tablete cuneiforme datado de 2200 a.C., recomendando cerveja para mulheres amamentando, além de serem numerosas as referências ao vinho no Velho Testamento, nem todas negativas. Aliás, favorável é a visão da Grécia Clássica diante do vinho, exatamente o oposto do que prescrevem tanto o bramanismo quanto o budismo. Por outro lado, apesar das restrições que a cultura cristã impunha à bebida alcoólica, registra-se seu alto consumo tanto na

Europa medieval quanto na renascentista. Já nas Américas, várias bebidas de baixo teor alcoólico existiam antes da chegada dos europeus (ESCOHOTADO, 1994).

Na Índia e em outros países, a Cannabis era cultivada e largamente utilizada em cerimônias religiosas, festas, na confecção de roupas e como erva medicinal. Na Europa oriental, colocavam-na no interior de tendas, sobre pedra incandescente e inalavam os vapores (CEZAR, 2008). O cânhamo (maconha) está registrado na China desde 4000 a.C., na Índia e na Mesopotâmia, onde era usado inclusive como incenso cerimonial, e na Europa ocidental entre os Celtas. Além de outras substâncias com propriedades narcóticas e tóxicas, também era utilizado pelos egípcios. Na Roma dos Césares, era frequente e natural usar a maconha para estimular o prazer (MIRANDA, 2007).

As civilizações que habitavam os Andes, na América do Sul, usavam a folha da coca; mastigá-la minimizava os efeitos do ar rarefeito nas altas altitudes e também, era considerado um ato dos mais nobres. Eles carregavam-na na cintura em bolsas sofisticadamente ornamentada e eram sepultados com elas. As drogas sempre foram utilizadas pelos governantes como forma de poder. Plantar, comercializar e o direito de consumir era (hoje é uma concessão) prerrogativa do estado (CEZAR, 2008). O arbusto da coca é originário dos Andes e registrado em esculturas desde o século III a.C. (ESCOHOTADO, 1994). Suas folhas eram consumidas por sacerdotes Incas e nas atividades rotineiras de toda a sua comunidade. A planta era considerada um “presente divino”. Os conquistadores espanhóis tentaram banir seu uso, mas perceberam que não era possível escravizar os Incas sem permitir o uso da coca. A partir daí, afirma Cruz,

[...] a Igreja Católica passou, então, a cultivá-la e se tornou sua maior produtora. O interesse dos meios científicos europeus e americanos só surgiu muito tempo depois, quando em 1855, o alemão Albert Niemann isolou o alcaloide da coca que recebera, posteriormente, o nome cocaína (1996, p.25-26).

Entre os índios, o curandeiro utilizava a droga para entrar em contato com os espíritos superiores. Esta prática não se restringia apenas à cultura indígena. Nas sociedades mais modernas e relativamente adiantadas, isto era comum. Nas guerras, as drogas eram usadas como forma de deixar os soldados mais ativos e agressivos, combater o cansaço, além de cuidar dos ferimentos (CEZAR, 2008).

Na informação de Escotado (1994), o tabaco, autóctone da América, era usado do Canadá à Patagônia com fins recreativos, religiosos e terapêuticos. As xantinas eram também

amplamente usadas pelos americanos, em época bem anterior à chegada de Cristóvão Colombo, a partir de, por exemplo, o guaraná e o mate, fontes de cafeína e o cacau.

O cristianismo foi, pouco a pouco, criando novos parâmetros para as concepções sobre as diversas substâncias psicoativas, especialmente durante o período inquisitorial medieval, quando foram eventualmente associadas a bruxarias, mas bastante identificadas com o erotismo e sempre condenadas já que a Igreja via o prazer com reservas. Tal perspectiva acabou incidindo sobre a utilização de drogas na medicina. “A Inquisição na América parte de idênticas premissas e, perseguiu muitos nativos por empregar suas drogas tradicionais” (ESCOHOTADO, 1994, p.43). Para contornar a situação, começaram a ser criados, nas universidades, cursos de medicina e farmacologia que resistissem à sanha dos inquisidores. Daí que

É interessante, contudo, que as solanáceas alucinógenas se encontrem hoje classificadas nas farmacopeias como plantas medicinais úteis e não como entorpecentes perigosos. De 1330 a 1700, foram uma encarnação diabólica, geraram um número considerável de consumidores, criaram uma fé em seu poder sobrenatural e, então, levaram ao suplício e à fogueira muitos europeus (ESCOHOTADO, 1994, p.44).

O mesmo autor acima afirma que, ao lado das estimulantes, “No capítulo das drogas visionárias, o Novo Mundo é uma fonte inesgotável” (1994, p.56). Isto resultou em tal repressão por parte do cristianismo europeu que “Não há que estranhar que os usos religiosos, lúdicos e terapêuticos da flora psicoativa sejam mencionados com todo detalhe pelos primeiros cronistas e logo caíam em total esquecimento até meados do século XX” (1994, p.56).

Depois de percorrer pelo breve histórico geral das drogas, é importante compreender as principais classificações das substâncias psicoativas.

2.2 CLASSIFICAÇÕES DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Há diversas classificações possíveis para as drogas, dependendo do enfoque a que se propõem os pesquisadores ou interessados no assunto. Uma das classificações possíveis é agrupá-las de acordo com seus efeitos predominantes. Sob esse ponto de vista, há três classes de drogas, segundo Taub e Andreoli (2004):

- 1) As *drogas depressoras* são aquelas que produzem sonolência, diminuição da ansiedade, sensação de relaxamento, diminuição da velocidade do pensamento e prejuízos da coordenação motora. A expressão “depressora” não significa, no

entanto, que elas produzem depressão no sentido de tristeza ou melancolia. As drogas depressoras são: álcool, benzodiazepínicos (tranquilizantes, calmantes ou remédios para dormir), barbitúricos, opiáceos (morfina, heroína, codeína) e inalantes (cola de sapateiro, éter, benzina, misturas de substâncias conhecidas popularmente como “lança perfume” e “loló”).

- 2) As *drogas estimulantes* são aquelas que tendem a provocar um aumento da atenção, deixando a pessoa mais alerta, e algumas vezes provocam ansiedade, reduzem a necessidade de sono e aceleram o pensamento. Embora o pensamento esteja acelerado e as idéias fluem rapidamente, a pessoa acaba tendo dificuldade para coordená-las. As drogas deste grupo são: cocaína (incluindo o *crack*), anfetaminas (ainda muito encontradas em remédios para emagrecer), nicotina e cafeína.
- 3) As *drogas perturbadoras*, também conhecidas como alucinógenas ou psicodélicas, são aquelas que levam à ocorrência de fenômenos mentais anormais, não fazendo parte, geralmente, da vida psíquica das pessoas. Esse funcionamento distorcido da mente pode se manifestar por meio de alucinações, delírios, fusão de sensações ou distorções na avaliação do espaço ou da passagem do tempo. As drogas perturbadoras são: maconha, psilocibina, mescalina, LSD, DMT (ayahuasca ou Santo Daime), MDMA (ecstasy) e anticolinérgicos (como “chá de lírio” e “zabumba”).

Aquino (1998) estabelece sua classificação conforme os efeitos da substância no organismo, como por exemplo:

- 1) O *álcool* é um depressor que atua inicialmente deprimindo as funções corticais (córtico-cerebrais) que comandam, entre outras, as funções de relação social, o autocontrole e a censura interna. Em altas doses, diminui a capacidade de perceber sensações e perturba a coordenação muscular, a memória e o julgamento. Em grandes quantidades e por um período longo de tempo, pode danificar permanentemente o fígado e o coração, além de provocar danos irreversíveis para o cérebro. Com o passar do tempo de uso, as doses precisam ser aumentadas para se obter o mesmo efeito, no que se convencionou chamar tolerância.
- 2) Como estimulante, os principais componentes do *tabaco* são a nicotina (estimulante do coração e do sistema nervoso central), o alcatrão (na fumaça, contém muitas substâncias que provocam câncer e insuficiências respiratórias) e o monóxido de carbono (reduz a habilidade do sangue em carregar oxigênio para o cérebro ou para

os tecidos do corpo). Também classificada como estimulante, a *cocaína* é extraída das folhas da planta da coca. Provoca dilatação das pupilas, aumento da pressão arterial, dos batimentos cardíacos, da frequência respiratória e da temperatura do corpo. Inalações frequentes provocam corrosão da membrana nasal. Já as *xantinas* (como café, chás e chocolates, por exemplo), seus efeitos mais comuns são: o aumento dos batimentos cardíacos, da temperatura do corpo e da atividade dos rins.

- 3) Das folhas do cânhamo, a *Cannabis sativa*, cujo princípio ativo é o tetrahydrocannabinol (THC), prepara-se o cigarro conhecido como de *maconha*, SPA classificada como substância alucinógena e perturbadora. Quanto maior a concentração de THC, maior o seu potencial psicoativo. Seus principais efeitos são: aumento dos batimentos cardíacos, vermelhidão dos olhos, secura na boca e da garganta. Estudos indicam que a droga interfere temporariamente na memória, altera o sentido do tempo e reduz a habilidade para cumprir tarefas que requerem respostas rápidas. O uso crônico da maconha causa a síndrome da falta de motivação, sobretudo na adolescência, além da redução do número de espermatozoides pela diminuição do hormônio masculino testosterona, interferindo no processo de transformação física da criança para adulto.

Outra classificação é aquela utilizada do ponto de vista legal. Assim, as drogas são consideradas lícitas ou ilícitas. Como o próprio nome sugere, o que determina se uma droga lícita ou ilícita é a legislação. Os critérios usados para classificar as drogas em lícitas ou ilícitas são mais culturais do que científicos. Os valores atribuídos às drogas são particulares a cada sociedade e variam ao longo do tempo (TAUB & ANDREOLI, 2004). Um exemplo do quanto a classificação depende do momento histórico vivido, é o fato de que, “Nos anos 20, por exemplo, a cocaína e a maconha eram livremente comercializadas nos Estados Unidos, enquanto o governo tentava combater, sem sucesso, o álcool” (CASTRO & ABRAMOVAY, 2002, p.198). Hoje em dia, naquele país, a situação é inversa, como a imprensa mostra a todo o momento.

No Brasil, frequentemente, são consideradas ilícitas as drogas cujo comércio e o consumo é proibido por lei (maconha, cocaína, heroína, crack etc) e, como lícitas, aquelas cuja lei permite que sejam comercializadas e consumidas (álcool, tabaco e psicofármacos). No entanto, essa classificação não é muito bem definida, uma vez que algumas substâncias cujo comércio é permitido (éter, cola de sapateiro, benzina etc) podem ser usadas para fins não

lícitos, diferentes daqueles para os quais foram produzidas e com o propósito de alterar a consciência do indivíduo (MIRANDA, 2007).

De acordo com a autora acima, outro fator importante a ser analisado é o de que qualquer uso de substância ilícita também é definido pela quantidade utilizada, mesmo com a aprovação da nova Lei 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, SISNAD, cujo objetivo é articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão ao tráfico. Neste caso, uma das principais mudanças para a sociedade é que quem “adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo determinada quantidade de drogas caracterizada para consumo pessoal”, sem autorização legal, não poderá mais ser preso. O porte permanece caracterizado como crime, mas o usuário estará sujeito a medidas sócio-educativas, aplicadas por juizados especiais criminais. Já os traficantes continuam sendo julgados pelas varas criminais comuns, mas o tempo mínimo de prisão aumenta de três para cinco anos.

A simples dicotomia entre drogas lícitas ou ilícitas, mas que tiveram, em tempos anteriores, outras codificações normativas, apresenta-se insuficiente e indica que a variedade de tratamento social das substâncias psicoativas é também condicionada por tempos históricos. Ainda mais, corre-se o risco “[...] de não se considerar as drogas legais ou ilícitas [...] como as principais produtoras de dependência química, no Brasil, e em quase todos os países ocidentais” (JACOBINA e NERY FILHO, 1999, p.22).

Mais outra classificação possível das drogas psicotrópicas é quanto ao seu modo de fabricação ou a origem da matéria-prima utilizada em sua composição. Neste caso, elas podem ser classificadas em *naturais* (drogas encontradas na própria natureza, como a maconha), *semi-sintética* (drogas encontradas na natureza, mas elaboradas e sintetizadas em laboratórios, como a cocaína) e *sintéticas* (elaboradas totalmente em contexto de laboratório, como a LSD) (TAUB & ANDREOLI, 2004). As SPAs podem ser ingeridas de forma oral, aspirada, injetada, contato, inalação, sublingual e retal (CEZAR, 2008).

2.3 ALGUNS ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS

O risco do aparecimento das dependências de drogas vai depender da vulnerabilidade pessoal toxicofílica, do tipo de droga e do modo de ser usada, das circunstâncias em que ocorre o seu uso, dos valores éticos e culturais das sociedades, quer consideradas no seu todo, quer

como suportes de microculturas, no tempo e no espaço em que se encontram evoluindo (SEIBEL & TOSCANO, 2000).

Outros fatores estão implicados na manutenção do uso, e, por estas razões, a questão que se coloca é muito complexa e, geralmente, é abortada, tanto do ponto de vista da prevenção como do tratamento, de maneira ampla e abrangente, incluindo, além do próprio indivíduo, a família, os educadores e as instituições. Não é toda pessoa que experimenta ou usa uma droga que se tornará um dependente químico. Por outro lado, todo dependente um dia experimentou a droga. O grande problema é que não dá para saber, com antecedência, dentre as pessoas que irão usar drogas, quais serão apenas usuárias ocasionais e dentre se tornarão dependentes. De qualquer modo, não existe um uso seguro de álcool e drogas, pois até mesmo um uso experimental pode trazer prejuízos à saúde e à vida da pessoa. Existem diferentes formas de consumo de drogas (TAUB & ANDREOLI, 2004).

Quanto aos padrões de consumo das substâncias psicoativas, encontra-se na literatura algumas proposições. Jacobina e Nery Filho (1999) alerta para os problemas causados pela confusão que se faz com relação aos consumidores de substâncias psicoativas, quer pela família, quer pela polícia. Daí porque se torna necessário estabelecer classificação para usuários de drogas. Conforme UNESCO (1995, p.20):

- 1) *Experimentador(a)*: o indivíduo, circunstancialmente, entra em contato com uma substância psicoativa, experimenta e não faz mais uso, assim dispensando tratamento, por não se configurar situação de doença;
- 2) *Usuário(a) Ocasional*: utiliza uma ou várias substâncias de modo intermitente, quando disponível ou em ambiente favorável, sem rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais, sem que se desenvolva dependência física ou psíquica;
- 3) *Usuário(a) Habitual ou "Funcional"*: faz uso frequente, ainda controlado, mas já se observa sinais de rupturas tanto nas relações afetivas, quanto nas relações sociais ou profissionais;
- 4) *Usuário(a) Dependente ou "Disfuncional"* (toxicômano, drogadito, dependente químico): vive pela droga e para a droga, descontroladamente, com rupturas em seus vínculos sociais, com marginalização e isolamento. Nesse caso, o usuário procura a substância não pelo prazer que ela proporciona, mas para evitar os desconfortos de sua privação. É este o usuário que efetivamente precisa de tratamento especializado, quase nunca fácil nem rápido.

Importante que se defina a dependência como um estado de transtornos físicos e/ou psíquicos que se manifesta naquela pessoa que vem fazendo uso de uma substância psicoativa, seja quando se suspende o seu uso, ou mesmo quando fica evidente uma necessidade irreprimível, compulsiva de usá-la. A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um conceito para o fármaco-dependente como aquela pessoa que apresenta um estado físico ou psíquico causado pela ação recíproca entre seu organismo e a substância psicoativa. Caracteriza-se, principalmente, pela mudança de comportamento e pelo irresistível de tomar a SPA, contínua ou periodicamente, para sentir seus efeitos, ou às vezes, para evitar um mal-estar produzido pela privação, o que pode acontecer também com drogas ditas lícitas (JACOBINA e NERY FILHO, 1999).

Há quem diga que as pessoas usam drogas para fugir da realidade. Não é bem assim. Seria mais apropriado dizer que as pessoas usam drogas para enfrentá-la. Deprimidos, por exemplo, podem usar cocaína em busca do seu efeito estimulante. Ansiosos podem usar o álcool em busca do efeito ansiolítico. Quem usa drogas está tentando suportar uma realidade que, de outra forma, seria insuportável. Ocorre que as drogas não são de modo algum o melhor remédio. Ao ficarem dependentes, ou até mesmo nos momentos de ressaca, a falta da droga agrava os mesmos sintomas que levaram os indivíduos a buscá-la (fissura) (TAUB & ANDREOLI, 2004).

2.4 CONCEITOS E HISTÓRICO DA “DEPENDÊNCIA QUÍMICA”

Os problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas continuavam a ser encaradas como desvios morais até o século XVIII. As primeiras tentativas de problematizar a questão partiram de dois médicos: Benjamin Rush, considerado o pai da psiquiatria estadunidense, e o britânico Thomas Trotter (EDWARDS, 2000). Ambos diziam que a *embriaguez* era resultado da perda do auto-controle e comprometia o equilíbrio saudável do corpo. Nas palavras de Rush; “Começa como uma escolha, torna-se um hábito e depois uma necessidade”. Eles continuavam a acreditar que o modo de consumo era uma escolha pessoal, mas até certo ponto, quando a substância passava a “dominar” o controle e a vontade do usuário. Pela primeira vez, consideraram que a intensidade do consumo variava ao longo de um *continuum* de gravidade. Além disso, pontuaram que os problemas relacionados ao consumo se instalavam ao longo do tempo, ou seja, possuíam uma história natural (CROWLEY, 1999).

Apenas em meados do século XIX, Magnus Huss (1849) utilizou o termo alcoolismo pela primeira vez, na tentativa de definir o conjunto de complicações clínicas decorrentes do uso abusivo e crônico de álcool. Uma definição eminentemente médica. Quase no final desse mesmo século, outros pesquisadores formularam, para a embriaguez, conceitos que se aproximavam do que hoje é denominado dependência: uma doença, com prováveis causas biológicas e genéticas. Essa definição aos poucos se estendeu para as outras substâncias, com a criação de entidades nosológicas como morfínismo, narcomania e cocainomania (EDWARDS, 2000).

Apesar de enfatizarem os critérios biológicos, os primeiros construtos ajudaram a identificar outras características, tais como padrão de consumo, história familiar, aspectos da personalidade e psicopatologias, que serviram de base para as classificações atuais. No entanto, pouco se ativeram aos aspectos psicossociais decorrentes do uso indevido de álcool e drogas, deixando espaço para as explicações moralmente embasadas ou demasiadamente caracteriológicas, ou seja, para os que consideravam que a gênese dos problemas com o consumo de álcool e drogas estava direta e exclusivamente ligada a distúrbios de personalidade inerentes a esses indivíduos (CARNEIRO, 2005).

Este panorama não se alteraria até os anos 1960. A partir dessa época diversas classificações começaram a diferenciar padrões de consumo de álcool e a identificar aqueles de origem “biológica” (endógenos) e os “comportamentais” (exógenos). Os termos “dependência física” e “dependência psicológica”, hoje em desuso, surgiram também nesse período. Esses novos modelos de classificação representaram alguns avanços. Primeiro, contemplaram a existência de fatores psicológicos e ambientais envolvidos da dependência e os transformaram em critérios diagnósticos. Dessa forma, as alterações de comportamento também passaram a ser valorizadas como sintomas de doença, em vez de demonstrações de “preguiça”, “covardia”, “mau-caratismo ou distúrbios de personalidade” (CARNEIRO, 2005).

A partir dos anos 1970, Edwards & Gross propuseram o conceito de “síndrome de dependência do álcool”. Tal conceitualização partia de três pressupostos básicos. Em primeiro lugar, a dependência é considerada uma *síndrome nosológica*, ou seja, um agrupamento de sinais e sintomas que se repetem com certa frequência em alguns usuários dessas substâncias, sem, no entanto, haver uma causa única ou recorrente. Em segundo lugar, tal síndrome se organiza dentro de níveis de gravidade e não como um absoluto categórico. Essa noção é extremamente importante, pois se deve buscar não um sintoma característico, mas uma série

deles, considerando sua intensidade ao longo de um *continuum* de gravidade. E terceiro, a síndrome de dependência é moldada por outras influências, capazes de predispor, potencializar ou bloquear sua manifestação (EDWARD *et al.*, 2005).

Há menos de 50 anos, os problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas não possuíam critérios diagnósticos precisos, merecendo explicações eminentemente embasadas em modelos morais. O conceito *síndrome de dependência* conseguiu harmonizar as principais linhas de pensamento acerca do tema:

- 1) Trata-se de um diagnóstico descritivo e objetivo, interessado na observação de sinais e sintomas que caracterizam a síndrome de dependência, sem se preocupar com a etiologia ou explicações de ordem moral.
- 2) Considera que a dependência possui critérios biológicos e psicossociais, que podem aparecer combinados ou isoladamente. Desse modo, eliminou distorções maniqueístas, tais como dependência psíquica (leve) e física (grave).
- 3) Trata-se de um conceito universal, aplicável a qualquer usuário de álcool, tabaco e outras drogas que venha a apresentar tais critérios diagnósticos. Isso uniformizou o diálogo entre os pesquisadores de todo o mundo.
- 4) Cada critério diagnóstico possui níveis distintos de gravidade, assim cada dependente possui um quadro único, sem, no entanto, tipificá-lo.
- 5) Por fim, contemplando o caráter multifatorial da gênese e manutenção do uso indevido de substâncias psicoativas, o conceito atual de dependência considera que qualquer padrão de consumo é constantemente influenciado por uma série de fatores de proteção e risco, de natureza biológica, psicológica e social. Um fator de risco pode ser potencializado por outros fatores similares ou neutralizado por fatores de proteção. Portanto, é necessária a interação disfuncional de um conjunto de fatores para o surgimento do uso nocivo ou da dependência (EDWARDS *et al.*, 2005).

O conceito de *síndrome de dependência* e seus *critérios diagnósticos* serviram de base para a elaboração dos dois principais códigos psiquiátricos da atualidade abaixo: a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), confeccionada pela Associação de Psiquiatria Americana (APA).

Quadro 1 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

- *Compulsão para o consumo*: A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
- *Aumento da tolerância*: A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
- *Síndrome de abstinência*: O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.
- *Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo*: O consumo de substâncias psicoativas visando ao alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.
- *Relevância do consumo*: O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
- *Estreitamento ou empobrecimento do repertório*: A perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. À medida que a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais.
- *Reinstalação da síndrome de dependência*: O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo o indivíduo tendo atravessado um longo período de abstinência.

Fonte: EDWARDS et al., 2005.

Após descritos os *Crítérios Diagnósticos da Dependência de Substâncias Psicoativas*, seguem, abaixo, os *Crítérios para a Dependência de Substâncias*, conforme a CID-10 (OMS, 1997) e o DSM-IV (APA, 2002):

CID-10 (OMS, 1997):

Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes tiverem sido vivenciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:

- Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância.
- Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo.
- Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
- Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento do tempo necessário para se recuperar de seus efeitos.
- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestadamente nocivas (deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano).

DSM-IV (APA, 2002):

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado.
- Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:

- Síndrome de abstinência característica para a substância.
- A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
- A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

- Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
- Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.
- Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
- O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Após a compreensão dos *Critérios para Dependência de Substâncias* da CID-10 (OMS, 1997) e DSM-IV (APA, 2002), seguem, agora, os *Critérios para uso nocivo (abuso) de substâncias*:

CID-10 (OMS, 1997):

- O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.
- Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e associam-se a conseqüências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não ter sido aprovado por outra pessoa, pela cultura ou poder ter levado a conseqüências socialmente negativas, como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.
- a intoxicação aguda ou a “ressaca” não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar o uso nocivo.
- O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool, está presente.

DSM-IV (APA, 2002):

A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo em um período de 12 meses:

- a. uso recorrente da substância, resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes, relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências/suspensões da escola relacionadas à substância; negligência para com os filhos ou para com os afazeres domésticos);
- b. uso recorrente da substância em que isso representa perigo físico (p. ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso de substâncias);
- c. problemas legais (p. ex., detenções por porte ou conduta desordeira relacionada à substância);
- d. uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (p. ex., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais)

B. Os sintomas jamais satisfazem os critérios para dependência para esta classe de substância.

2.5 DO SÉCULO XIX A CONTEMPORANEIDADE

A partir do século XIX, o avanço científico conduziu a tal aprofundamento do conhecimento sobre os efeitos das drogas no organismo e sua ação sobre o comportamento humano, a química realizou avanços tão sensacionais, que “As drogas deixaram de ser vegetais mais ou menos mágicos, ligados a rituais e aspectos. Seus princípios [...] foram compreendidos como substâncias nucleares da substância orgânica – não menos ‘maravilhosos’, mas livres da ênfase mítica (ESCOHOTADO, 1994, p. 76).

Segue abaixo, invenções de novas SPA's:

- 1) Produzida a partir do ópio, a *morfina* foi o primeiro grande medicamento do século XIX, a princípio muito usada para aliviar as dores nos hospitais de campanha. Cinco vezes mais forte, a *heroína* foi sintetizada, depois, tendo como matéria prima a morfina. É uma droga semi-sintética (produzida em laboratório), tendo alto poder para causar dependência, com grande síndrome de abstinência (física e psíquica).

Com o passar do tempo de uso, as doses precisam ser aumentadas para se obter o mesmo efeito (tolerância).

- 2) Dos laboratórios e pelos mais diversos caminhos, outras substâncias psicoativas vão sendo apresentadas a usuários. Entre as estimulantes, vale registrar as *Anfetaminas* muitas vezes utilizadas de forma perigosa em dietas alimentares para o controle do apetite. Além delas, há o *Ecstasy* – MDMA (*Metileno Dióxido Metanfetamina*), droga sintética, que age sobre o Sistema Nervoso Central aumentando as concentrações de serotonina e dopamina. Sua ingestão de forma indevida pode acarretar a morte, particularmente quando consumida por jovens em “raves”, pela desidratação devido à dança frenética com música intensa, que leva a um alto grau de elevação da temperatura do corpo.
- 3) Dentre as substâncias Alucinógenas e Perturbadoras, ainda encontra-se o L.S.D. (*Dietilamida do Ácido Lisérgico*), - encontrado nos grãos de centeio. Droga extremamente poderosa, sendo efetiva em quantidades muito pequenas (microgramas). Basicamente, ela causa mudanças nas sensações (ilusões e alucinações).
- 4) Cabe ainda registrar os *Inalantes* e *Solventes*, que são depressores do Sistema Nervoso Central e caracterizam-se por provocar transtornos comportamentais, além de causar sérios danos físicos nos rins, fígado e pulmões. Todos os solventes contêm grandes quantidades de chumbo, que podem causar danos físicos irreversíveis, particularmente no sistema renal. (CASTRO & ABRAMOVAY, 2002).

No decorrer do século XIX e mais acentuadamente no início do século XX, acontece o que Escohotado (1994) classifica como a “reação antiliberal”, capitaneada pelos Estados Unidos a partir, segundo o autor, da reação puritana dirigida fundamentalmente contra os não brancos e não protestantes de maneira geral aliada a um movimento de médicos e farmacêuticos na direção de superar as religiões no monopólio da cura, numa reação que se cristaliza em leis porque está de acordo com a expansão americana sobre o planeta.

Dentro desta perspectiva e, considerando a dinâmica mercadológica, tanto de consumo quanto de oferta, cabe lembrar que a cena da droga nunca é a mesma, como não o são os seus agentes, isso levando em consideração tempos e espaços urbanos. Assim, as formas de consumo nunca são iguais, como os produtos não são os mesmos, nesses espaços diferenciados. Essas substâncias, não mais veículos místicos ou mágicos, estimulam as sensações e passam a ser objetos de consumo (ESPINHEIRA, 2004, p. 12).

Continuando, a transposição do uso ritualizado para o consumo frequente implica em outro ponto de consideração. A excitação mental que desarruma a ordem imposta pela ordem social de ver e pensar, proporciona novas percepções, além de encontrar contextos particularizados que legitimam o consumo.

A ordem social reage diferentemente a essa diversidade, não apenas pelo que prescrevem as leis, mas pelos modos socialmente desenvolvidos de convivência, aceitação, tolerância e rejeição às drogas. Espinheira (2004, p. 8-9) escreve:

Quando o consumo de drogas dissocia-se dos contextos de vida, isto é, como uma produção cultural específica, para subordinar-se à aceitação de um produto cuja forma e conteúdo são produzidos alhures ou introduzidos como um bem de consumo industrialmente produzido, têm-se uma outra circunstância social.

Para a dissociação de que fala Espinheira (2004), em muito contribui todo este mercado que se constitui, com regras próprias, que inclusive distingue os consumidores por sua condição social e sua capacidade aquisitiva, além dos gostos tanto pessoais quanto locais ou da comunidade em que o usuário está inserido.

Segundo Bucher (1995), a valorização unidimensional da produção de consumo, do desempenho e da competição coloca em plano inferior o sentimento comunitário, a solidariedade e o afeto, frustrando os desejos humanos, despersonalizando os indivíduos e reduzindo-os a parte de uma massa indiferenciada. Como consequência, verifica-se uma série de conflitos conscientes e/ou inconscientes, a níveis social, individual e familiar, que geram no indivíduo um estado de tensão e excitação, podendo levá-lo à compulsão ao desafio. Frequentemente encontra-se o uso abusivo de drogas associado a esses conflitos, funcionando como um sintoma de algo que não está bem.

[...] situa-se no centro dos conflitos da sociedade, produzido por ela e decorrente de seus modos desequilibrados e injustos de se organizar e se valorizar, não se trata de um problema periférico, localizado apenas nos subúrbios ou entre os desviantes da ordem pública (BUCHER, 1995, p. 38-46).

A este respeito, e constatando a necessidade de rever esta ótica excludente e preconceituosa, assim como identificar as diferentes faces do abuso de SPA:

Falamos de jovens pobres e deixamos de lado os jovens ricos ou remediados. Nas cidades, eles não moram nos mesmos espaços e, nos espaços coletivos, quando acontece aproximarem-se, a exemplo do carnaval, [isto] deixa de ser proximidade para tornar-se distância (ESPINHEIRA, 2004, p. 23).

Mesmo porque, “Uma vez reconhecida como mercadorias, as drogas passaram a fazer parte da engrenagem da sociedade de consumo, sejam elas legais ou ilegais” (TRAD, 2004, p. 49), o que conduz à compreensão de que seja impossível imaginar que estas substâncias não estejam presentes e sendo consumidas em todas as camadas da população, inclusive e convêm demarcar, não apenas por jovens.

Olivenstein (1997) reflete que as sociedades modernas tentam evitar suas crises através da planificação, criando mecanismos anti-angústia, como a psiquiatria, a psicanálise, as terapias de grupo etc. Entretanto, esses recursos só favorecem uma pequena parcela daqueles que lutam contra a angústia, deixando de lado os menos privilegiados. Segundo o autor, é necessário inventar outros reguladores da angústia social, daí o desenvolvimento extraordinário da psicoquímica. Ele ainda se refere ao encontro da angústia individual e da angústia coletiva, que se acentua cada vez mais, tendo em vista que

[...] diante de dificuldades econômicas e sociais, o grupo encarregado de proteger os cidadãos, o Estado, sacrifica certos grupos sociais. Sabemos, por exemplo, o quanto é traumatizante a negação do direito ao trabalho. Não será, portanto, paradoxal, assistirmos ao desenvolvimento de uma das últimas tentativas das pessoas encontrarem uma solução individual para a angústia. Esta tentativa que é a droga evolui de uma maneira que homologa uma nova ‘lei da selva’ com isto não permitindo à toxicomania tornar-se um encontro igualitário com o nirvana (OLIVENSTEIN, 1997, p. 22).

A este respeito, Espinheira (2004) assegura que as SPA’s têm efeitos diferentes para pessoas de diferentes classes sociais e níveis de renda, o que leva a indagar se não seriam as razões de consumo e a natureza do que se consome que caracterizariam a ação social de uso de drogas. Considerando esta linha de raciocínio, há de se considerar a complexidade da toxicomania, a necessidade de atenção, tanto à diversidade de possíveis associações como de possibilidades e motivos de uso. Trata-se de uma sociedade social e culturalmente desigual, onde as pessoas são diferentes e vivem desigualmente as circunstâncias e as condições do mundo.

Por outro lado, verifica-se que, muitas vezes, mesmo aqueles mais privilegiados, que podem se beneficiar dos recursos anti-angústia mencionados por Olivenstein (1997), como psicanálise, terapias de grupo etc, lançam mão de alternativas, na tentativa de encontrar algo que os ajude a suportar aquilo que, para eles, é “insuportável”. Neste cenário, a droga (lícita e/ou ilícita) surge como uma dessas alternativas, cujo impacto, para o sujeito que a consome, estará relacionado ao “lugar” que essa droga vai ocupar em sua vida.

Nesta globalização, as SPA's estão inseridas em um modelo consumista, marcado pelo uso individual, não controlado e pelo acesso amplo a diversas substâncias. Este modelo potencializa o papel e a influência dos meios de comunicação de massa, inclusive, mas não apenas com a publicidade, cuja principal finalidade é impulsionar o consumo. O fato é que os veículos de mídia, principalmente, no Brasil, os canais abertos de televisão, no caso das SPA's acabam caindo em uma situação complicada. Por um lado, trata-se de um objeto carregado de significados morais, por outro, convivem na mesma esfera a publicidade de consumo e de prevenção, cuja lógica é discrepante. A este bombardeio estão sujeitos os jovens brasileiros hoje (TRAD, 2004).

Desta forma, Trad (2004) aborda que o fenômeno do uso de drogas não é um “privilégio” das classes menos favorecidas. Toda a sociedade, de alguma forma, encontra-se envolvida com as questões das substâncias psicoativas. Ora, uma vertente desse discurso vem dar à família um lugar especial nessa abordagem da problemática do consumo de drogas, seja na perspectiva de uma teorização sobre as determinantes do comportamento aditivo, seja pelas considerações dos recursos disponíveis para minimizar o crescente consumo entre os jovens e, finalmente, seja a partir dos sentidos que as drogas adquirem.

2.6 ALGUNS ASPECTOS DA COCAÍNA/CRACK

O princípio psicoativo da coca foi descoberto em 1859, mediante um processo de extração que empregava álcool, ácido sulfúrico, bicarbonato de sódio e éter. Pouco depois, médicos e laboratórios recomendavam a cocaína como “bom alimento para os nervos”, no combate aos hábitos de álcool, ópio ou morfina, concedendo às mulheres “vitalidade e formosuras eternas” (ESCOHOTADO, 1997).

Segundo o mesmo autor, diversos escritos de Freud contribuíram decisivamente para a popularidade do fármaco, já que até então ninguém estudara tão minuciosamente a literatura científica. Até 1890, quando se descobriu a possibilidade de inalar a droga em pó (anteriormente

era empregada pelas vias subcutânea, endovenosa e oral) os usuários pertenciam a todos os estratos sociais. Era corrente nas reuniões da alta sociedade, no mundo artístico e entre a classe média. Seu uso com anestésico local revolucionara a pequena cirurgia (inaugurando a possibilidade de operar os olhos) e a odontologia, e os consumidores mais regulares pertenciam ao corpo terapêutico. Por exemplo, calcula-se que em 1901, nos Estados Unidos, 30% dos cocainômanos inveterados eram dentistas, mas quem escandalizava eram os consumidores boêmios de diferentes índoles, e a acolhida ao produto por parte dos negros. Os líderes do movimento proibicionista consideravam evidente que o produto “incitava a violação das brancas”.

As medidas repressivas, que começaram a se tornar eficazes nos anos 30 deste século, tiveram, a princípio, uma surpreendente aceitação. Nessa época, o mercado começara a ser inundado pelas anfetaminas, estimulantes mais baratos e potentes. Quando se começou a restringir a circulação de anfetaminas – em meados dos anos sessenta – a popularidade da cocaína estalou outra vez (ESCOHOTADO, 1997).

Conforme o autor acima, por via nasal, a dose ativa mínima está situada entre 20 e 30 miligramas. A dose mortal média entre 1,2 e 1,5 gramas para uma pessoas de 70 quilos. Isso significa que a margem de segurança é alta: 1 por 50. Como hoje é praticamente impossível comprar cocaína pura no mercado negro, sequer a 80%, essas informações apresentam apenas um interesse teórico. Por sua ação fisiológica, enormes diferenças separam a cocaína pura das variantes adulteradas. A cocaína propriamente dita afeta sobretudo o coração e o fígado, provocando-lhes esforços adicionais. Somente depois de algum tempo, o fármaco começou a ser inalado e a ação aparece de dois a cinco minutos depois da aspiração, prologando-se por meia hora antes de declinar. Já a injeção endovenosa de cocaína atua quase instantaneamente, persistindo menos de 4 ou 5 minutos. Segue-se uma ansiedade intensa pressagiando a prostração, que é combatida com novas injeções.

O consumo de cocaína pela via pulmonar era praticamente desconhecido na América do Sul antes dos anos 1970. Na época, o hábito de fumar a pasta de folhas de coca começou a tornar-se popular, sofrendo aumento progressivo ao longo da década, tanto nos países produtores quanto nos Estados Unidos. A pasta de folha de coca, ou pasta básica (sulfato de cocaína), é obtida a partir da maceração ou pulverização das folhas de coca com solvente (álcool, benzina, parafina ou querosene), ácido sulfúrico e carbonato de sódio. Nos países

andinos, é chamada de basuco, evocando a natureza da mistura (alcalina) e a potência de seus efeitos psicotrópicos (bazuca) (NEGRETE, 1992).

Na transição para os anos 1980, surgiu nos Estados Unidos a cocaína na forma de base livre, ou freebasing, sintetizada a partir da adição de éter sulfúrico a cocaína refinada em meio aquoso altamente aquecido. Devido ao risco de explosão, o freebasing era fabricado apenas em escala doméstica e acabou caindo em desuso. Assim como o consumo da pasta básica, o *freebasing* é considerado um precursor do consumo de crack nos Estados Unidos (HAMID, 1991).

O crack surgiu entre 1984 e 1985 em bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami. Era obtido a partir de um processo caseiro e utilizado em grupos, em casas abandonadas e precárias (chamadas *crack houses*). Os cristais eram fumados em cachimbos e estralavam (*cracking*) quando expostos ao fogo, daí o nome da droga. Essa substância produzia uma euforia de grande magnitude e curta duração, seguida de fissura intensa e desejo por uma nova dose (DUPONT, 1991).

Quando a cocaína é fumada na forma de crack, o vapor aspirado é rapidamente absorvido pelos pulmões, alcançando o cérebro em 6 a 8 segundos. Quando a droga é injetada nas veias demora demora de 16 a 20 segundos e quando cheirada demora de 3 a 5 minutos para atingir o mesmo efeito. Fumar o crack é a via mais rápida de fazer com que a droga chegue ao cérebro e provavelmente esta é a razão para a rápida progressão à dependência. Comparando-se o uso do crack com outras formas de uso da cocaína, há uma proporção maior de uso intenso e de aumento da fissura entre os que usam crack (BRASIL, 2010).

Em geral, o(a)s usuário(a)s de crack eram, em sua maioria, jovens, usuário(a)s de cocaína refinada atraídos pelo baixo preço da substância, usuário(a)s de maconha e poliusuário(a)s, que o adicionaram a seu padrão de consumo, e, ainda, indivíduos que adotaram o crack como sua primeira substância. Após o advento da Aids, usuários de cocaína por via intravenosa, geralmente mais velhos, também optaram pelo crack em busca de vias de administração mais seguras, sem diminuição da intensidade dos efeitos. O baixo preço também atraiu novos consumidores, de extratos sociais mais baixos, que pagavam por dose consumida. O consumo de cocaína e de seus derivados nos Estados Unidos de alastrou, tornando esse país o maior mercado consumidor por décadas (BLUMSTEIN, 2000).

As informações sobre como o crack chegou ao Brasil são geralmente provenientes da imprensa ou de órgãos policiais. As apreensões dessa substância realizadas pela Polícia Federal tiveram início a partir dos anos 1990, aumentando em 166 vezes no período de 1993 a 1997; já a apreensão da pasta básica no mesmo período da Região Sudeste teve um aumento de 5,2 vezes (PROCÓPIO, 1999). Algumas evidências apontam para o surgimento da substância em bairros da zona leste de São Paulo, para, em seguida, alcançar a região da Estação da Luz, conhecida como “Cracolândia”, no centro da cidade, realidade esta que continua até os dias de hoje (UCHÔA, 1996). Depois disso, o consumo espalhou-se para vários outros pontos da cidade, em decorrência do ambiente de exclusão social e da repressão policial no centro (DIMENSTEIN, 1999).

Levantamentos epidemiológicos não apontavam o uso do crack antes de 1989 – utilizando como exemplo meninos em situação de rua, não havia relato de consumo até esse ano. Já em 1993, o uso em vida atingiu 36% e, em 1997, 46% (NOTO *et al*, 1998). No início dos anos 1990, os serviços ambulatoriais especializados passaram a sentir o impacto do aumento do consumo, sendo que, em alguns, a proporção de usuários de crack entre os dependentes de cocaína que buscavam tratamento passou de 17%, em 1990, para 64% em 1994, atingindo níveis superiores a 70% (DUNN *et al*, 1996).

No início dos anos 2000, instituições ligadas à infância e a imprensa anunciaram uma provável redução do consumo de crack em São Paulo, bem como da procura por atendimento na rede pública municipal de saúde. Parecia que o problema do uso do crack se reduziria, como era observado em países como os Estados Unidos e a Inglaterra, que investem em pesquisas e políticas públicas. No entanto, ocorreu o oposto. Os dois levantamentos domiciliares (2001 e 2005) realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) mostraram que o consumo dessa drogas quase dobrou. Os dados também revelam índices crescentes do consumo por região do País: comparativamente, de 2001 até o levantamento realizado em 2005, a Região Sul passou de 0,5 para 1,1% para uso na vida, tendo o maior consumo, seguida da Região Sudeste, com 0,8%. Não houve relatos de uso de crack no Norte, no entanto, essa foi a região com o maior uso na vida de merla (1,0%), outra forma de cocaína fumada (CEBRID, 2006).

Os motivos dos usuários para o consumo também se alteraram. Em meados dos anos 1990, “a busca por sensação de prazer” era a justificativa da maioria. No final da mesma década, porém, o consumo era estimulado por compulsão, dependência ou como forma de lidar com

problemas familiares e frustrações – o pensamento do usuário se reduzia ao consumo do crack, em detrimento do sono, da comida, do afeto e do senso de responsabilidade. Além disso, atingia usuários de todas as classes sociais, que consideravam os serviços de atendimento públicos insuficientes e inadequados para suas necessidades – dado coletado há mais de 10 anos (NAPPO *et al*, 2001).

Após diversas reportagens televisivas e em periódicos nacionais da mídia brasileira, mostrando frequentemente a grande quantidade de usuários, fazendo uso dessa cocaína inalada (crack) nas chamadas crackolândias, principalmente nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro; a publicação de matérias, explicitando que “o crack é uma droga com alto grau de dependência, que mata ou manda para a cadeia cerca de 50% dos usuários” (Ibidem), o Ministério da Saúde do Brasil publicou, em 23/12/2011, a Portaria 3.088 (BRASIL, 2011), que redefiniu a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, dando grande ênfase ao cuidado sobre o uso das drogas, destacando, entre elas, o crack e, implementando, para tanto, o financiamento, monitoramento formação de pessoal e avaliação em todo território nacional. Inclusive, definindo, na RAPS, além dos serviços comunitários (“Consultórios de Rua”, serviço de “Atenção Residencial de Caráter Transitório”, “Centro de Convivência”, “NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família”, “Centros de Atenção Psicossocial” (CAPS) com ênfase no CAPSad III, aberto 24 horas), financiando a implantação e manutenção, desta vez, de novos serviços de internação, como as “UA – Unidades de Acolhimento” com tempo de acolhimento residencial de até 6 meses (Ibidem, item III, alínea a), serviços de “Atenção em Regime Residencial”, dentre os quais as “Comunidades Terapêuticas” com duração de internação de até 9 meses (Ibidem, alínea b), “Serviço Hospitalar de Referência” para curta internação, “enfermarias especializadas em Hospitais Gerais” (Ibidem, V, a), SRT – Serviço de Residência Terapêutica e, por fim, em caráter supletivo até a implantação completa da rede, os próprios Hospitais Psiquiátricos.

O advento do crack veio postular especificidades no cuidado a usuários de substâncias psicoativas com relação ao serviço e à própria tecnologia específica do cuidado. Se para os usuários de maconha e cocaína era justificada a filosofia de cuidar de quem voluntária e espontaneamente procurasse atendimento, o mesmo não pode se dizer com relação aos casos graves dos usuários de crack, cuja fissura (craving) – termo técnico da psicopatologia – em logo pagar ao traficante e usar compulsiva e constantemente a droga, tem sugerido como alternativa a internação, nos termos da Lei da Saúde mental 10.216/01 e na intenção da citada Portaria ministerial. Nesse sentido e em termos de serviços públicos, Salvador e o Estado da Bahia não os oferecem, até então, apresentando, pois, após o advento do crack, uma grande lacuna. Na

hipótese de internação, os hospitais psiquiátricos têm sido procurados, todavia não são adequados, nem aparelhados para esse tipo de clientela (MATTOS, 2015).

Por fim, para a autora referida, mesmo no nível nacional, as políticas públicas têm sido pouco eficazes e eficientes para o enfrentamento do problema, quer nos grandes centros urbanos, quer em municípios, mesmo de pequeno porte, do interior dos Estados. O programa do Governo Brasileiro “Crack, é Possível Vencer” lançado em 2011, após estudo de pesquisa inédito realizado pela Fiocruz, apresentou dados novos, mas, até então pouca concretização houve. É, portanto, um grande desafio a questão do uso do crack na sociedade e o debate sobre as estratégias de redução de danos, considerando o uso do crack.

O histórico do uso de crack no Brasil passou por consideráveis mudanças nos últimos 20 anos e se tornou uma realidade grave e perene que necessita de soluções específicas e com durabilidade. O perfil dos consumidores de crack no País – mulheres e homens jovens, desempregados, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, provenientes de famílias com relações conflituosas entre os membros, com antecedentes de uso de múltiplas drogas e comportamento sexual de risco – dificulta sua adesão ao tratamento, sendo necessárias abordagens mais intensivas e diversificadas. Outras dificuldades do usuário de cocaína e crack para a adesão ao tratamento é o não reconhecimento do consumo como um problema, passando pelo status de ilegal e a criminalidade relacionada a essas drogas, pela estigmatização e pelos preconceitos, pela falta de acesso ou pela não aceitação dos tipos de serviços existentes (DUAILIBI *et al*, 2008).

O progressivo aumento de consumo de crack tem gerado demanda por atendimento, na forma de leitos para hospitalização. Há a tendência de um mesmo paciente reinternar diversas vezes, o que torna o uso de crack um problema de saúde pública. O plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em relação às drogas, do Ministério da Saúde, previa investimentos de 117,3 milhões de reais em 2010, em grande parte direcionados às demandas relacionadas ao uso do crack (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O crack já representa custo significativo para o sistema público de saúde e aparece como a droga de uso mais prevalente entre usuários internados em hospital psiquiátrico. Os usuários de crack apresentam importantes déficits cognitivos, que podem influenciar no êxito dos tratamentos, dado o risco de tais prejuízos afetarem a atenção, fluência verbal, memória visual, verbal, memória de trabalho, memória prospectiva, capacidade de aprendizagem, processos de tomada de decisões, controle de impulsos e capacidade de resolução de problemas. Além de

prejuízos sociais, comportamentais e cognitivos, é frequente a ocorrência de comorbidades psiquiátricas (SAYAGO *et al*, 2014).

3 TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O que leva as pessoas a se comportar da forma como o fazem? Será que as pessoas têm algum poder de escolha no processo de moldagem de sua própria personalidade? O que responde pelas semelhanças e diferenças entre as pessoas? O que faz os indivíduos agirem de formas previsíveis? Por que são imprevisíveis? Existem forças ocultas, inconscientes, que controlam o comportamento das pessoas? O que causa os distúrbios mentais? O comportamento humano é moldado mais pela hereditariedade ou pelo ambiente? Qual a relação entre transtornos da personalidade e dependência química?

Durante séculos, filósofos, teólogos e outros pensadores têm se feito essas perguntas à medida que ponderam acerca da natureza humana – ou mesmo sobre os homens possuírem uma natureza básica. Até um período relativamente recente, grandes pensadores haviam conseguido poucos avanços na descoberta de respostas satisfatórias para estas questões.

3.1 DEFINIÇÃO DE PERSONALIDADE

Os psicólogos discordam acerca do significado da personalidade. A maior parte concorda que a palavra “personalidade” teria se originado do latim *persona*, que se refere a uma máscara teatral utilizada pelos atores romanos na encenação de dramas gregos. Os antigos atores romanos usavam uma máscara (*persona*) para desempenhar um papel ou obter uma falsa aparência. Esse ponto de vista superficial obviamente não é uma definição aceitável. Quando os psicólogos usam o termo “personalidade”, estão se referindo a algo além dos papéis desempenhados pelas pessoas. Contudo, os teóricos da personalidade não concordaram a respeito de uma definição única de personalidade. De fato, desenvolveram teorias exclusivas e vitais porque não conseguiam alcançar um consenso com relação à natureza da humanidade e porque cada um via a personalidade de acordo com um ponto de referência individual (FEIST & FEIST, 2008).

De acordo com os autores acima, embora nenhuma definição seja consenso entre todos os teóricos, pode-se dizer que a *personalidade* é um padrão de traços relativamente permanentes e de características singulares, que confere, ao mesmo tempo, consistência e individualidade ao comportamento de uma pessoa. Os *traços* contribuem para a existência das diferenças do

comportamento, de consistência comportamental ao longo do tempo e de estabilidade de comportamento em meio às situações. Os traços podem ser únicos, comuns para alguns grupos ou compartilhados por espécies inteiras, mas seu *padrão* é diferente para cada indivíduo. Dessa forma, cada pessoa, embora semelhante a outras em muitos aspectos, possui uma personalidade exclusiva. As características são qualidades singulares de um indivíduo, que incluem atributos como temperamento, psique e inteligência.

3.2 BREVE HISTÓRIA SOBRE TIPOS E TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

Os tipos e transtornos da personalidade foram descritos há milhares de anos, como ilustra a descrição dos quatro temperamentos hipocráticos: o melancólico (pessimista), o sanguíneo (otimista), o colérico (irritável) e o fleumático (apático). É interessante observar que na teoria grega inicial desses temperamentos, determinados pela proporção relativa dos quatro humores corporais (bile negra, sangue, bile amarela e fleuma, respectivamente), já refletiam as atuais tentativas de descobrir as bases biogenéticas da personalidade. No começo do século XIX, psiquiatras como Pinel, Esquirol, Rush e Pritchard descreveram os tipos de personalidade socialmente inadaptados que observam em situações clínicas. No começo do século XX foram descritos tipos mais específicos de personalidade; Janet (1901) e Freud (Breuer e Freud, 1955) definiram os traços psicológicos associados à histeria, a precursora do transtorno da personalidade histriônica. Atualmente, os transtornos da personalidade encontram-se incluídos nas últimas edições das duas principais classificações nosológicas dos transtornos mentais, o DSM (DSM-IV-TR, APA, 2000) e a CID (CID-10, OMS, 1997). Seguem, abaixo, as respectivas classificações.

3.3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA O TRANSTORNO DA PERSONALIDADE

Segundo o *DSM-IV-TR (2002)*, os Critérios Diagnósticos para um Transtorno da Personalidade são:

Quadro 2 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA UM TRANSTORNO DA PERSONALIDADE

- A. Um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Este padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:
- (1) cognição (i. é, modo de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos).
 - (2) afetividade (i. é, variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional).
 - (3) funcionamento interpessoal.
 - (4) controle dos impulsos.
- B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais.
- C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar à adolescência ou começo da idade adulta.
- E. O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.
- F. O padrão persistente não é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., traumatismo craniano).

Fonte: DSM-IV-TR (2002).

Segundo a *CID-10 (1997)*, os Critérios Diagnósticos para os transtornos específicos da personalidade são:

Quadro 3 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA OS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA PERSONALIDADE

G.1. O modo de ser próprio do indivíduo e sua forma permanente de vivenciar e se comportar desviam-se de forma significativa das normas aceitas e esperadas pela própria cultura. Esse desvio deve manifestar-se em mais de uma das seguintes áreas:

1. Cognição;
2. Afetividade;
3. Relações com os outros e manipulação de situações interpessoais;
4. Controle dos impulsos e satisfação de desejos.

G.2. O desvio deve-se manifestar-se de forma generalizada como um comportamento rígido e desadaptativo que interfere em uma ampla gama de situações pessoais e sociais.

G.3. Produz-se mal-estar geral, efeito negativo no entorno social ou ambos, claramente atribuíveis ao comportamento referido no critério G.2.

G.4. Evidência de que o desvio é estável e de longa duração, com início no final da infância ou na adolescência.

G.5. O desvio não pode ser explicado como consequência ou manifestação de outros transtornos mentais do adulto.

G.6. O desvio não se deve a uma enfermidade do sistema nervoso central, traumatismo ou disfunção cerebral.

Fonte: CID-10 (1997).

3.4 COMPONENTES DA PERSONALIDADE

Pode-se falar da personalidade como uma mistura de fatores temperamentais (determinados pela biologia) e caracterológicos (determinados pelo ambiente). São eles:

A) Temperamento

O temperamento refere-se às influências inatas, genéticas e constitucionais que influem na personalidade; isto é, constituiria a dimensão biológica da personalidade. Cloninger *et al* (1993) estabeleceram quatro possíveis dimensões biológicas do temperamento.

Quadro 4 – QUATRO DIMENSÕES BIOLÓGICAS DO TEMPERAMENTO

1. “Busca de novidade ou ativação comportamental”. Refere-se a uma tendência genética a implicar-se em atividades exploratórias que levem à estimulação prazerosa ou a outras recompensas, ou ainda a um comportamento que evite o tédio ou a monotonia.
2. “Impedimento do dano ou inibição comportamental”. Refere-se à inibição de comportamentos que conduziriam ao castigo, a situações novas ou à frustração.
3. “Dependência da recompensa ou manutenção comportamental”. É a tendência constitucional a responder às situações reforçadoras e a manter comportamentos que continuam produzindo prazer ou que aliviam o castigo.
4. “Persistência”. É a tendência a continuar realizando um comportamento, apesar dos possíveis obstáculos ou dificuldades.

Fonte: CLONINGER *et al* (1993).

Outros autores, como Costa & McCrae (1985), falam de cinco grandes fatores temperamentais da personalidade (*Big Five*), que seriam os seguintes:

Quadro 5 – CINCO FATORES TEMPERAMENTAIS DA PERSONALIDADE

1. “Neurose”. Tendência ao mal-estar psicológico e ao comportamento impulsivo.
2. “Extroversão”. Tendência a envolver-se em situações sociais e a sentir alegria e otimismo.
3. “Abertura à experiência”. Curiosidade, receptividade e novas idéias e expressividade emocional.
4. “Amabilidade”. Grau em que se mostra compaixão e hostilidade para com os outros.
5. “Responsabilidade”. Grau de organização e compromisso com os objetivos pessoais.

Fonte: COSTA & MCCRAE (1985).

B) Caráter

O caráter refere-se a fatores psicossociais, aprendidos, que influem na personalidade. Boa parte do caráter é formada ao longo da experiência e do processo de socialização. Os *esquemas* são encontrados dentro do conceito de caráter, por ser algo aprendido, geralmente durante a infância. O caráter, incluindo os esquemas (de especial relevância nos transtornos da personalidade), refletiria a dimensão psicológica da personalidade (SPERRY, 1999). E tem sido normalmente o caráter que constitui o objetivo de tratamento para as diversas terapias dirigidas à modificação dos transtornos da personalidade.

Os *esquemas* referem-se às crenças básicas que um indivíduo utiliza para organizar sua visão sobre si mesmo, o mundo (incluindo as demais pessoas) e o futuro. Segal (1988) define os esquemas como “elementos organizados a partir de experiências e reações passadas que formam um corpo relativamente compacto e persistente de conhecimento capaz de dirigir as valorizações e percepções posteriores”. Cottraux e Blackburn (2001) descrevem três níveis de processamento da informação relevantes para a compreensão dos transtornos da personalidade. O primeiro nível é composto de esquemas que armazenam postulados e suposições básicas utilizadas para interpretar as informações. Somente as informações que concordam com os esquemas são processadas de forma completa. O segundo nível consta de processos cognitivos ou distorções cognitivas. Aqui, a assimilação da experiência ao conteúdo de um esquema predomina sobre a acomodação de um esquema aos fatos da experiência. No terceiro nível, os processos cognitivos traduzem os esquemas em *pensamentos automáticos*. Estes são definidos como monólogos, diálogos ou imagens internos que não são conscientes, a menos que o indivíduo fixe sua atenção neles.

Existem muitas proposições sobre as dimensões básicas da personalidade, mas não parece que por ora se chegue a um acordo sobre essa questão. O esquecimento do temperamento nas terapias para os transtornos da personalidade pode ter sido uma das principais razões da pouca eficácia dessas terapias. A proposta de Sperry (1999) de mudar o caráter e modular o temperamento para conduzir uma intervenção para os transtornos da personalidade merece ser levada em consideração.

3.5 PERSONALIDADE E TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

Embora tenham sido propostas inúmeras definições para esse conceito, parece que existe um certo consenso de que a *personalidade poderia ser considerada como um padrão de pensamentos, sentimentos e comportamentos característicos que distingue as pessoas entre si e que persiste ao longo do tempo e mediante as situações* (PHARES, 1988). Levando em conta essa definição, pode-se perguntar qual seria a diferença entre uma personalidade normal e uma personalidade patológica. Infelizmente, não são nada claras essas possíveis diferenças. Millon e Escovar (1996) assinalam que os indivíduos “possuem uma personalidade normal, são, quando manifestam a capacidade para enfrentar o ambiente de um modo flexível e quando suas percepções e comportamentos típicos estimulam o aumento da satisfação pessoal. Pelo contrário, quando as pessoas respondem às responsabilidades diárias de forma inflexível ou quando suas percepções e comportamentos têm como consequência um mal-estar pessoal ou uma redução das oportunidades para aprender e crescer, então pode-se falar de um padrão patológico ou desadaptativo”(p. 6).

Ao pensar por um momento no comportamento humano, pode-se dar conta de que as vezes as pessoas agem de maneira pouco lógica, inflexível, desconfiada, exploradora, agressiva, submissa, falsa, altiva, incompetente etc. Esses comportamentos não somente afetam negativamente a si-mesmo, como também a outras pessoas do próprio ambiente. Felizmente, tais comportamentos se encontram limitados no tempo e não se mantêm além de um período breve e específico. Porém, para os indivíduos que têm um transtorno de personalidade, esses acontecimentos não constituem episódios isolados, mas se prolongam ao longo de suas vidas, impregnando grande parte de sua existência. Os transtornos da personalidade caracterizam-se por serem padrões desadaptativos de pensamentos, sentimentos, percepções e comportamentos que começam muito cedo na vida e se perpetuam ao longo do tempo e por meio de diferentes situações. Costumam constituir desvios importantes do que seriam os padrões de vida normal e, especialmente, de comportamento interpessoal dentro do grupo sociocultural ao qual o indivíduo pertence (CABALLO, 2008).

Para o mesmo autor, o funcionamento social e profissional dos indivíduos com um transtorno de personalidade pode estar prejudicado, mas geralmente mantêm seu contato com a realidade. Os indivíduos com esse tipo de problema muitas vezes se sentem confortáveis com os sintomas característicos de tal problema devido, quem sabe, ao fato de que os conceitos sobre si mesmos que possuem e os padrões de comportamento que manifestam são os únicos que

conhecem e de que se lembram (O'CONNOR & DYCE, 2001). Esses autores assinalam que os sujeitos com transtorno de personalidade amiúde avaliam positivamente essas características próprias que são perturbadoras para seu ambiente. Assim, pode-se dizer que alguns transtornos da personalidade são “egosintônicos”, enquanto que a maioria dos outros transtornos clínicos é considerada “egodistônica”, isto é, os indivíduos sentem-se como estranhos e indesejáveis. Os transtornos da personalidade estão mais estreitamente ligados às expectativas culturais que os demais transtornos clínicos, e o diagnóstico sobre problemas da personalidade é realizado nas pessoas que avaliam positivamente seus comportamentos e pensamentos desadaptativos.

Segundo Caballo (2008), os transtornos da personalidade geralmente acompanham ou provocam inúmeros problemas ao indivíduo e/ou ao ambiente, tais como delitos, suicídios, abuso de substâncias psicoativas, problemas interpessoais, violência, problemas profissionais, conflitos conjugais, problemas escolares etc. Seu tratamento é difícil e custoso e, quando acompanham outro transtorno clínico, costumam dificultar e prolongar o tratamento. Os transtornos da personalidade constituem uma área notavelmente atual no campo da saúde mental, e são amplamente divulgados nos meios de comunicação, especialmente alguns dos mais chamativos (por exemplo, o transtorno da personalidade anti-social ou o transtorno da personalidade histriônica). Não obstante, seu estudo se encontra cercado de dificuldades e controvérsias.

Por sua vez, o DSM-IV-TR (APA, 2000) considera que os traços da personalidade são padrões persistentes de perceber, relacionar-se com e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo, que se manifestam em uma ampla gama de contextos sociais e pessoais, e que somente quando tais traços são inflexíveis e desadaptativos e causam um mal-estar subjetivo ou um prejuízo funcional significativo podem ser considerados *transtornos da personalidade*. A característica essencial de um transtorno da personalidade seria um “padrão permanente de comportamento e de experiência interna que se desvia notavelmente das expectativas geradas pela cultura do sujeito e que se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle de impulsos” (p. 686). Pode-se, portanto, afirmar que as características básicas de um transtorno da personalidade são as seguintes: a) está profundamente enraizado e é de natureza inflexível, b) é desadaptativo, especialmente em contextos interpessoais, c) é relativamente estável ao longo do tempo, d) prejudica de forma significativa a capacidade da pessoa para funcionar e e) produz mal-estar no ambiente da pessoa.

Para o DSM-IV-TR (2002), um transtorno da personalidade é um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é generalizado e inflexível, tem início na adolescência ou no começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo.

3.6 CLASSIFICAÇÃO DOS DIVERSOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

Conforme o *DSM-IV-TR (2002)*, a Classificação dos Transtornos da Personalidade são:

Quadro 6 – CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

Grupo A: “estranhos ou excêntricos”

- Transtorno da personalidade paranóide.
- Transtorno da personalidade esquizoide.
- Transtorno da personalidade esquizotípica.

Grupo B: “teatrais, volúveis ou impulsivos”

- Transtorno da personalidade histriônica.
- Transtorno da personalidade narcisista.
- Transtorno da personalidade anti-social.
- Transtorno da personalidade borderline.

Grupo C: “ansiosos ou temerosos”

- Transtorno da personalidade esquiva.
- Transtorno da personalidade dependente.
- Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva.

Transtornos da personalidade não especificados

- Transtorno da personalidade passivo-agressiva.
- Transtorno da personalidade depressiva.

Transtornos incluídos no apêndice do DSM-III-R, mas eliminados no DSM-IV

- Transtorno da personalidade autodestrutiva.
- Transtorno da personalidade sádica.

Fonte: DSM-IV-TR (2002).

Os transtornos da personalidade incluídos nesta seção estão relacionados a seguir:

Transtorno da Personalidade Paranóide é um padrão de desconfiança e suspeitas, de modo que as intenções dos outros são interpretadas como maldosas.

Transtorno da Personalidade Esquizóide é um padrão de distanciamento dos relacionamentos sociais, com uma faixa restrita de expressão emocional.

Transtorno da Personalidade Esquizotípica é um padrão de desconforto agudo em relacionamentos íntimos, distorções cognitivas ou da percepção e comportamento excêntrico.

Transtorno da Personalidade Anti-Social é um padrão de desconsideração e violação dos direitos alheios.

Transtorno da Personalidade Borderline é um padrão de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, bem como de acentuada impulsividade.

Transtorno da Personalidade Histriônica é um padrão de excessiva emotividade e busca de atenção.

Transtorno da Personalidade Narcisista é um padrão de grandiosidade, necessidade por admiração e falta de empatia.

Transtorno da Personalidade Esquiva é um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliações negativas.

Transtorno da Personalidade Dependente é um padrão de comportamento submisso e aderente, relacionado a uma necessidade excessiva de proteção e cuidados.

Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva é um padrão de preocupação com organização, perfeccionismo e controle.

Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação é uma categoria oferecida para duas situações: 1) o padrão de personalidade do indivíduo satisfaz os critérios gerais para um Transtorno da Personalidade e existem traços de diferentes Transtornos da Personalidade, mas não são satisfeitos os critérios para qualquer Transtorno da Personalidade específico; ou 2) o padrão de personalidade do indivíduo satisfaz os critérios gerais para um Transtorno da Personalidade, mas se considera que o Transtorno da Personalidade apresentado não está incluído na Classificação (p. ex., transtorno da personalidade passivo-agressiva).

Os Transtornos da Personalidade são reunidos em três grupos, com base em semelhanças descritivas. O *Grupo A* (Cluster A) compreende os Transtornos da Personalidade *Paranáide*, *Esquizóide* e *Esquizotípica*. Os indivíduos com esses transtornos frequentemente parecem “esquisitos ou excêntricos”. O *Grupo B* (Cluster B) inclui os Transtornos da Personalidade *Anti-Social*, *Borderline*, *Histriônica* e *Narcisista*. Os indivíduos com esses transtornos frequentemente mostram-se dramáticos, emotivos ou imprevisíveis. O *Grupo C* (Cluster C) inclui os Transtornos da Personalidade *Esquiva*, *Dependente* e *Obsessivo-*

Compulsiva. Os indivíduos com esses transtornos frequentemente mostram-se ansiosos ou medrosos. Cabe notar que este sistema de agrupamento, embora útil em algumas situações de ensino e pesquisa, apresenta sérias limitações e não foi consistentemente validado. Além disso, os indivíduos frequentemente apresentam Transtornos da Personalidade concomitantes de diferentes grupos.

Conforme a *CID-10 (1997)*, a Classificação do Transtorno da Personalidade e do Comportamento do Adulto (F60-F69) são:

Quadro 7 – CLASSIFICAÇÃO DO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE E DO COMPORTAMENTO ADULTO

Transtornos específicos de personalidade (F60)

- Transtorno da personalidade paranóide.
- Transtorno da personalidade esquizoide.
- Transtorno da personalidade dissocial.
- Transtorno da personalidade emocionalmente instável.
- Tipo borderline / Tipo impulsivo.
- Transtorno da personalidade histriônica.
- Transtorno da personalidade ansiosa (com comportamento esquivo).
- Transtorno da personalidade dependente.
- Transtorno da personalidade anancástica.
- Outros transtornos específicos de personalidade.
- Transtorno da personalidade passivo-agressiva / Transtorno da personalidade narcisista.
- Transtorno de personalidade não especificados.

Transtornos mistos e outros transtornos de personalidade (F61)

Transformação de personalidade não atribuível a lesão ou enfermidade mental (F62)

- Transformação persistente da personalidade após experiência catastrófica.
- Transformação persistente da personalidade após enfermidade psiquiátrica.
- Outras transformações persistentes de personalidade não especificada.

Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F68)

Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto não especificado (F69)

3.7 HISTÓRICO DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E DEPENDÊNCIA DE DROGAS

Estudos mais antigos consideravam a patologia da personalidade como fator etiológico primário no âmbito da conceitualização das dependências de acordo com os modelos moral e sintomático. No modelo sintomático, que dominou a literatura psiquiátrica durante a primeira metade do século XX, a dependência era considerada sintoma de uma personalidade evidenciada por “desajustes, traços neuróticos de caráter, imaturidade emocional ou infantilismo”. Até nos primeiros manuais diagnósticos da American Psychiatric Association, DSM-I e DSM-II, a adicção era descrita como uma variação de um “transtorno da personalidade sociopática” (MALBERGIER & CARDOSO, 2011).

Para os mesmos autores, em 1960, Jellinek abordou de forma pioneira a dependência de álcool como doença em seu livro *The Disease Concept of Alcoholism*. Apesar dessa publicação, somente a partir de 1970, quando vários estudos retrospectivos e prospectivos falharam na tentativa de identificar um tipo único de personalidade “pré-adictiva”, os modelos moral e sintomático foram descartados pela comunidade científica. Mesmo não sendo considerados fatores etiológicos primários para o desenvolvimento das dependências, alguns estudos evidenciam a relação entre transtornos da personalidade e transtornos associados ao uso de substâncias, sendo eles:

1. Estudos que relatam altas taxas de comorbidade entre alguns transtornos da personalidade e transtornos associados ao uso de substâncias.
2. Estudos longitudinais que apontam traços de personalidade como preditores do início do uso de substâncias e de problemas relacionados ao consumo.
3. Estudos retrospectivos que mostram a psicopatologia precedendo os transtornos associados ao uso de substâncias em um número substancial de casos.

A partir desses estudos, considera-se que os transtornos da personalidade podem ser um fator de risco importante para o uso, abuso e a dependência de substâncias. Todavia, não são exclusivos nem essenciais em todos os casos. Estudos epidemiológicos mostram que a presença de transtornos psiquiátricos pode elevar as taxas de abuso e dependência de álcool, tabaco e outras drogas. Os transtornos da personalidade estão entre as comorbidades frequentemente associadas a essa psicopatologia.

3.8 TRANSTORNO DA PERSONALIDADE E TRANSTORNOS ASSOCIADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS

Estima-se que até 70% dos indivíduos com transtorno da personalidade têm algum transtorno associado ao uso de álcool e 40%, ao uso de outras drogas (STINSON *et al*, 2008). Entre usuários de drogas na comunidade, a prevalência de transtornos da personalidade é de aproximadamente 65% (ZIMMERMAN & CORYELL, 1989). Já nos centros especializados, observa-se a presença de algum transtorno da personalidade em 84% dos indivíduos que chegam para tratamento (SKODOL *et al*, 1999). Em uma amostra de 370 usuários de drogas em tratamento ambulatorial e em regime de internação, foi verificado que 57% da amostra tinham algum tipo de transtorno da personalidade, tais como: *antissocial* (27%), *borderline* (18%), *esquiva* (18%) e *paranóide* (13%) (SKODOL *et al*, 1999). No Brasil, um estudo com 50 farmacodependentes do sexo masculino em tratamento mostrou que 10% tinham transtorno da personalidade *lábil* e 2%, da personalidade *antissocial* (SILVEIRA & JORGE, 1999).

A prevalência de abuso e dependência de álcool e drogas em indivíduos com transtorno da personalidade antissocial pode chegar a 40% (STINSON *et al*, 2008 e COMPTON *et al*, 2007) e a 20% naqueles com transtorno da personalidade *borderline*.

Em estudo recente, 175 indivíduos com transtorno de personalidade *borderline* e 396 com outros transtornos da personalidade foram acompanhados durante 84 meses. Apesar de mais da metade (54,9%) da amostra apresentar abuso de álcool e 38,4%, de outras drogas, a dependência de álcool (13%) e de outras drogas (11%) foi maior entre os *borderline* do que naqueles que tinham outros transtornos da personalidade (6 e 4%, respectivamente) (WALTER *et al*, 2009).

No entanto, quando esses indivíduos apresentam outras comorbidades, a prevalência de abuso e dependência de substâncias é ainda maior. Um estudo longitudinal com 668 indivíduos com transtornos da personalidade *esquizotípica*, *borderline*, *esquiva*, *obsessivo-compulsiva* e *depressão maior sem transtorno da personalidade* mostrou que a prevalência de abuso/dependência de álcool ao longo da vida foi de 42, 53, 32, 26 e 31%, nessa ordem (McGLASHAN *et al*, 2000). Todavia, essa alta prevalência foi encontrada também em indivíduos com *depressão maior sem transtorno da personalidade*, o que leva a questionar se não só indivíduos com transtornos da personalidade, mas também os com outros diagnósticos psiquiátricos, apresentam ampla prevalência dos transtornos associados ao uso de substâncias.

É importante destacar que existem algumas características relevantes na chegada ao tratamento em usuários com alguma comorbidade. Os que têm algum transtorno do Eixo I do DSM-IV, como depressão e ansiedade, apresentam mais mal-estar, incômodo e desejo de procurar ajuda do que os com transtornos da personalidade (Eixo II). Transtornos do Eixo I são

sentidos pelos pacientes como *egodistônicos* (reconhecidos como relacionados a sofrimento e sendo algo do que querem se livrar, que precisam tratar ou para o que necessitam receber ajuda). Os transtornos de personalidade são vistos como sendo “o jeito do paciente”, e não reconhecidos como um transtorno, uma doença ou algo que possa ser tratado (MALBERGIER & CARDOSO, 2011).

As mulheres com transtorno associado ao uso de substâncias diferem mais nas dimensões de personalidade do que aquelas sem transtornos associados ao uso de substâncias e os homens (SWENDSEN *et al*, 2002). Esse fato corrobora a hipótese de que os transtornos associados ao uso de substâncias são menos normativos, portanto potencialmente mais patológico, em mulheres.

3.9 TRAÇOS DE PERSONALIDADE E TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Várias pesquisas destacam traços de personalidade (que não necessariamente determinam um transtorno) como fatores de risco para abuso e dependência de substâncias psicoativas. Em geral, estudos prospectivos mostram que crianças, adolescentes e universitários que vieram a se tornar dependentes de álcool tendiam a ter traços característicos de alguns transtornos da personalidade, como, por exemplo, impulsividade, dificuldade em lidar com emoções negativas e desinibição (MALBERGIER & CARDOSO, 2011).

Algumas características presentes no transtorno de personalidade antissocial, como, por exemplo, infringir regras, se envolver em atividades ilícitas, buscar novidade, mentir e manipular, têm sido vistas como fatores de risco para o início do uso de álcool e outras drogas em adolescentes (COHEN *et al*, 2007).

Em estudo longitudinal, 1.200 adolescentes, com idade de 14 anos e que não haviam experimentado cigarro, álcool e drogas ilícitas, foram acompanhados por três anos. Aos 17 anos, os adolescentes com comportamentos antissociais tinham mais chance de estar fumando diariamente, ter usado alguma droga ilícita e estar bebendo de forma pesada em cada episódio. Essa relação também pôde ser observada nos dados do último relatório norte-americano sobre o consumo de drogas, em que 15,9% dos jovens entre 12 e 17 anos que se envolveram em atos de delinquência usaram droga ilícita no mês anterior à entrevista (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2009).

Instabilidade emocional, dilemas “existenciais”, incertezas, escolhas que causam ansiedade, pressões sociais, descontrole afetivo e impulsividade são algumas das características do transtorno da personalidade *borderline* que aumentam a vulnerabilidade para uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas (COHEN *et al*, 2007 e LITTLEFIELD *et al*, 2009).

Já características como alto grau de emoção ante uma situação, intolerância, desinibição, sedução, estilo dramático, busca por novidade, sociabilidade e tendência à somatização, presentes no transtorno da personalidade histriônica, aumentam o risco para uso de substâncias (CASILLAS & CLARK, 2002).

Alguns pesquisadores sugerem que o uso de álcool e outras drogas em indivíduos com esses traços de personalidade estaria associado à maneira de enfrentar situações emocionalmente difíceis e estressantes, além de lidar com frustrações e com a impulsividade (LITTLEFIELD *et al*, 2009 e ROCHA *et al*, 2009).

Sabe-se que adolescentes que apresentam alta impulsividade têm até três vezes mais chance de fazer uso de álcool, heroína, cocaína, tabaco e maconha do que aqueles que não têm essa característica (SIMONS & CAREY, 2002 e DIEMEN *et al*, 2008). Ademais, o consumo entre os impulsivos tende a ser mais precoce e aumenta a vulnerabilidade para desenvolver dependência de substâncias ao longo da vida (DIEMEN *et al*, 2008).

Além da impulsividade, o traço de personalidade denominado “não convencional” também foi associado ao uso e abuso de maconha em uma metanálise (SIMONS & CAREY, 2002).

Malbergier e Cardoso (2011) sintetiza a relação entre os traços de personalidade e fatores de risco importantes para o desenvolvimento dos transtornos associados ao uso de substâncias por meio de três diferentes mecanismos:

1. *O modelo da desinibição do comportamento*: está presente em personalidades *antissociais* e *borderline*. As drogas mais comuns para esse grupo seriam cocaína e anfetaminas. A desinibição do comportamento levaria o indivíduo a comportamentos antissociais e impulsivos. Esse fator, associado à baixa evitação de risco, deixaria o indivíduo mais suscetível a comportamentos desviantes, incluindo o uso de drogas.
2. *O modelo de redução de estresse*: está presente em personalidades *esquivas*, *dependentes*, *esquizotípicas* e *borderline*. As drogas mais comuns seriam o álcool, a heroína e os benzodiazepínicos. Os indivíduos sensíveis ao estresse respondem com maior instabilidade e sintomas de ansiedade e alterações do humor. Diante dessa situação, tais indivíduos poderiam usar drogas como automedicação.

3. *O modelo relacionado com sensibilidade a recompensa*: está presente em personalidades *histriônicas* e *narcistas*. A maior parte das drogas está representada nesse perfil. Indivíduos com características de “buscar novidades e sensações” procurariam as drogas visando obter seus efeitos prazerosos.

Estudos como esses confirmam que os traços comportamentais característicos dos transtornos da personalidade podem ser fatores de risco para transtornos associados ao uso de substâncias, mas não excluem a possibilidade de um fator etiológico comum para ambas as condições.

3.10 ETIOLOGIA: RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

A relação entre transtornos da personalidade e transtornos relacionados ao uso de substâncias parece ser resultado de influências genéticas e ambientais compartilhadas. Discute-se a possibilidade da ocorrência de fatores etiológicos comuns aos dois transtornos ou de que um deles poderia ser um fator de risco para o outro. Para exemplificar, um indivíduo com transtornos da personalidade *antissocial* experimenta mais frequentemente drogas/álcool devido às suas características impulsivas, o que aumentaria seu risco de desenvolver transtorno associado ao uso de substâncias. Entretanto, o uso de drogas promove comportamentos antissociais, como intoxicação, mentiras e crimes para obtenção de dinheiro para compra de drogas (MALBERGIER & CARDOSO, 2011).

A possibilidade de o transtorno da personalidade *antissocial* ser artefato associado ao uso de substâncias e não “verdadeiro” *transtorno da personalidade* vem sendo questionada por estudos que encontraram taxas de transtornos da personalidade semelhantes entre usuários de drogas no presente e no passado (SKODOL *et al*, 1999). A remissão/melhora do transtorno associado ao uso de substâncias não foi associada a remissão/melhora da patologia da personalidade, sugerindo que os dois transtornos sigam cursos independentes (VERHEUL, 2001).

Estudos sugerem alterações da regulação de circuitos neurais e sistemas de neurotransmissores relacionadas a cada um dos grupos citados. O grupo 1, caracterizado por desinibição e impulsividade, estaria associado a deficiência de serotonina; o 2, caracterizado por sensibilidade ao estresse, estaria associado a uma maior excitabilidade neuronal devido a redução da inibição pelo sistema GABA-glutamato; e o 3, cuja característica é a necessidade

de recompensa, estaria associado a hiper-reatividade dopaminérgica ou opióide (VERHEUL, 2001).

3.11 A INFLUÊNCIA DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ASSOCIADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS

A presença de transtornos psiquiátricos em dependentes de álcool e outras drogas aumenta as taxas de recaída e dificulta o sucesso no tratamento. Estudo que acompanhou dependentes de álcool mostrou que 40 a 60% deles apresentaram a primeira recaída após três meses de tratamento, e 70 a 80%, durante os 12 meses seguintes ao tratamento (HUNT et al, 1971). Essas taxas de recaída parecem ser maiores quando comparadas às de dependentes de álcool sem transtorno da personalidade. Nestes últimos, a taxa de recaída após 36 meses de tratamento foi de 45% (BOTTLENDER & SOYKA, 2005).

Vários estudos têm apontado os transtornos de personalidade como preditores de baixa resposta ao tratamento devido a problemas nas relações terapêuticas, vínculos com os profissionais, resistências a mudanças e abandono precoce do tratamento (VERHEUL, 2001). Uma crítica a esses estudos é que eles não controlam para o estado pré-tratamento (gravidade da dependência, complicações legais, suporte social, etc) que, per se, poderia predizer tais evoluções desfavoráveis e que está também associado aos transtornos de personalidade. Entretanto, um estudo com 64 pacientes com transtorno associado ao uso de substâncias, separados em três grupos (o primeiro com algum transtorno da personalidade, o segundo com traços de transtorno e o terceiro sem), não encontrou diferenças na taxa de abstinência depois de quatro meses de tratamento ambulatorial após alta hospitalar (CLOPTON *et al*, 1993).

Já em outro estudo longitudinal, a taxa de recaída foi maior entre os dependentes de álcool e drogas com transtorno de personalidade do que entre os sem essa comorbidade, chegando a 87% dos casos entre 16 e 28 meses de acompanhamento (TOMASSON & VAGLUM, 2000).

Todavia, para Malbergier e Cardosos (2011), tem-se observado que os transtornos de personalidade, apesar da associação com gravidade de problemas pré e pós-tratamento, não são preditores consistentes de quanto o paciente irá melhorar devido ao tratamento. Esses estudos sugerem que usuários de substâncias com comorbidade de Eixo II possam se beneficiar tanto quanto os que não a apresentam.

Além disso, alguns estudos ressaltam que uma das razões de falhas no tratamento da dependência nessa população é o fato de não serem abordados os comportamentos característicos dos transtornos de personalidade de forma concomitante. Um exemplo disso é que os comportamentos relacionados à delinquência, provocativos e impulsivos, presentes nos transtornos da personalidade, podem proporcionar eventos estressantes e diminuir o apoio social, tornando o paciente mais suscetível a uma recaída. Um estudo longitudinal mostrou que os dependentes de álcool com transtorno da personalidade *antisocial* que receberam um tratamento composto por treino de habilidades sociais apresentaram taxas de recaída significativamente menores do que aqueles que não receberam esse tratamento (COONEY et al, 2010).

As taxas de recaída em pacientes com transtornos da personalidade, comparados aos que não têm essa comorbidade, têm sido associadas às características de impulsividade, instabilidade emocional, desinibição, pouca habilidade para enfrentar problemas e dificuldade nos relacionamentos interpessoais (MALBERGIER & CARDOSO, 2011).

Estudos clínicos e de revisão sugerem que o tratamento da dependência em indivíduos que apresentam comorbidade com transtornos da personalidade seja baseado em intervenções que visem treinar tolerância: lidar com emoções negativas e angústia; controle da raiva; situações envolvendo pressão ou conflito nas relações sociais; treino de habilidades sociais e de comunicação; assertividade; aprender a fazer e receber crítica; aumentar a autoeficácia; resolver problemas, tomar decisões e desenvolver habilidade para prevenir recaída, como, por exemplo, recusar uma bebida, controlar fissura e evitar situações de risco (MONTI *et al*, 2005).

Alguns pesquisadores, segundo Malbergier e Cardoso (2011), aconselham que, para aumentar o vínculo com o tratamento, o profissional deve ajudar o paciente a identificar os prejuízos decorrentes do uso de drogas e relacioná-los com os traços de personalidade. Por exemplo, é importante que ele aprenda que há uma relação entre impulsividade e uso de droga, bem como que os prejuízos são decorrentes dessa relação.

Marlatt e Gordon (1985) propõem que o tratamento para dependência de substâncias em indivíduos com transtornos de personalidade deva incluir uma intervenção de pelo menos 24 semanas, utilizando técnicas de automonitoramento, resolução de problemas e assertividade.

Ademais, internação em clínica de desintoxicação em fases iniciais de abstinência e programa de hospitalização parcialmente intensivo, como, por exemplo, hospital-dia ou noite, aumentam a chance de sucesso terapêutico (MOLINER, 2001).

Pesquisas clínicas e epidemiológicas evidenciam a relação entre transtornos associados ao uso de substâncias e transtornos da personalidade. Para maior sucesso nos tratamentos, os

dois tipos de transtornos devem ser avaliados e abordados de forma simultânea (MALBERGIER & CARDOSO, 2011).

4 FAMÍLIA(S) CONTEMPORÂNEA(S), QUALIDADE DE VIDA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

4.1 DEFINIÇÕES DE FAMÍLIAS

Não há um acordo sobre a definição de família, principalmente quando esta passa por transformações tão rápidas. Na Constituição Brasileira, define-se a família como a união estável entre o homem e a mulher e a formada por qualquer um dos pais e seus descendentes. A própria Constituição, assim, adota uma pluralidade de modelos de família e de padrões de conduta, reafirmando que a noção de família se une, de um lado, a um sistema de regras e de convenções sociais e, de outro, como manifestação da variedade de valores e das relações humanas (PETRINI & CAVALCANTI, 2013).

As famílias encontram-se em constante mudança por participarem dos dinamismos próprios das relações sociais. O processo social dos últimos séculos acelerou as mudanças, com conseqüências substanciais em todos os aspectos da convivência humana. As famílias, integradas nesse contexto, necessariamente passam por transformações de tal magnitude, que parece prestes a desaparecer (PETRINI, 2003).

Quanto ao termo “família”, observa-se que este conceito se diversificou. Estudiosos do tema assinalavam a necessidade de tratar de famílias no plural, abandonando o termo no singular, pois não é possível que um único conceito dê conta dessa complexidade. Sendo assim, constata-se que existe uma pluralidade de variáveis implicadas na definição do conceito de família e que a singularidade da vivência dos sujeitos em seus núcleos familiares, por exemplo, tende a ter um peso explicativo importante na definição daqueles personagens que “são da família” (MUSITO, 2001).

Nas sociedades modernas a família está organizada pela união através do parentesco, de forma que ocorre não só a reprodução biológica, mas também o desenvolvimento do indivíduo como agente de cultura e como unidade de reprodução econômica e afetiva. A família se coloca como um espaço indispensável para a sobrevivência, o desenvolvimento e a proteção integral dos filhos e destaca-se como uma instituição socializadora primária, cuja proposição principal corresponde a assegurar comportamentos normalizados pelo afeto e pela cultura. Isto significa dizer que à família é atribuída a responsabilidade pela construção moral dos filhos e pelo crescimento adequado da sua personalidade (MEDEIROS *et al*, 2013).

Para os autores acima, sobre o âmbito familiar, nas sociedades ocidentais o papel de amar e cuidar dos filhos se coloca como um grande desafio e uma tarefa extremamente complexa e difícil. Essa dificuldade advém do fato de que, no que diz respeito à educação e à formação das crianças até a idade adulta, são muitas as exigências e os deveres a que os pais estão submetidos.

É difícil traçar um perfil único da família brasileira, tanto no que se refere à sua configuração quanto à sua estrutura. Contudo, nas últimas duas décadas foi possível observar algumas tendências que marcaram o movimento de redefinição e de funcionamento dos núcleos familiares. Estudos, já no início dos anos noventa, apontaram uma tendência de diminuição do número de pessoas que compunham a família, um aumento do número de divórcios e recasamentos, uma maior participação da mulher na manutenção econômica do lar, o aparecimento dos casais de dupla carreira e diferentes maneiras de compartilhar papéis no exercício das funções parentais (WAGNER *et al*, 2005).

Ríos-González (2005), menciona que, no lugar de alardear que a família está em crise, é importante focar que o que ocorre, na verdade, é uma crise do modelo tradicional de família. Parte-se da premissa de que já não se tem parâmetros que definam de forma precisa o conceito de família, sua composição e funcionamento, sendo imprescindível que se faça uma análise mais aprofundada das famílias atuais.

Ao falar sobre famílias contemporâneas, Minayo (2010) traz a teoria da complexidade, explicando que os seres vivos se constituem como sistemas autônomos, abertos e ao mesmo tempo integrados. Ou seja, o outro não se confunde com o outro, mas já nasce dentro de uma rede social, familiar e comunitária, por exemplo. Assim, dizem os estudiosos da complexidade que todos os seres vivos apresentam uma capacidade de auto-organização e quanto mais aberto for, mais tal capacidade aumenta. Esse sistema é hierárquico e só pode ser compreendido do nível mais complexo para o menos complexo.

Complexidade não é reduzir a palavra ao senso comum que, na maioria das vezes, é utilizada como sinônimo de complicação. A complexidade está para além disso e tem emergido pelas diferentes transformações nas variadas ciências da natureza e do ser humano. E o problema da complexidade tornou-se uma exigência social e política vital no século: “damos conta de que o pensamento mutilante [...] conduz a ações mutilantes” (MORIN, 2002, p. 14).

Dessa forma, a teoria complexa supera os conceitos de interdisciplinaridade² e de transdisciplinaridade³ para se transformar numa forma, num método de olhar as coisas e a vida, na medida em que entendemos os sistemas vivos como autoproduzidos, auto-organizadores, autorreguladores, de maneira que sua estrutura determine interações com o meio. Acreditar nessas habilidades de todos os seres vivos, sobretudo do ser humano, achar aquele ponto em que ajudar as pessoas a traçar seu próprio caminho é pedagógico e é crer em sua auto-organização (MINAYO, 2010).

Portanto, para a autora, a ideia de complexidade da realidade retomou o início da história do pensamento ocidental, mas, de outra maneira, evidenciando que todos os seres vivos estão intrincados num sistema hierárquico e articulado e, mais que analisá-los, é preciso entendê-los como parte e todo simultaneamente: dois olhares são mais complexos do que um olhar, e 10 olhares são mais complexos do que dois olhares e assim por diante.

A palavra *complexidade* vem do termo latino *complexus*:

[...] a complexidade é um tecido (*complexus*: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Num segundo momento, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico (MORIN, 2005, p.13).

O central do pensamento de Morin é a complexidade. Ele traz em seu bojo o princípio que permite ligar as coisas que estão disjuntas umas em relação às outras. Para isso, faz-se necessária a construção de um conhecimento multidimensional, que privilegie o pensamento complexo desse religar, ao invés do pensamento reducionista, simplista e disjuntivo, pois vive-se hoje uma realidade que é, ao mesmo tempo, psicológica, política, econômica, sociológica e, também, mitológica (RIBEIRO, 2010).

Morin exprime as ideias de uno e de múltiplo, presentes no todo. Dessa forma, o autor tem como sustentação de seu pensamento a epistemologia da complexidade “que compreende

²Constitui uma articulação de várias disciplinas em que o foco é o objeto, o problema ou o tema complexo, para o qual não basta a resposta de uma área só. Quando demandada, ela responde a uma pergunta trazida por um tema, de tal forma que ultrapasse a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade, ao mesmo tempo em que conta com elas.

³ Ao produto final da interdisciplinaridade, que inclui triangulação de perspectivas e métodos. É a resultante da capacidade de ultrapassar as fronteiras das disciplinas pelo investimento articulado e a contribuição das diferentes disciplinas em jogo, num processo de investigação que inclui articulação de teorias e conceitos, métodos e técnicas e, não menos importante, do diálogo entre as pessoas.

quantidades de unidades, interações diversas e adversas, incertezas, indeterminações e fenômenos aleatórios” (PETRAGLIA, 1995, p. 40).

Para isso, é fundamental que sejam compreendidas as noções de *ordem-desordem-organização*⁴, presentes nos sistemas complexos. As noções de *sujeito*⁵, autonomia e *auto-eco-organização*⁶ são também importantes para o entendimento das transformações que acontecem no interior dos organismos vivos humanos (RIBEIRO, 2010).

4.2 FORMAS E CLASSIFICAÇÕES DAS FAMÍLIAS

De acordo com Saraceno & Naldini (2003), a estrutura da família não se refere nem ao número de membros nem a uma qualquer atividade predominante, mas ao tipo de vínculo existente entre os membros de uma convivência: vínculos de afinidade e de consanguinidade, de casamento e de descendência. Deste ponto de vista, a estrutura da família define-se pelo modo como as pessoas que a compõem se colocam ao longo de dois eixos, respectivamente horizontal e vertical, pelas relações de sexo e pelas relações geracionais. Distinguem-se quatro categorias fundamentais de estrutura de convivência familiar, articuladas, por sua vez, em subtipos:

1) Os grupos domésticos chamados “Sem Estruturas”, isto é, sem claras relações nem de sexo nem de geração. Neles estão compreendidos geralmente quer as convivências de amigos quer aqueles que vivem sozinhos.

2) Os grupos domésticos “Simples”, compostos quer pelos pais com os filhos quer por um único progenitor com os filhos, quer pelo casal sem filhos.

3) Os grupos domésticos “Extensos”, compostos, não só pelos membros da família “Simples”, mas também por parentes ascendentes (um avô ou uma avó), descendentes (um neto), ou colaterais (um irmão/irmã do marido/da mulher).

⁴ Morin coloca a necessidade de pensar sobre a complexidade da realidade física, biológica e humana, visto que os conceitos de ordem, desordem e organização estão presentes no universo e na sua formação; na vida, em sua evolução biológica; como também na história humana em todas as suas vertentes (PETRAGLIA, 1995).

⁵ Para Morin, a noção de sujeito é qualidade própria do ser vivo que busca a auto-organização; sua transformação necessita de um objeto. A partir dessa dependência entre sujeito e objeto é que emerge uma realidade complexa (PETRAGLIA, 1995).

⁶ O ser humano, por ser autônomo, vive constantemente em construção de sua identidade. Esta capacidade torna o sujeito auto-organizador de seu processo vital e não exclui a dependência relativa com seu meio exterior, aos grupos, à sociedade e ao ecossistema (PETRAGLIA, 1995).

4) Os grupos domésticos “Múltiplos”, em que existem vários núcleos conjugais, vários casais com os seus filhos. Este grupo articula-se ulteriormente conforme os tipos de ligações ao longo do eixo geracional que passa pelos diferentes núcleos: em que todos os irmãos casados vivem juntamente com as suas famílias, famílias com descendência em que o casal idoso vive com o do herdeiro, em que todos os filhos homens casados levam as suas mulheres e depois os filhos a viverem na casa dos pais, e assim por diante.

Noutros termos, fala-se de estrutura familiar nuclear, ou múltipla, e de relações patriarcais, ou autoritárias, ou paritárias, ou ainda de distância, mais do que de intimidade. De fato, observa-se que uma estrutura de tipo nuclear conjugal, por exemplo, pode em si mesma ser caracterizada por relações entre os sexos e/ou entre as gerações, tanto do tipo democrático/igualitário, como de tipo autoritário ou assimétrico; e recorda que de mudanças estruturais não derivam automaticamente mudanças relacionais: não basta que a família passe de múltipla a nuclear para que as relações entre os sexos e as gerações se tornem mais paritárias (SARACENO & NALDINI, 2003).

4.3 FORMAÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL CONTEMPORÂNEA DAS FAMÍLIAS

A família “contemporânea”, lugar de afetividade vai também, cada vez mais, tornando-se o espaço da emancipação feminina e dos filhos, inclusive da explicitação da rebelião dos filhos contra os pais, o que demanda destes um novo comportamento. Logicamente, tais tipos ideais extremos comportam diversas realizações, considerando-se as estatísticas de violência doméstica e abusos de poder de disciplinamento ou relações intergeracionais pautadas por hierarquias rígidas (MIRANDA, 2007).

Paralelamente, a descrição literária e histórica da família, ou da vida das famílias, foi substituída entre 1861 e 1871, por uma abordagem estrutural dos sistemas de parentesco posta em prática pelas novas ciências humanas: sociologia, antropologia, psicologia. E a transformação do olhar dirigido a essa realidade teve como consequência valorizar a consideração de funções simbólicas, regras da aliança, da filiação ou da germanidade, em detrimento de uma abordagem mais tradicionalista centrada no estudo das origens míticas do poder paterno, do patriarcado ou do matriarcado (SARTI, 2004).

Se a família ontem era a que a história registra como autoritária, triunfal ou melancólica, ela é sucedida pela família de hoje, mutilada, feita de feridas íntimas, de violências silenciosas, de lembranças recalçadas:

Finalmente para os pessimistas que pensam que a civilização corre o risco de ser engolida por clones, bárbaros, bissexuais, toxicômanos ou delinquentes da periferia, concebidos por pais desvairados e mães errantes, observamos que essas desordens não são novas – mesmo que se manifestem de forma inédita –, e, sobretudo que não impedem que a família seja atualmente reivindicada como o único valor seguro ao qual ninguém quer renunciar. Ela é amada, sonhada e desejada por homens, mulheres e crianças de todas as idades, de todas as orientações sexuais e de todas as condições. Todas as pesquisas sociológicas mostram isso (ROUDINESCO, 2003, p. 198).

Desta maneira, fica claro que é discutível esta linearidade com que associa família e drogas. Afinal de contas, considerando, então, o grupo familiar como à instância onde se desenvolvem as primeiras relações do indivíduo, e com base no pressuposto defendido por Olivenstein (1985) de que a drogadicção se estabelece a partir de uma dinâmica relacional (entre o sujeito, a droga e o contexto), é possível pensar o fenômeno do uso de drogas como ligado às experiências vividas não apenas na rotina familiar. Sobre isso, Schenker propõe: “[...] o indivíduo se interliga a família, que se interliga ao social, formando uma rede de causalidades múltiplas. Assim, a toxicomania não é privilégio de um indivíduo ‘doente’, mas sim um sintoma dos nossos tempos pós-modernos” (SCHENKER, 1997, p. 49).

As possibilidades de relações, especialmente no caso do Brasil, não dependem necessariamente, portanto, da configuração deste lar, até porque a família contemporânea comporta uma enorme elasticidade, que precisa ser olhada sem discriminação, preconceito ou conservadorismo (SARTI, 2004). Por outro lado, para além da avaliação de uma relação que poderia ser estabelecida entre o uso e abuso de SPA por jovens e o tipo de lar onde ele teria sido criado, a qual acaba sendo prejudicada pelas evidências de estudos, outra dimensão não pode ser desprezada, qual seja a da diversidade de constituições familiares por conta de condição social e econômica (MIRANDA, 2007).

No entanto, para não perder de vista o caráter histórico da instituição, considere-se ainda que “[...] a família, além de sofrer importantes abalos internos, tem sido alvo de marcantes interferências externas” (SARTI, 2004, p. 194). Trata-se aqui das interferências que começam a se definir com a Revolução Industrial, a qual, não apenas vai instituir a família como espaço privado, contrapondo-a ao espaço público do trabalho. Mais que isto, propiciará um grande

impacto com um desenvolvimento tecnológico que chega a interferir na própria reprodução humana (SARTI, 2004).

São considerações que contribuem para reforçar o alerta lançado por Castro & Abramovay (2002), da existência de literatura que minimiza o poder que teria a família na definição do comportamento e da vontade dos jovens. No entanto, é preciso considerar que “A família é o lugar onde se ouvem as primeiras falas com as quais se constroem a auto-imagem e a imagem do mundo exterior. Assim, é fundamentalmente como lugar de aquisição de linguagem que a família define seu caráter social” (SARTI, 2004, p. 120).

4.4 FASES DO CICLO VITAL DA FAMÍLIA

A estrutura e o funcionamento familiar modificam-se ao longo do ciclo vital para adequarem-se às mudanças em seus membros e às vicissitudes da vida. Existem momentos em que predominam as forças centrípetas, como no nascimento das crianças, com as famílias tendendo a se aglutinar, enquanto em outros prevalecem as forças centrífugas, como na adolescência dos filhos, quando as famílias se abrem para o exterior, facilitando entradas e saídas do sistema familiar. As fases da família devem ser vistas sem rigidez, já que, na prática, encontram-se situações mistas, como, por exemplo, os pais de adolescentes e também de um bebê temporão, precisando simultaneamente responder às necessidades de duas fases diferentes do desenvolvimento (FALCETO & WALDEMAR, 2013).

Cerveney e Berthoud (2010) descrevem várias formas de como estudar a família, relacionadas às origens étnicas e raciais e à inserção cultural e social. Em pesquisa realizada com 1.105 famílias paulistas de classe média, nos anos 1996/1997, as autoras subdividiram o ciclo vital das famílias em quatro etapas, atentando-se para a não rigidez dessas fases:

Família na Fase de Aquisição: nessa primeira fase, a família vive seu tempo de crescer: no tamanho, na escolha do modo de vida, na busca de uma casa para morar, na divisão cada vez maior do espaço para a criação e a educação dos filhos, na convivência com avós, tios, irmãos, vizinhos, escola e comunidade. Portanto, essa etapa engloba a escolha do(a) parceiro(a), o nascimento da família pela união formal ou informal do casal; a preocupação em adquirir bens materiais; o nascimento dos filhos e a vida com filhos pequenos. É uma fase que se caracteriza pela aquisição em todos os sentidos: material, emocional, psicológico (BERTHOUD, 2002).

Família na Fase Adolescente: caracteriza-se pelo período específico em que os filhos vivenciam a adolescência em direção à idade adulta. Essa fase mobiliza os pais que se

encontram na faixa dos quarenta aos cinquenta anos, levando-os a realizar um balanço de sua vida, revendo sua própria adolescência e os aspectos que podem ser resgatados de uma juventude ainda presente diante de si. Esse momento pode propiciar muitos conflitos e questionamentos, tanto por parte dos filhos, como dos pais (LUIZI & CANGELLI FILHO, 2010). Cabe destacar que, nessa etapa, os avós começam a sentir o peso do envelhecimento.

Família na Fase Madura: neste período inserem-se os filhos adultos jovens e pais em plena maturidade, cuja idade estende-se dos cinquenta a meados dos sessenta. As características dessa família envolvem mudanças como: saída dos filhos de casa para construírem sua própria família ou para estudar, trabalhar, etc.; a chegada dos netos e parentes por afinidade (noras e genros); cuidados com a geração mais velha, entre outras (CARBONE & COELHO, 2010).

Família na Fase Última: É uma etapa que tem se estendido bastante, dada a maior longevidade humana. A família nesse período do ciclo vital depende muito de como foram vividas as fases anteriores. Além disso, ela é marcada pela reestruturação de papéis. Nesse período, o luto pela perda de amigos e parentes trará à tona a velhice como a fase que se aproxima da finitude pessoal e da ideia inevitável da viuvez. Entretanto, esta etapa pode se tornar uma fase de enriquecimento para toda a família, se os avós compartilharem suas histórias de vida e experiências com os filhos e netos. Por fim, nesse momento, ocorre o fechamento de um ciclo (SILVA *et al*, 2010).

Já de acordo com Falceto e Waldemar (2013), as fases do ciclo vital da família foram divididos em: *casal sem filhos, casal com filhos pequenos, família com filhos adolescentes e saída dos filhos de casa e o “ninho vazio”*. Para esses autores, na classe média, os jovens estão permanecendo mais tempo na casa dos pais e casando-se mais tarde. Isso se deve a vários fatores. Em primeiro lugar, tem-se um mercado de trabalho competitivo que valoriza anos de pós-graduação. Depois, é necessário ainda tempo para conseguir um emprego que propicie condições de manter uma mínima independência econômica. Por último, têm-se as mudanças culturais, facilitando que os jovens mantenham uma vida sexual ativa na casa dos pais. A escolha do cônjuge pode apresentar um estágio inicial de coabitação e tende a ser mais adequada quando o jovem já está mais maduro e individualizado da família de origem.

Segundo os autores acima, o elemento organizador da vida familiar e de seus ciclos é o cuidado dos filhos. A chegada do primogênito traz novas identidades: transforma o casal em família, o marido em pai, a esposa em mãe e os pais destes em avós. Há, de um lado, a celebração familiar; do outro, as dificuldades e os medos comuns sobre como lidar com o bebê recém-chegado.

A adolescência é a fase de transição da infância para o mundo adulto. O adolescente reivindica os privilégios do adulto, que devem vir junto com as responsabilidades. Para isso, o adolescente necessita sentir que controla aspectos importantes de sua vida: aparência física, escolha de amigos, horários, mesada, etc. Esses são temas típicos de conflito com os pais, que precisam de muita flexibilidade e bom senso para lidar com os filhos nessa idade. Eles os confundem, pois é comum que ora se portem como criança, ora como adultos. O transcorrer da vida determina que na adolescência dos filhos seja frequente o casal enfrentar a crise da meia-idade e os avós começarem a apresentar problemas de saúde (FALCETO & WALDEMAR, 2013).

De acordo com Falceto e Waldemar (2013), como resultado do prolongamento da estada dos filhos na casa dos pais, a fase de saída dos filhos de casa comumente começa quando o casal já está além dos 50 anos. Com a idade média de vida aumentando, o “ninho vazio” tornou-se a fase mais longa do ciclo vital da família. A aposentadoria, além de possíveis perdas financeiras, traz, muitas vezes, uma diminuição do prestígio pessoal. Nas empresas familiares, é frequente que ocorra um período prolongado de transição, com a velha guarda passando com alguma dificuldade o comando para a nova geração. Nesse processo, conflito com os pais e entre irmãos são comuns.

O casal precisa se acostumar a viver de novo um só com o outro, a cuidar de sua saúde e procurar novas formas de distração e sentido para suas vidas. A universidade da terceira idade e trabalhos sociais voluntários são, para muitos, ótimas opções. Muitos pais têm condições e gostam de continuar ajudando os filhos, enquanto outros sentem isso como uma sobrecarga. Situação muito delicada para todos os envolvidos é a dos idosos, saudáveis ou não, que precisam de ajuda financeira da família e, muitas vezes, de cuidado 24 horas por dia (FALCETO & WALDEMAR, 2013).

4.5 CONCEITOS DE QUALIDADE DE VIDA

Mais recentemente, o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP, 1995) a define como:

[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Diante desse conceito, Fleck e colaboradores (1999) concluem que: “[...] fica clara a posição da OMS quanto ao caráter subjetivo e multidimensional do termo e a inclusão de elementos positivos e negativos em sua avaliação”.

O WHOQOL GROUP (1995) considera ainda que, em tempos mais recentes, foi o presidente norte-americano Lyndon Johnson quem, em seu discurso de posse, empregou pela primeira vez a expressão “qualidade de vida”, ao declarar que: “[...] os objetivos não podem ser medidos pelo balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos pela qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.

Resta saber, entretanto, se a sociedade não deixou de considerar o balanço dos bancos (e a história recente mostra que a sociedade não deixou de considerá-lo) para passar a considerar o balanço dos gastos governamentais com saúde mais do que o próprio bem-estar das pessoas. Albuquerque (2005) relata ainda que o termo “qualidade de vida” teria sido utilizado por Pigou, em 1920, falando sobre o impacto governamental em relação à vida das classes menos favorecidas.

Durante a década de 1940, as indústrias de produtos manufaturados desenvolveram os conceitos de produtos com qualidade e de controle de qualidade. Após 1945, o conceito de qualidade de vida foi associado à aquisição desses bens, passando-se a buscar índices para sua mensuração. Esses índices primeiramente eram genéricos e se referiam a expectativa de vida e mortalidade infantil, entre outros aspectos, passando, desde 1960, a surgir indicadores subjetivos focados na satisfação, no bem-estar e na felicidade das pessoas, avaliados por suas experiências de vida (CONSTANTINO, 2007). “Coisifica-se” a própria noção de vida, ao se estabelecer controles de qualidade para objetos e para o próprio existir, assemelhando-os.

Quando verifica-se os atuais conceitos de qualidade de vida, observa-se diversos enfoques e visões, vários deles merecendo reflexão e análise. Rufino Neto (1994) considera que qualidade de vida boa ou excelente corresponde à possibilidade de alguém ter condições mínimas para obter o máximo de seu potencial para viver, amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou arte. Na mesma linha de pensamento, Martins, França e Kimura (1996) sugerem que o conceito de qualidade de vida é atingido a partir da subjetividade e abarca todos os elementos essenciais da condição humana, embora isso seja bastante difícil de ser definido.

Dessa maneira, segundo Constantino (2007), qualidade de vida pode ser definida como necessidade e desejo próprios do ser humano, sendo parte integrante das buscas nas relações familiares, amorosas, sociais e ambientais. Todavia, tem-se de considerar que o cotidiano é determinante para a satisfação e a insatisfação das pessoas, estando relacionado com a sensação de bem-estar (FERRANS, 1996); em consequência, à qualidade de vida deve incorporar o bem-estar no âmbito social, na saúde, na medicina e na satisfação psicológica (CONSTANTINO, 2007).

Em termos gerais, fala-se, então, da forma como o indivíduo interage (considerando-se seu equipamento genético-constitucional e seu investimento sociocultural – AJURIAGUERRA, 1973) com o mundo externo. Tal forma está, portanto, ligada às características da experiência humana e relacionada de maneira direta às percepções do bem-estar, sendo importante estabelecer parâmetros sensíveis para detecção e qualificação do impacto psicossocial (ASSUMPÇÃO JÚNIOR *et al*, 2000).

Quando citado de maneira isolada, o termo qualidade de vida costuma ser compreendido como as condições em que um indivíduo, um país ou uma região está vivendo, misturando-se conceitos sociológicos, econômicos, sanitários, educacionais e outros, à procura de indicadores que espelhem um (teórico) bem-estar social (CONSTANTINO, 2007).

Desse modo, como afirma Constantino (2007), os últimos tempos foram pródigos nos modelos de classificação e diagnóstico de qualidade de vida, permitindo simplificações, distorções e conceitos parciais e de caráter puramente funcionalista (que se enquadram muito bem em uma sociedade globalizada e com um objetivo centrado na produção e no consumo). No âmbito de um modelo social estressante, imposto ao indivíduo por uma sociedade capitalista e de consumo (na qual cada um vale pelo que tem e produz), pode-se observar um desgaste tão intenso que justifica a procura de alternativas compensadoras, na maior parte das vezes também ligadas aos mesmos mecanismos de consumo.

É lamentável, porém, que justamente essas considerações, ligadas à sobrevivência de um modelo competitivo e funcionalista sem levar em consideração as exigências do corpo e da própria pessoa, passem a fazer parte da preocupação da maioria daqueles que se envolvem com o estudo da qualidade de vida. Desse modo, buscaram-se variadas formas para atenuar o desgaste cotidiano sem que o indivíduo seja questionado e o seu meio mais próximo, assim como os sistemas sociais pelos quais circula sejam investigados, ou seja, as oportunidades de se vir a ter uma boa qualidade de vida e a relação entre o individual e o coletivo, tendo-se até a pretensão

de tentar dar ao indivíduo isolado a condição e o poder de fazer desaparecer os fatores que o induzem ao estresse e a uma vida infeliz (CONSTANTINO, 2007).

Dessa maneira, os criadores de produtos e os especialistas em *marketing*, para fazer um trocadilho, da “Idade Mídia” (e não “Média”), passam a apresentar “receitas” que propõem a atenuação do cansaço físico ou mental com fórmulas corretas, que variam da compra de um determinado produto (ligado ou não à esfera da saúde) à mudança de hábitos e condutas sociais (p. ex., a proibição de determinadas atitudes públicas ligadas à cultura e diretamente relacionadas à própria individualidade). Portanto, conforme Santos (2002), o despotismo atual do dinheiro, com o subsistema financeiro se apresentando como se fosse o próprio sistema econômico e social, provoca diferentes rupturas no tecido social de maneira brutal, passando a ignorar: “[...] a brutalidade no trato com o ser humano, visto que o dinheiro, em estado puro, dá as costas à realidade do ambiente em que se instala. Ele apenas se preocupa com outros dinheiros”.

Entretanto, somente subvertendo essa visão e privilegiando a existência real das pessoas como individualidades é que se pode começar a pensar sobre a noção de qualidade de vida. Caso contrário, permanece-se atrelados aos conceitos midiáticos ligados a concepções estritamente econômicas.

4.6 PERCEPÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA DOS FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS

Um sistema vivo é uma entidade composta de elementos em interação, em evolução no tempo e a partir dos acontecimentos. A família como sistema aberto deve, simultaneamente, manter um estado de equilíbrio interno (homeostase) e modificar-se para se adaptar às mudanças internas e externas. Uma família é um conjunto de pessoas em interação e não pode ser percebida apenas a partir das características individuais ou da personalidade de cada um de seus membros. O que caracteriza uma família é, sobretudo, a natureza das relações entre seus componentes, ou seja, a forma como interagem e como estão vinculados nos diferentes papéis e subsistemas. Uma pessoa da família não pode mudar sem mobilizar mudanças nas outras (SEIBEL & TOSCANO, 2000).

A família é um sistema em constante evolução, pois constantemente precisa adaptar sua estrutura às mudanças relacionais inerentes ao ciclo de vida e também a outras mudanças referentes ao contexto social mais amplo ou, ainda, às situações específicas de cada membro. Tais modificações passam pela transformação das regras internas de comunicação. Um “disfuncionamento” relacional que se traduz por sintomas atribuídos a uma ou a diversas pessoas é o sinal de uma crise. A perspectiva sistêmica da crise aponta sua dimensão transformadora na medida em que esta revela a condição de saturação do sistema no seu modo atual de funcionamento. A crise desequilibra o sistema rumo ao imperativo de sua evolução, promovendo um salto qualitativo com relação à estrutura anterior (SEIBEL & TOSCANO, 2000).

Devido à relação simbiótica com a droga, marcada por perdas e destruições, esta questão atinge não apenas o dependente, mas todos que, direta ou indiretamente, têm relações com ele. Grande parte da sociedade sofre com a ampliação do uso abusivo das drogas, especialmente os dependentes e seus familiares, pois sofrem perdas e prejuízos em sua saúde física, mental e social. Os familiares, especificamente, sofrem por terem um laço afetivo muito forte e por serem vistos como corresponsáveis pela formação dos filhos, estando diretamente atrelados ao seu desenvolvimento saudável ou doentio. A convivência com o usuário de drogas é uma via de mão dupla, que é afetada na medida em que a dependência química evolui e se desenvolve (MEDEIROS *et al*, 2013).

A literatura tem discutido amplamente as consequências coletivas e/ou individuais da dependência de drogas, na sociedade, sendo que, coletivamente, a família é a primeira a ser afetada em sua dinâmica funcional e organizacional (MARCON *et al*, 2012). Selegim & Oliveira (2013) relatam a carência de estudos brasileiros sobre os aspectos familiares associadas ao uso de crack.

Neste sentido, conforme Medeiros *et al* (2013), o adoecimento dos filhos abala profundamente a autoestima dos pais, uma vez que significa que houve falhas nas idealizações e projeções sobre o poder da família em ordenar trajetórias dos próprios filhos. A constatação de uma doença pode gerar um desequilíbrio em toda a estrutura familiar, ocasionando uma quebra do vínculo entre os seus membros, que são levados a vivenciar profundas mudanças em suas vidas. Nesta situação, tornam-se comuns os conflitos emocionais, a depressão, o sentimento de medo e as incertezas relacionadas ao prognóstico e ao tratamento. Além disso,

ocorrem preocupações com a condição financeira, propiciando uma quebra da rotina e uma sobrecarga familiar.

Acerca dos problemas enfrentados pelos familiares de dependentes de drogas, Marcon *et al* (2012) afirma que estudos têm fornecido informações sobre as situações familiares geradas pelo uso, ocasionando desentendimento e fragilização nas relações interpessoais. Essas situações são reveladas por sentimentos mais diretamente ligados ao âmbito emocional como ambiguidade, impotência, ansiedade, medo, sentimento de culpa, decepção, frustração, depressão, e outros problemas relacionados às situações rotineiras do dia a dia. Dentre outros prejuízos, o distanciamento dos amigos e a redução das atividades sociais, com conseqüente comprometimento da qualidade de vida, são vivenciados tanto pelo familiar quanto pelo dependente de drogas.

O conceito de qualidade de vida está ancorado em pressupostos científicos apropriados, como os recomendados pela OMS. Uma vez mediado pelo senso comum, ele incorpora vários aspectos da existência do indivíduo – como emprego, família, ambiente e outros -, que devem ser considerados condições úteis para a saúde. Percebe-se que os familiares fazem referência a uma vida bem estruturada, o que implica o acesso à educação, moradia, segurança e saúde, entre outros aspectos que compõem o proposto pela OMS; mas quando essas famílias representam tal qualidade de vida, estão se referindo a uma condição que gostariam de vivenciar sem a presença da droga, ou seja, enfatizam a questão da não dependência como critério fundamental para se conseguir uma boa qualidade de vida (MEDEIROS *et al*, 2013).

Na presença da dependência química, toda a estrutura familiar pode estar abalada, porém, os familiares sofrem graus variados de aproximação e de distanciamento, frente aos impactos negativos desse comportamento. Comumente, na família, um membro assume o papel de cuidador, sendo esse a pessoa mais diretamente ligada ao cuidado e/ou afetivamente ao dependente de drogas, condição que não somente afeta diretamente a qualidade de vida como predispõe o surgimento de sintomas depressivos no cuidador. No Brasil, são poucos os estudos existentes abordando a temática qualidade de vida entre dependentes de drogas e, dentre esses, alguns se direcionam à população usuária de álcool (MARCON *et al*, 2012).

Com relação ao familiar de usuário de crack, são identificados alguns sentimentos que remetem à vontade de ajudar, à tolerância, ao desespero, à raiva, ao medo e à impotência, diante da droga. Por muitas vezes, os familiares dos sujeitos que estão à mercê do vício acabam por manterem uma postura equivocada com o intuito de proteção, visando à sobrevivência dos

indivíduos, tornando-se cúmplices na aquisição da substância, para manter, em última análise, a vida (SIQUEIRA *et al*, 2012).

Entre os fatores preponderantes que influenciam neste processo de dependência da droga, para os mesmos autores acima, apresentam-se interveniências de ordem positiva e de ordem negativa que, de alguma maneira, contribuem para a sobrevivência e manutenção do vício. A imagem construída, muitas vezes de forma negativa, somado ao preconceito, ao medo e à aversão ao usuário de crack toma proporções que figuram a demonização do viciado. A existência de terapias, envolvendo equipes multiprofissionais, que têm como objetivo não somente a recuperação, mas também a inserção social destes sujeitos, tem papel fundamental.

De acordo com Siqueira *et al* (2012), entre os vários aspectos apresentados pelos familiares acerca do fenômeno crack e diante das condições de incertezas, as estratégias de sobrevivência da própria família perpassam as mais variadas ações. Na busca de alternativas para que a convivência com esta situação seja possível, a religiosidade aparece como um fator importante e animador. A religião exerce um papel fundamental no processo de prevenção e no tratamento de drogas, contemplando, tanto os usuários quanto os familiares que vivenciam momentos traumáticos, desde o início da dependência da droga até a reinserção social.

Outro fator apontado pelos familiares refere-se à violência que surge como busca desesperada pela conscientização, como uma medida punitiva pelo uso do psicotrópico. A agressão física é vista como uma medida de alerta, que é realizada no intuito de evitar a aproximação com a droga, julgando entre o certo e o errado o uso da droga. Não havendo a possibilidade de diálogo e esta sendo uma tentativa sem sucesso, a resposta, por meio da violência, proporciona uma impotência familiar diante do contexto (SIQUEIRA *et al*, 2012).

Em geral, o uso de drogas traz muito desconforto, sofrimento psíquico e crises no sistema familiar. Normalmente, a procura de tratamento para a dependência ocorre nestes momentos. A pessoa que está usando droga busca tratamento “por livre e espontânea pressão”. Outras vezes, algum familiar procura auxílio para “alguém” de sua família que está com problema de uso de drogas (CRUZ, 2009).

No contexto de escolher o melhor tipo de tratamento a depender da condição biopsicossocial do dependente químico, qualquer atitude tomada por iniciativa dos familiares pode ser percebida de forma agressiva por parte do usuário de drogas. É uma tendência natural, pois isso vai reprimir sua liberdade de expressão e poder de decisão quanto ao tipo de

intervenção. Não obstante, na maioria das vezes, os familiares não sabem a maneira adequada de agir, e podem ou protelar por tempo excessivo a ação que deve ser tomada, negligenciando o tratamento, ou se precipitar com atitudes impositivas, de maneira agressiva (CUNHA, 2006).

Existe uma relação direta entre o comportamento do dependente no convívio familiar e a responsividade da família como reação a esse comportamento. Eles se reforçam mutuamente em uma relação que pode ajudar no desenvolvimento ou no agravamento da doença da dependência. A família tem uma grande parcela de responsabilidade no tratamento e isso deve ser considerado; aliás, é mesmo imperativa a participação da família no processo de recuperação do seu ente. Esse processo de recuperação raramente se sustenta sem a efetiva participação familiar (CUNHA, 2006).

O uso de psicotrópicos é um aspecto relevante, pois, de maneira direta ou indireta, acaba por afetar todos os integrantes deste meio. O conflito na família surge como uma das principais consequências do uso do crack, visto que afeta profundamente as relações, a convivência e a interdependência entre seus componentes (SIQUEIRA *et al*, 2012).

Para os autores citados se necessita, no entanto, maior efetividade nas políticas direcionadas para a reinserção social e ocupacional dos usuários e apoio a seus familiares, visto que o combate a cocaína/crack somente será possível diante de estratégias sistêmicas, que envolvam as múltiplas relações e interações sociais. São necessárias intervenções imediatas de desintoxicação do usuário, garantia de apoio aos demais membros da família, acompanhamento domiciliar, entre outros, de acordo com a realidade vivenciada por cada grupo.

5 INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Este capítulo visa abordar as principais intervenções terapêuticas direcionadas ao cuidado da dependência química. Segue, abaixo, um diagrama para que o leitor possa se basear sobre as informações de cada ambiente, técnica e reabilitação voltados para o tratamento da adicção.

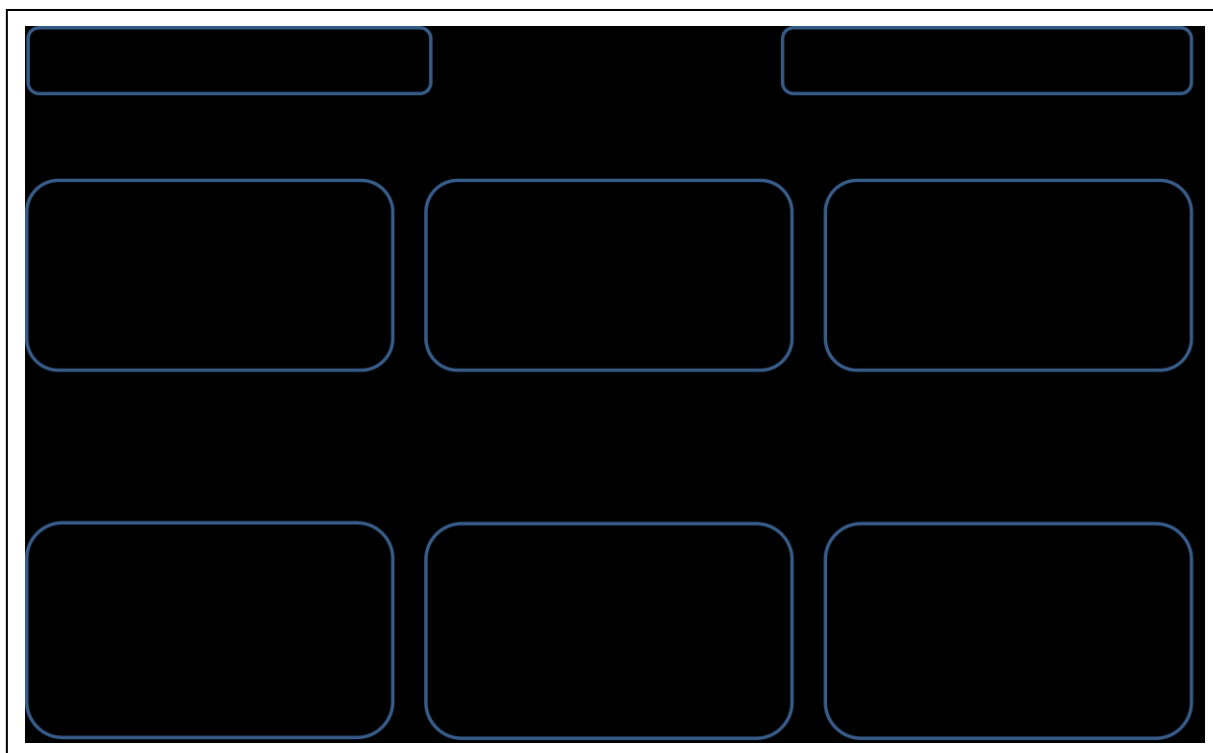


Figura 1 – DIAGRAMA SOBRE AS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

5.1 ABSTINÊNCIA X REDUÇÃO DE DANOS

De modo geral, o tratamento da dependência química é composto por um conjunto de técnicas e intervenções desenvolvidas com o intuito de favorecer a *redução* ou a *abstinência* (*suspensão*) do consumo de substâncias psicoativas, bem como a melhora da qualidade de vida e do funcionamento psicossocial dos seus usuários. Cada tratamento deve reunir metas

específicas, mensuráveis, estabelecidas em comum acordo entre a equipe e o paciente, realistas e limitadas no tempo (RIBEIRO & LARANJEIRA, 2012).

Conforme afirmados pelos autores acima, as propostas de atendimento aos usuários de cocaína/crack, em geral, tendem a ser intensivas, centradas na resolução de problemas cotidianos dos usuários e compostas por abordagens multidisciplinares, incluindo a farmacoterapia, as terapias psicológicas e as intervenções psicossociais, sendo a maioria dessas propostas voltadas para a abstinência. Há fatores que predispõem a busca por tratamento, como o aumento da severidade da dependência, problemas legais e presença de tratamentos anteriores. Entretanto, os problemas financeiros dos pacientes podem dificultar sua procura por recursos terapêuticos.

Para Ribeiro e Laranjeira (2012), uma parte considerável dos usuários de crack procura algum tipo de tratamento formal ao longo do período de consumo, independentemente da gravidade de sua dependência. Estudos de acompanhamento têm observado não apenas melhora no padrão de consumo e aumento dos índices de abstinência entre usuários de crack após o tratamento, como também boa durabilidade dos ganhos obtidos. Dessa forma, nota-se que a chegada desses indivíduos para o tratamento está envolta tanto por fatores de bom como de mau prognóstico. O tratamento é eficaz, mas a adesão desses usuários é muito imprevisível. Isso implica a necessidade de modelos estruturados, que possibilitem oferecer o máximo de tratamento, com a melhor assertividade e no menor espaço de tempo possível.

Sobre as estratégias de redução de danos (RD), o conceito tem raízes bastante antigas do que realmente se supõe. Embora a idéia genérica de “reduzir danos decorrentes do abuso de drogas” seja tão antiga quanto o próprio consumo de substâncias psicoativas, ou seja, algo que data da aurora da humanidade, parece mais apropriado considerá-la em sua acepção mais específica e de alguma forma vinculada à problemática contemporânea do consumo de substâncias psicoativas (incluindo nesta última categoria tanto as substâncias habitualmente denominadas “drogas”, como o álcool ou os psicofármacos utilizados sem finalidade terapêutica) (SEIBEL & TOSCANO, 2000).

A redução de danos, hodiernamente constitui uma estratégia de saúde pública, sendo apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros organismos das Nações Unidas. Ao contextualizar a importância dessa estratégia, Bucher (1995, p. 28) defende que “é inconcebível deter-se na prevenção às drogas, esperando alcançar resultados, enquanto danos maiores advindos do seu uso se espalham rapidamente”.

Para Seibel e Toscano (2000), a gravidade da crise posta à sociedade e aos profissionais de saúde pela epidemia de Aids e o então crescente número de usuários de drogas injetáveis (UDI) infectados pelo HIV/Aids nos países desenvolvidos. Isto fez com que estratégias alternativas à pura e simples repressão no âmbito dos danos secundários ao abuso de drogas, até então restritas a um punhado de ativistas e especialistas, se revestissem de uma dimensão coletiva e global. Portanto, tornaram-se legítimas aos olhos de dirigentes, líderes de países e comunidades influentes.

De acordo com os autores acima, malgrado os próprios formuladores das estratégias de RD, que as vêem como um conjunto amplo e bastante diversificado de iniciativas, os programas de troca de seringas (PTS) acabaram por se tornar o emblema destas estratégias. Esta parece uma “escolha” muito perigosa, por criar uma aparente contradição – despropositada – entre redução de danos e tratamento do abuso de drogas, já que os PTS são vistos como potenciais fontes de estímulo/tolerância ao consumo de drogas ilícitas, e por ser o tratamento do abuso de drogas um elemento central das próprias estratégias de redução de danos.

O Ministério da Saúde assegura que a redução de danos desenvolvida entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) mostra-se eficaz e, portanto, em condições de ser ampliada junto a usuários de outras drogas, tais como álcool, crack, tabaco, tanto no tocante à disponibilização de insumos para uso seguro, quanto no fortalecimento do protagonismo, desses consumidores, para a realização de ações entre pares e sua participação na formulação de políticas públicas, estratégias de comunicação e elaboração de materiais educativos (SENAD/CEBRID, 2005).

Há necessidade de ressaltar que as abordagens são distintas, enquanto com usuários não dependentes de drogas a RD vai agir, principalmente, no sentido de evidenciar os riscos presentes no uso e orientar o usuário para minimizar tanto os danos físicos quanto os danos sociais relacionados ao uso de drogas. Em contrapartida, com usuários dependentes a situação torna-se mais complicada: trata-se de usuários que não têm controle sobre o uso da substância. Desta maneira, a ação deve ser orientada no sentido de restabelecer o controle do sujeito sobre uso de drogas, bem como auxiliar na formulação de uma eventual demanda de tratamento (ANDRADE, 2011).

Na verdade, a prática da saúde pública está centrada nas estratégias de redução de danos, desde a limpeza do suprimento de água até o rastreamento de doenças infecciosas. A RD não chega a ser uma novidade na medicina. Hipócrates já orientava os jovens médicos: *primum non nocere* (em primeiro lugar, que não cause danos) (ABRAMS & LEVIS, 1999).

É importante destacar que, numa ótica quase que exclusivamente médica, muitos estudiosos não percebem que a necessidade da (RD) é uma terapêutica que respeita o direito das pessoas em fazer suas opções na vida. O argumento científico da medicina é pautado em não estar acima do direito de cada pessoa escolher o melhor para si, inclusive no que diz respeito à liberação do uso das drogas hoje ilícitas (SEIBEL & TOSCANO, 2000).

Os redutores são profissionais que trabalham com redução de danos, munidos de informações e insumos de acordo com a realidade do local a ser visitado, atuam através da divisão do território em áreas, as quais possuem características próprias, normalmente à tarde, pois as pessoas que se tem como objetivo estão dormindo na parte da manhã, tendo em vista que à noite devido as situações de vulnerabilidade passam acordadas. Os locais de abordagens são bem distintos uns dos outros, podem ser ao relento, em lugares com grande circulação de pessoas, relativamente limpos ou com as condições de higiene bem precárias (CRUZ, 2011).

A redução de danos tem como um dos pontos cruciais, o respeito pelo usuário de drogas, estabelecendo como princípio:

Os princípios de RD também se constituem referência importante para o trabalho comunitário em geral. O respeito pelo direito dos usuários de drogas às suas práticas pelas suas condições de vida e pela cultura dos ambientes onde vivem é o princípio que pode também conferir a eficácia desejada à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez precoce, violência, crianças vivendo nas ruas e outros problemas sociais. Medidas que tomem como ponto de partida às condições de vida, as dificuldades e possibilidades de cada uma destas populações – portanto em sintonia com os princípios de RD – estarão muito mais propensas ao sucesso do que aquelas adotadas verticalmente no sentido de fazer desaparecer cada um destes problemas sociais. Estas últimas têm sido as práticas predominantes em países capitalistas e com princípios de cidadanias incipientes, onde a miséria social, mais que consequência da concentração de renda, é vista sobretudo pelos que nela não estão incluídos como determinante dos males que atingem a todos (ANDRADE, 2004, p. 10-11).

Em 1989, no município de Santos (São Paulo)⁷, ocorreu a primeira tentativa no Brasil de implantação do programa de redução de danos. Impedidos de fornecer seringas para os UDI como forma de evitar a contaminação pelo vírus HIV, em função de uma ordem judicial, os profissionais estimulavam o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhar e seringas reutilizadas. Em 1995, em Salvador, Bahia, surge o primeiro programa de redução de danos (PRD) do Brasil desenvolvido pelo CETAD, serviço pioneiro a realizar troca de seringas.

⁷ BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde*, Maio, 2010.

Depois deste, diversos programas e projetos de redução de danos foram implantados em estados brasileiros, consolidando-a como uma estratégia de atenção aos usuários de drogas.

Em 1993, o governo de Santos implantou o primeiro projeto no Brasil, lançando mão da figura dos redutores de danos como agentes de promoção e prevenção em saúde. Em 1998, o Estado de São Paulo regulamentou, através do Decreto Nº 42.927, a Lei 9.758 que autorizou a distribuição de seringas descartáveis a usuários de drogas injetáveis. Essa foi, a primeira lei estadual que legalizou a troca de seringas.

Em 2004, a redução de danos passou a ser vislumbrada como uma estratégia na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, lançada pelo Ministério da Saúde. O foco dessa Estratégia Pública de Saúde não se assentou exclusivamente sobre os Programas de redução de danos e as ações de trocas de seringas, mas sim na constituição de ações de redução de danos que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS, em especial, os serviços de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, e os serviços de atenção primária à saúde da Estratégia Saúde da Família.

Em 2006, a divulgação e implementação da Política nacional de Promoção da Saúde vieram reforçar as ações de atenção ao usuário de drogas. A intersetorialidade e a atenção integral são importantes elementos para a concretização dessa política. Preconizou-se, então, o desenvolvimento de iniciativas preventivas e de redução de danos para o consumo de álcool e outras drogas que envolvessem a co-responsabilização e autonomia da população.

5.2 AMBIENTES DE TRATAMENTO

Os ambientes de tratamento podem ser agrupados de acordo com a proposta de internação especializada ou não. Seguem abaixo os principais modelos:

5.2.1 INTERNAMENTO

No Brasil, após as grandes crises da institucionalização da loucura, como violências nos manicômios e da mercantilização da loucura, são criadas respostas à sociedade. Desta feita,

começou a formação de política antimanicomial no Brasil⁸, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais que redireciona o modelo assistencial em saúde mental (GIMBA, 2013).

Conforme o autor acima, é no contexto da promulgação e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Importante esclarecer que a internação (voluntária, involuntária ou compulsória) só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

De acordo com Gimba (2013), quanto à *internação voluntária*, a pessoa que solicita deve assinar sua admissão, mas o término da internação deve ser assinado pela pessoa ou pelo médico que está acompanhando. Sobre a *internação involuntária* que poderá ser feita por solicitação de familiar ou responsável legal ao médico assistente e, no prazo de setenta e duas horas, comunicará ao Ministério Público. A *internação compulsória* pode ser determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Agora com o surgimento do crack, as bandeiras favoráveis ao isolamento voltaram a tremular com muitos simpatizantes, através de legitimação de poderes da União. Portanto, deve-se olhar com ponderação, analisando os pontos positivos e negativos, não adotando posturas maniqueístas e ideológicas extremadas do “a favor” ou “contra”. Sabe-se que os resultados dos tratamentos ainda são incipientes e contraditórios, às vezes, tem-se a sensação de uma disputa de cabo de guerra, onde grupos de opiniões divergentes puxam para lados opostos e, na realidade, deveriam estar na mesma direção. Claro que a discussão ajuda ao crescimento e ao aperfeiçoamento de percepções. No entanto, o temeroso é o posicionamento oportunista e parcial de alguns grupos. Assim, quem acaba perdendo é a sociedade como um todo (GIMBA, 2013).

Para o autor acima, o ponto mais complexo é saber qual o momento da internação, quem deve e se devem ser internado, pois não se deve colocar todos no mesmo “saco”, pois cada

⁸ Lei Nº 10.216, de 2001.

tratamento deve ser individualizado e analisado por profissionais especializados, e não por pessoas com vícios de conhecimento, contaminados pelo senso comum, ou pior, com objetivos mercantilistas. Assim, definir o modelo mais adequado para os indivíduos usuários/dependentes vai depender do seu grau de comprometimento com a droga, pois existem aqueles que são apenas usuários, ou seja, uso de forma esporádica, num contexto recreativo; no caso do crack, é mais difícil existir este tipo de usuário.

Neste contexto, o novo modelo hospitalar, cada vez mais em vigor, está voltado, sobretudo, para o manejo de crises agudas e para a desintoxicação. A duração média preconizada é de duas a quatro semanas, tempo minimamente desejável para que os usuários possam ser avaliados quanto à presença de dependência e de outras comorbidades, para que participem de atividades capazes de motivá-los para o tratamento e para que a família possa ser localizada, ouvida, orientada e sensibilizada, com o intuito de se elaborar um plano de tratamento minimamente eficaz (MOREIRA, 2012).

Conforme Gimba (2013), o sucesso desta iniciativa, como qualquer intervenção médica responsável, depende do acerto entre a medida usada e as necessidades do paciente. Qualquer atividade de atenção e reinserção social exigem a observância de princípios legais, como o respeito ao dependente de drogas ou álcool, a definição de projeto terapêutico individualizado e o atendimento, ao doente e a seus familiares, por equipes multiprofissionais. Esta alternativa, de caráter extremo, deve ser sopesada por equipe profissional habilitada, de acordo com o grau de dependência do paciente, com a gravidade dos transtornos que ele apresenta suas peculiaridades socioculturais, o nível de comprometimento familiar na busca da cura, a insuficiência de medidas anteriores menos agressiva etc.

Por isso que se deve desvestir de paixões, pois a internação é, quase sempre, invocada pela família como o primeiro e único recurso para saída da crise gerada pelo comportamento de um de seus membros, E, no entanto, o tratamento somático e psicossocial bem realizado, no plano doméstico ou ambulatorial, é capaz de inibir o uso das drogas lícitas ou ilícitas, manejarem a fissura, orientar sobre as possíveis recaídas e recuperar pessoas (GIMBA, 2013).

Para o mesmo autor, em outro olhar, há casos que a internação é a única ou última possibilidade para um tratamento eficaz. Muitos são inaptos para tratar com a própria dependência e a nocividade de seu comportamento. E, mesmo quando alcançam esse entendimento, não aceitam qualquer tipo de ajuda. Atribuem a ideia de intervenção alheia, normalmente sob a forma de internação, a desvarios de quem a sugere. A insistência nesta tecla

potencializa a agressividade dos dependentes e gera episódios agudos de crise. Paralelamente, a desorientação dos familiares desemboca, quase sempre, na resposta igualmente violenta (berço de grandes tragédias familiares), na omissão (o doente recebe o anátema de “caso perdido”) ou na busca desesperada pela internação compulsória, tábua de salvação idealizada para o dependente e demais pessoas que com ele convivem.

Para os dependentes químicos, principalmente os usuários de crack, a postura refratária ao tratamento e a resistência integra o quadro da doença. Por isso, dependendo do caso, o internamento compulsório ou involuntário, pode ser considerado uma possibilidade. Mas esse tratamento deverá ser efetuado com intuito de tirar o usuário da crise compulsiva e não prolongar o tratamento, pois sugere-se que o dependente de crack deva aderir ao tratamento, senão poderá estar fadado ao insucesso (GIMBA, 2013).

De acordo com o pensamento do autor acima, no cortejo entre os direitos constitucionais do cidadão e a imperiosa necessidade de tratamento, a legislação permite que o juiz, com auxílio firmado por médicos peritos, possibilite ou imponha a internação. É o que alguns denominam “justiça terapêutica”. Agora, transformar as políticas públicas já previstas na legislação positivada em exequíveis, demandam algumas dificuldades para a sua efetivação. A primeira delas diz respeito às vagas nos estabelecimentos públicos adequados ao tratamento. As redes dos serviços de saúde pública têm obrigação legal de desenvolver programas de atenção aos usuários e dependentes de drogas, seja de forma direta, seja de forma indireta, destinando recursos às entidades da sociedade civil que não tenham fins lucrativos e que atuem neste setor. Todavia, há evidente negligência no cumprimento desta obrigação, o que redundará em permanente carência de vagas para internação. Mesmo havendo determinação judicial, não são curtos os períodos de espera dos que necessitam de tratamento.

Conforme Gimba (2013), em razão disso, cresce o número de decisões obrigando o poder público a custear internações em serviços da rede privada de atendimento. Algumas dessas entidades recebem recursos de órgão federal (Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD) e se obrigam a prestar assistência gratuita a quem necessita. Além das vagas, os estabelecimentos devem estar devidamente aparelhados para receberem as pessoas, a fim de não criarem amontoados de doentes, precisando de atendimento. Outra situação é o acompanhamento por profissionais devidamente habilitados em lidar com esse público, pois as exigências são bem específicas.

Os *internamentos voluntários* são escolhidos pelos usuários e/ou dependentes de drogas que reconhecem o problema de saúde, sentem-se incapazes de resolvê-los sozinho e pedem ajuda, por livre e espontânea vontade. Desvantagens: apesar de ser da própria vontade do paciente, há a necessidade de aliar outros serviços e intervenções terapêuticas voltados ao tratamento de álcool e outras drogas; resistências e sentimentos de autosuficiência podem atrapalhar o andamento da recuperação do paciente e este pode pedir para ir embora a qualquer momento, mesmo quando a equipe terapêutica percebe que o mesmo não está preparado para a alta.

Os *internamentos involuntários* são utilizados por usuários e/ou dependentes de drogas com riscos de vida graves, tanto para si como para outrem. Geralmente, a iniciativa do internamento parte dos familiares e/ou responsáveis pelo usuário e/ou dependente químico. Os objetivos do *internamento involuntário*, usualmente praticados por Hospitais Psiquiátricos e Clínicas de Tratamento com internações prolongadas são: a preservação da vida, a desintoxicação e a sensibilização para aceitar a dependência química enquanto doença. Sua finalidade última é promover a conscientização para a ressignificação da vida do ser humano.

Ainda com relação ao internamento involuntário, da mesma forma que uma pessoa em sua consciência decide sobre si, é a família que decide sobre um parente com transtorno mental que o priva de entendimento. O médico, entretanto, decide nos casos em que não há família no momento ou se o risco da não internação é extremo. Nesse último caso, a alta pode ser recusada. No tratamento involuntário, existe a necessidade do serviço especializado de comunicar o Ministério Público da internação e da alta dos pacientes e, além do evento da alta médica, fica claro na lei que os responsáveis legais têm o direito de retirar o paciente (BARROS & SERAFIM, 2009).

Os mesmos autores acima afirmam que se um paciente tem a capacidade de discernimento preservada, ele pode aceitar se tratar ou não (a não ser que isso implique iminente risco de morte). A internação involuntária existe em psiquiatria porque tal capacidade por vezes falta ao paciente. Quando isso ocorre, alguém toma em suas mãos as deliberações sobre a vida dele, analogamente ao caso das pessoas interditadas.

Agora sobre os *internamentos compulsórios*, eclodiu na década de noventa, no Brasil, inicialmente em São Paulo, o uso de crack, importado dos guetos dos Estados Unidos da América (EUA). Fruto das mazelas sociais, como ausência de moradias, saneamento básico, saúde e, principalmente, educação. Criou-se, desta feita, um ambiente propício para germinar,

brotar e crescer, espalhando-se pelas cidades brasileiras, a exemplo de Salvador/Bahia, como se fosse “fogo em capim seco”. Portanto, hoje se depara com mais um grande problema social: os usuários e usuárias de cocaína/crack, mobilizando vários ramos das ciências conforme já relatado anteriormente, possibilitando olhares com diferentes vieses, não havendo consenso entre os especialistas na abordagem desse fato social quanto ao internamento compulsório (GIMBA, 2013).

Segundo o autor acima, a discussão tomou maior vulto diante dos internamentos compulsórios dos dependentes de cocaína/crack no Rio de Janeiro e em São Paulo, trazendo a tona debates com várias justificativas pessoais e sociais. As argumentações favoráveis asseveram que a internação compulsória se dá pelo fato que os usuários de crack são gravemente dependentes, ávidos e compulsivos. Aqueles que atingem esse padrão se voltam completamente para o consumo da droga em detrimento dos outros campos de suas vidas, expõem-se facilmente a contextos violentos e corre um risco de morte considerável, sem nunca cogitarem a possibilidade da mudança. Os governantes justificam que essa é uma questão de saúde pública e não geral.

Por outro lado, os especialistas contrários à internação compulsória, afirmam que ela não recupera nem 5% dos internados e garantem que é um fracasso como modelo do internamento para os dependentes químicos. Argumentam, ainda, que a internação compulsória expõe o caráter repressivo do recolhimento. No entanto, são favoráveis ao tratamento ambulatorial ou via Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-AD), de álcool e drogas, ainda que apresentem dados não tão superiores. Mas acreditam que podem oferecer melhores perspectivas para os dependentes de cocaína/crack (NASSIF, 2012).

Em Salvador/Bahia, é possível observar uma ampliação de clínicas especializadas para tratamento da dependência química através de internamentos, além dos dois principais hospitais psiquiátricos privados e um público já existentes. Na capital, mapeia-se uma clínica privada e, em Camaçari, três outras clínicas também privadas, sendo que uma delas - a clínica deste estudo - é a única que contém as duas modalidades de internamento (voluntário e involuntário).

5.2.2 COMUNIDADE TERAPÊUTICA

No Brasil, em 30 de maio de 2001, a diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados de atenção às pessoas com transtornos

decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, adotou a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 101/01, que estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento das Comunidades Terapêuticas – Serviços de Atenção a Pessoas com Transtornos Decorrentes de Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas (SPA), segundo Modelo Psicossocial (ANVISA, 2001).

O regulamento oferece a seguinte conceituação de comunidade terapêutica: “São serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial; são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e esteticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como comunidades terapêuticas” (ANVISA, 2001).

As comunidades terapêuticas contemporâneas vêm paulatinamente associando sua experiência de recuperação, baseada na espiritualidade e na filosofia dos doze passos, com modelos psicológicos de orientação cognitivo-comportamental, como a prevenção da recaída, e a psicodinâmica. Profissionais especializados, entre eles médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, vêm sendo absorvidos pelo modelo. Novas técnicas, como o aprendizado social e o treinamento de habilidades, foram instituídas em alguns lugares. Houve maior investigação científica acerca de sua eficácia, dos pacientes mais indicados para esse ambiente de tratamento, do papel dos profissionais envolvidos etc., um modelo disponível, eficaz e livre de estereótipos para tratar os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (LEON, 2003).

As Comunidades Terapêuticas no Brasil, com passar dos tempos, muitas delas passaram a ter profissionais especializados, médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais etc., que foram incluindo novas técnicas ao repertório terapêutico. Mas o que difere as Comunidades Terapêuticas das outras formas e ambientes de tratamento é a abordagem comunitária como instrumento primário e facilitador do crescimento e da mudança individual. Enquanto existem instituições com bom padrão de serviços e organização, noutras predominam

aspectos negativos, como por exemplo, o fundamentalismo religioso, a exploração de trabalho sob a égide do conceito da “laborterapia”, a gestão por grupos focados no lucro ou por indivíduos com mentes pouco sadias (DAMAS, 2013).

Segundo Damas (2013), estima-se que em algumas regiões do Brasil, até 80% das pessoas com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias realizem tratamento em Comunidades Terapêuticas. No entanto, existem obstáculos ao bom funcionamento das comunidades terapêuticas como, por exemplo, o interesse financeiro e a busca de lucro, quando estes se mostram acima da motivação e do comprometimento de fazer um bom trabalho. Em suma, constata-se que, paralelamente à política atual de fechamento de leitos psiquiátricos, existe uma política pública de incentivo aos leitos em comunidades terapêuticas que merecem atenção devido a grande relevância do problema das drogas na atualidade. Na Bahia, atualmente, observa-se um crescimento das comunidades terapêuticas, mas com certa dificuldade para mapeá-las por não se enquadrarem aos regulamentos propostos pela ANVISA.

5.2.3 ENFERMARIA ESPECIALIZADA

A enfermaria especializada é um serviço voltado ao atendimento de pacientes com problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas, construída e organizada segundo a necessidade de avaliação, acompanhamento médico – vinte e quatro horas por dia – e trabalho multidisciplinar intensivo, incluindo atividades ocupacionais, de desenvolvimento de redes sociais e de prevenção de recaídas. Habitualmente, tais enfermarias têm programas específicos, equipe especializada em dependência química, tempo previamente determinado de internação e protocolos de encaminhamento específicos. Desse modo, representam alternativas aos hospitais psiquiátricos tradicionais, pois evitam internações prolongadas, que aumentam o risco de isolamento e perda de habilidades, de vínculos sociais e de cidadania (FERREIRA *et al*, 2005). Na Bahia, as enfermarias especializadas são poucas e, geralmente, instaladas dentro dos hospitais psiquiátricos já existentes.

A enfermaria especializada é um modelo adequado e aplicável a muitas situações e momentos do tratamento dos usuários de substâncias psicoativas, apesar de ainda ser considerada por muitos a “última opção depois que nada funcionou”. Ao contrário, pode ser um ambiente propício para uma internação breve (menos de sete dias), em momentos de crise

motivacional, com iminência ou mesmo vigência de recaída, possibilitando o reestabelecimento imediato da abstinência, com prejuízos mínimos aos vínculos afetivos e profissionais; um espaço adequado e tradicionalmente utilizado para desintoxicação com planejamento psicossocial concomitante para o pós-alta – e, por isso, mais eficaz que a desintoxicação realizada em hospital geral; por fim, uma opção para resolver crises potencialmente danosas ao paciente e ao seu grupo de convívio – como o fracasso em interromper o uso de drogas durante a gravidez. A ruptura com a família e expulsão do lar em razão do consumo, ou comportamentos compulsivos de alto risco, como troca de sexo por drogas ou crimes aquisitivos, além de outros (EDWARDS *et al*; 2005).

5.2.4 MORADIA ASSISTIDA PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

Problemas agudos com moradia – violência e conflitos em família, abandono, expulsão ou despejo – comprometem seriamente o prognóstico do tratamento. Nesse sentido, a moradia assistida é um equipamento de grande utilidade para o suprimento de tais necessidades. Em primeiro lugar, porque oferece o apoio logístico essencial à subsistência do paciente – a falta de moradia é uma situação altamente estressante, que pressiona e desorganiza o paciente, deixando-o pouco disponível para planejar sua abstinência, enfrentar os problemas relacionados ao consumo e preparar seu futuro. Em segundo lugar, proporciona oportunidade de convívio com outros indivíduos em ambientes normatizados e livres de álcool, tabaco e outras drogas. Por fim, fortalece a motivação do paciente em manter-se abstinente e, desse modo, apto a permanecer nesse ambiente, usufruindo dos ganhos relacionados à sua abstinência bem-sucedida (RIBEIRO, 2010).

De acordo com Ribeiro (2010), esses ambientes terapêuticos são normalmente complementares e estão ligados a um programa principal, geralmente sediado em uma unidade ambulatorial ou de hospital-dia. Para terem o direito de permanecer ali, os moradores devem se manter abstinente e dispostos a viver em um contexto semi-independente, com regras criadas em comum acordo com outros moradores, com o intuito de prepará-los para uma vida inteiramente independente, na comunidade. Os ambientes de apoio à moradia melhoram a permanência [“retenção”] ao tratamento ambulatorial, diminuindo significativamente o abandono precoce.

Apesar de ratificado nos Estados Unidos, Inglaterra e outros países europeus, o sistema das Moradias Assistidas ainda é pouco utilizado no Brasil (a exemplo do estado da Bahia), talvez em decorrência de o modelo médico de recuperação ser mais frequente, dificultando políticas públicas que considerem outras abordagens, como o modelo social de recuperação para implantação de novas práticas (EDWARDS *et al*; 2005).

Segundo Edwards *et al* (2005), por ser uma opção de baixo custo, as moradias assistidas poderiam ser totalmente viáveis para a realidade brasileira. Propostas como um modelo de residência em etapas para melhorar a eficácia do sistema, como a segmentação em programas exclusivos para o tratamento de cada substância e dividida por gêneros, a fim de melhorar a adesão e a motivação dos residentes, seriam interessantes.

5.2.5 HOSPITAL-DIA

Os serviços de internação parcial para dependência química, entre os quais se encontra o hospital-dia, são equipamentos de saúde altamente estruturados, baseados na comunidade e com inúmeras possibilidades de atuação. Há duas modalidades de hospital-dia mais recorrentes, que podem aparecer isoladas ou combinadas: (1) programas de atenção que visam a apoiar e potencializar tratamentos psiquiátricos e psicológicos ambulatoriais em andamento; (2) e centros que oferecem todo o tratamento de forma estruturada (RIBEIRO, 2010).

Tecnicamente, trata-se de um serviço de transição, podendo funcionar como uma opção mais intensiva em relação ao atendimento ambulatorial, ou menos em relação à internação hospitalar. Sendo assim, sua natureza intermediária coloca-o constantemente em risco de subutilização, tendo em vista o desconhecimento de suas indicações e a cultura arraigada de internação integral. Apesar disso, este serviço tem trazido boas propostas para o tratamento de pacientes dependentes químicos que necessitam de uma supervisão mais constante, oferecendo um programa similar ao hospital, porém com menos restrições. Alguns requisitos para o funcionamento eficaz deste ambiente de tratamento é estar integrado a um sistema organizado de atenção emergencial ou de internação integral (RAIMUNDO *et al*; 1994). Na Bahia, tem crescido o número de hospitais dia, privados, como opções de tratamentos intermediários para dependentes químicos e transtornos mentais por serem, geralmente, eficazes e com menos custo de manutenção em relação aos internamentos.

5.2.6 AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Uma unidade ambulatorial especializada é um centro de tratamento multidisciplinar, composto de médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e educadores. Todos esses profissionais estão preparados para diagnosticar e acompanhar casos de maior gravidade, estando familiarizados com as abordagens mais específicas para a dependência química, dentro de suas respectivas áreas de atuação. Esses serviços funcionam como referência para as unidades primárias de saúde e hospitais gerais e psiquiátricos. Também podem estar preparados para promover atividades de pesquisa, ensino, capacitação e prevenção. Desse modo, constituem não apenas um referencial terapêutico, mas também acadêmico e de saúde pública (EDWARDS *et al.*, 2005).

O ambulatório é um ambiente que permite diferentes níveis de atendimento. Desse modo, mostra-se adequado tanto para pacientes que necessitam de cuidados pontuais, por vezes com frequência mensal, quanto para os que precisam de cuidados intensivos, muitas vezes em regimes quase diários, tal qual o modelo do hospital-dia. O ambulatório também é apropriado para o tratamento de longo prazo de um mesmo usuário, provendo a ele um ambiente estável e viável, independentemente da gravidade e das oscilações de seu quadro. Não há critérios de inclusão formais para o tratamento ambulatorial. No entanto, mostra-se mais adequado aos pacientes capazes de comparecer com assiduidade às sessões e atividades programadas e de alterar seus próprios comportamentos, tornando-se mais assertivos no enfrentamento das situações de risco e crises (WASHTON, 1998).

O Brasil, assim como a Bahia, possui ambulatórios especializados para o tratamento da dependência química há mais de duas décadas. Inicialmente, essas unidades existiam apenas nos grandes centros urbanos, quase sempre vinculadas às universidades, servindo também como instrumento de pesquisa para o tratamento da dependência química, mas como capacidade reduzida para satisfazer as demandas de saúde pública da população em geral. Naquela ocasião, os pacientes eram atendidos em ambulatórios de saúde mental ou internados em hospitais psiquiátricos gerais cuja estrutura era voltada àqueles com transtornos do humor ou esquizofreniformes, deixando-os completamente desassistidos pelo poder público (BRASIL, 2010). Atualmente, no estado da Bahia, os ambulatórios especializados para tratamento da dependência química podem ser encontrados nas universidades, hospitais, clínicas privadas e nas unidades primárias de atendimento à saúde.

5.2.7 AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-AD)

Através da atualização do Decreto⁹, organiza a rede de assistência geral do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo dessa vez, entre os demais serviços de saúde, os Serviços de Atenção Psicossocial. O instrumento que cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é a Portaria¹⁰, divulgado seis meses após o citado Decreto. É importante saber que tal Portaria veio à baila no bojo do estardalhaço midiático sobre as crackolândias, do aumento da incidência de usuários de crack e da especificidade e dificuldade clínicas relacionadas ao uso do crack. Os Decretos Federais 7.179 de 20/05/10 e 7.637 de 08/12/11 são específicos sobre o crack, cognominados de “Ação para enfrentamento do crack”. Quinze dias após esse último, foi divulgada a Portaria citada acima que, de fato, implanta a RAPS (Art. 5º e 6º), constituída de sete pontos: 1) *Atenção Básica em Saúde*; 2) *Atenção Psicossocial Especializada*; 3) *Atenção de Urgência e Emergência*; 4) *Atenção Residencial de Caráter Transitório*; 5) *Atenção Hospitalar*; 6) *Estratégias de Desinstitucionalização* e 7) *Reabilitação Psicossocial*.

Tais pontos, principalmente na *Atenção Residencial de Caráter Transitório* (internação por 6 e 9 meses), estão relacionados com a especificidade clínica do uso do crack, trazida pela fissura ou “*craving*”, encontrada no crack em quantidade incomparável com as demais SPA’s.

Enquanto a *Atenção Psicossocial* é composta por Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades, abaixo discriminadas:

- Os *Centros de Atenção Psicossocial I* (CAPS I) têm como objetivo atender as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;
- Os *Centros de Atenção Psicossocial II* (CAPS II) buscam atender as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes;

⁹ Decreto LOS 8.080/92

¹⁰ Portaria GM/MS 3.088 de 23/12/11

- Os *Centros de Atenção Psicossocial III (CAPS III)* visam atender as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes;
- Os *Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)* atendem adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes;
- Os *Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III)* atendem adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.
- Os *Centros de Atenção Psicossocial i (CAPS i)* atendem crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

Conforme Brasil (2010), o CAPS-AD é um serviço de atenção ambulatorial diária, totalmente voltado ao atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. O serviço está indicado para municípios com mais de 70 mil habitantes, com funcionamento nos dias úteis, das 8 às 18 horas. Além de ser uma unidade terapêutica especializada, também é responsável pelo gerenciamento da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas de sua região. Está incumbido, ainda, da supervisão e da capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais. Os CAPS possuem equipe multidisciplinar e opções diversificadas de serviços, que os colocam em uma posição intermediária entre o ambulatório exclusivamente dedicado ao atendimento clínico e as unidades comunitárias ou hospitais-dia.

Recentemente, foram criados os CAPS – AD 24 horas, que, além dos serviços disponibilizados e das responsabilidades de gestão realizadas pelo CAPS – AD regular, funcionam diariamente de modo ininterrupto, inclusive nos feriados e finais de semana. Esse tipo de equipamento de saúde está indicado para municípios com 200 mil habitantes ou mais. O custeio segundo Ministério da Saúde (MS) é de 78.800,00/mês, além do custeio da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB) é de 70.000/mês. Os impasses infraestruturais se devem ao atual Pacto Federativo (BRASIL, 2010).

Para o mesmo autor acima, os CAPS – AD representaram um avanço inquestionável para o tratamento dos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. No entanto, esse serviço altamente especializado e dotado de especificidades não é suficiente e eficaz para tratar todas as necessidades dos dependentes químicos. Desse modo, excetuando-se os pacientes com indicação para esse modelo de atendimento, ficam de fora os usuários refratários às abordagens ambulatoriais, bem como os casos de gravidade moderada, que necessitam mais de equipamentos de apoio psicossocial do que de supervisão especializada. Além disso, uma parte considerável da rede atual de CAPS ainda possui precariedades marcantes, como inexistência de retaguarda para internação psiquiátrica ou emergências médicas, falta de integração com outros serviços de apoio social, ausência de capacitação profissional e insuficiência do quadro pessoal. Desse modo, há necessidade de aprimorar esse modelo de tratamento e criar outros equipamentos de saúde, uma vez que as demandas dos pacientes são mais bem atendidas quando diferentes ambientes de tratamento são combinados numa rede de serviços de atendimento. Atualmente, estas políticas públicas vêm funcionando em todo o estado da Bahia, apesar de alguns ambulatórios em determinados locais apresentarem mais dificuldades do que outros, conforme problemas já citados acima.

5.2.8 CONSULTÓRIO DE RUA

O Consultório de Rua (CR) é parte integrante do *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas* (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial¹¹, o qual constitui importante dispositivo público componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental. Tendo como escopo atender pessoas em estado de vulnerabilidade, crianças e adolescentes em

¹¹ Decreto Presidencial Nº 7.179 de 20 de maio de 2010.

situação de risco e fragilidade social, através da atuação de uma equipe profissional multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e redutores de danos, este é o principal objetivo, que utiliza como suporte um ambulatório móvel que vai até os locais onde se concentra o público-alvo do projeto. E, como a sua principal característica, oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sócio-cultural da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A inspiração veio quando Antônio Nery Filho, no início dos anos 90, então doutorando de Sociologia, em Paris, conheceu a ONG Médicos do Mundo, organização francesa formada por profissionais de saúde que atendem pessoas em situação de vulnerabilidade social, como moradores de rua e profissionais do sexo, através de um ônibus equipado como clínica. Entende-se por vulnerabilidade social a condição dos grupos de indivíduos que estão à margem da sociedade, ou seja, pessoas ou famílias que são excluídas socialmente, principalmente por fatores socioeconômicos (OLIVEIRA, 2009).

Para Oliveira (2009), as pessoas que são consideradas “vulneráveis sociais” são aquelas que não têm representatividade na comunidade, geralmente dependem de auxílios de terceiros para garantirem a sua sobrevivência. Algumas das principais características que marcam este estado são as condições precárias de moradia e saneamento, os meios de subsistência inexistentes e a ausência de um ambiente familiar, por exemplo. Todos esses fatores compõem o estágio de risco social, ou seja, quando o indivíduo deixa de ter condições de usufruir dos mesmos direitos e deveres dos outros cidadãos, devido aos desequilíbrios econômicos e sociais instaurados.

No conjunto da população em situação de rua, insere-se um sem números de usuários de substâncias psicoativas, que ocupam o espaço público como uma forma de habitar o universo mais próximo da rede de sociabilidade em torno do consumo de drogas. Muitos não foram para a rua com o propósito de usar, mas, estando no contexto da rua, passam a utilizar drogas como meio de inserção no grupo de rua, visto a desagregação familiar e social que já ocorreu (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No final da década de 90, houve renovação do centro histórico, onde vieram os turistas, com eles os moradores de rua atraídos pela possibilidade de receber pequenas contribuições e esmolas. Dentre esses subgrupos, as crianças e adolescentes constituem uma parcela importante dos excluídos sociais. Convivendo em lares impregnados de violências concretas e subjetivas, inúmeras crianças saem às ruas em busca do alívio das tensões familiares ou de ajuda financeira

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Coincidiu com a chegada do crack, provocando o aumento da gravidade dos riscos e vulnerabilidade observados no dia a dia dos meninos e meninas, para manter o uso compulsivo da drogas (GIMBA, 2013).

A Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social do Município buscou uma forma mais adequada de solucionar o problema das crianças, sem a alternativa de retirada compulsória dessa população. A partir deste contexto histórico foi feita uma parceria com o CETAD/UFBA, com a disponibilização de recursos que puseram em prática o Consultório de Rua, na tentativa de uma aproximação e abordagem mais flexível e adequada a este público específico (OLIVEIRA, 2009).

No decorrer dos oito anos seguintes, houve apoio do Ministério da Saúde, Secretaria Nacional Sobre Drogas – SENAD, Secretaria de Combate à Pobreza e Secretaria do Trabalho e Ação Social do Governo do Estado da Bahia (OLIVEIRA, 2009). Desde a experiência inaugural do primeiro Consultório de Rua de Salvador, esse projeto vem sofrendo ajustes conforme a dinâmica das exigências específicas do público alvo, ou seja, da população com vulnerabilidades sociais (GIMBA, 2013).

Em maio de 2004, o Consultório de Rua foi implantado no primeiro CAPS/AD de Salvador, seguindo até dezembro de 2006. Diante ao grave cenário do uso de álcool e outras drogas por parte de uma população historicamente excluída, que tem a “rua” como seu lugar de existência em várias fases de sua vida, o Ministério da Saúde ampliou as ações de enfrentamento com a implantação de 35 Consultórios de Rua, em 31 cidades brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para o Ministério da saúde, o Projeto de Consultório de Rua do SUS (PCR) para ter êxito, dependerá que a equipe se identifique com a causa, com o modelo de atenção focado no sujeito, ademais dependerá do apoio do município, ou seja, vontade política e acima de tudo com práticas humanizadas à população em situação de rua (GIMBA, 2013).

5.3 TÉCNICAS DE TRATAMENTO

A seguir, serão apresentadas as diversas técnicas de tratamento utilizadas, geralmente, na recuperação da dependência química na maioria dos ambientes já discutidos acima, inclusive nos serviços disponibilizados no Brasil e no estado da Bahia.

5.3.1 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Os termos terapia cognitiva (TC) e terapia cognitivo-comportamental (TCC) são usados como sinônimos tanto para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo como para um grupo de técnicas que combinam abordagens cognitivas e um conjunto de procedimentos comportamentais. A TCC inclui tanto a TC-padrão quanto as combinações teóricas de estratégias cognitivas e comportamentais (BECK, 2005). Vale ressaltar que terapias com abordagens que enfoquem somente a mudança de comportamento e outras estritamente voltadas à mudança cognitiva não são consideradas TCCs.

A TC foi fundada por Aaron T. Beck, psiquiatra psicanalista, no início da década de 1960 (BECK, 1997), objetivando solucionar problemas atuais. Ao estudar pacientes deprimidos, Beck observou que eles apresentavam uma visão distorcida e negativa de si mesmos, do mundo e do futuro. Assim, formulou a hipótese de que tal tríade cognitiva seria decorrente de esquemas cognitivos disfuncionais negativos, rígidos e muitas vezes não realísticos, formados durante a infância. Coerentemente com essas idéias, desenvolveu uma teoria fundamentada, coesa e consistente, que exerce um forte impacto tanto na formulação de novos modelos etiológicos para os transtornos mentais como para os tratamentos (CORDIOLI & KNAPP, 2008). Segundo os preceitos da TC, uma psicoterapia breve e estruturada foi sendo desenvolvida com o objetivo de solucionar problemas e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais.

5.3.2 PSICOTERAPIA DINÂMICA

A psicoterapia dinâmica para dependência química é uma adaptação de técnicas originariamente desenvolvidas para outros modelos de tratamento, como a ansiedade e a depressão. Ela envolve um trabalho sistemático e intensivo com o dependente, na tentativa de compreender os elementos psicológicos relacionados ao início ou à manutenção de uso de substâncias psicoativas. Desta forma, o terapeuta utiliza-se de técnicas originárias da psicanálise para desenvolver com o paciente um aumento de sua capacidade de compreensão de si e de seu mundo interno. Os principais objetivos deste modelo de psicoterapia são: aquisição e manutenção da vida abstinente da substância (incluindo a capacidade de lidar com a frustração, decorrente da falta do prazer de consumir substâncias psicoativas); aquisição ou

recuperação de mecanismos psicológicos que ficaram disfuncionais ou não foram devidamente desenvolvidos em função de sua dependência (CRUZ, 2009).

Para o mesmo autor acima, é necessário saber o momento adequado para iniciar a psicoterapia para dependentes de drogas, que deve ser iniciada com o paciente já desintoxicado. O foco da psicoterapia incide no momento em que o paciente está estabilizado, do ponto de vista clínico, e já manifestou alguma tentativa de interrupção do uso de drogas, com auxílio técnico ou não. É impossível iniciar uma psicoterapia de forma adequada com o paciente intoxicado, ou ainda manifestando sintomas agudos de desintoxicação. Os objetivos da psicoterapia para dependentes de drogas são: abstinência, elaboração de vivências traumáticas, redefinição de valores, mudança nos padrões de relacionamento pessoal e compreensão de suas próprias sensações.

Nem todos os pacientes têm indicação para este tipo de psicoterapia. Em especial, alguns pacientes com grave comorbidade psiquiátrica (graves doenças mentais ou perturbações severas de personalidade) podem não se adaptar a este formato de tratamento. É fundamental que o profissional identifique se isto está acontecendo, para que um tratamento paralelo (por exemplo, farmacoterapia) seja iniciado, ou para que o paciente seja encaminhado a outro tipo de atendimento (CRUZ, 2009).

5.3.3 PREVENÇÃO DA RECAÍDA E TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS

O *programa de prevenção da recaída* (PR) em conjunto com o *treinamento de habilidades sociais* (THS) é coadjuvante importante e integrado a um tratamento eficaz da dependência química. PR é eficaz para pacientes dependentes químicos, diminuindo o risco do consumo da droga por seus participantes e ajudando-os a desenvolver habilidades para identificar situações de vulnerabilidade, evitar situações de alto risco e utilizar estratégias de enfrentamento compatíveis com o desejo de permanecer abstinentes (CARROLL & RAWSON, 2009).

PR é um programa de técnicas e estratégias de enfrentamento cujo objetivo fundamental é ensinar o indivíduo a autogerenciar suas situações de risco e estados emocionais, evitando stressá-lo, o que pode levá-lo a consumir substâncias psicoativas, interrompendo a abstinência.

O método foi desenvolvido com a finalidade de manter a mudança alcançada no curso do tratamento (MARLATT & GORDON, 1993).

O THS foi desenvolvido com o intuito de aumentar a assertividade do paciente no manejo das situações do seu cotidiano, especialmente as mais estressantes e propiciadoras de recaídas (SILVA & SERRA, 2004). O THS preconiza que se houve perda ou prejuízo na aquisição de habilidades sociais, tais déficits devem ser levantados e trabalhados objetivamente. Além disso, o envolvimento com o uso de substâncias psicoativas não ocorre apenas neurobiologicamente, mas, principalmente, por meio da estruturação de vínculos sociais e rotinas de consumo que passam a pressionar o indivíduo para o uso contínuo, em detrimento dos outros campos de sua vida. Para esse fenômeno, o THS propõe identificar as situações de risco e consolidar estratégias de esquivas e recusa das situações de consumo (BOTVIN & WILLS, 1985).

5.3.4 ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A entrevista motivacional (EM) foi desenvolvida em meados da década de 1980 para auxiliar a mudança de comportamento em consumidores de álcool (MILLER, 1985). A abordagem motivacional é uma intervenção de assistência direta, centrada no paciente, com o intuito de aumentar a motivação para a mudança do comportamento problema, resolução e exploração da ambivalência, supressão de comportamentos disfuncionais e desenvolvimento de padrões mais adaptativos. As estratégias da EM são mais persuasivas do que coercivas, mais empáticas e apoiadoras do que confrontantes, tendo como principal objetivo aumentar a motivação intrínseca para a mudança, longe de qualquer imposição ou direcionamento vindos de fora (RUBAK *et al.*, 2005).

A EM pode ser combinada com abordagens de outros referenciais teóricos – como prevenção da recaída e treinamento de habilidades sociais -, integrada à estratégia de diferentes modelos de intervenção e adaptada para ser utilizada em diferentes ambientes de tratamento. A formação de profissionais para trabalhar com o método motivacional é mais rápida, se comparada a abordagens cognitivas ou psicodinâmicas. Além disso, todos os profissionais da área de saúde – ou mesmo os de fora dela – podem ser capacitados a aplicá-la, respeitando as competências de cada papel profissional e a complexidade de cada serviço (PILLING *et al.*, 2010).

De maneira geral, os estudos de intervenções clínicas com EM observaram reduções significativas no uso de substâncias e melhora global da qualidade de vida. As abordagens cognitivas e baseadas em teorias de aprendizado social parecem ser mais estruturantes para dependentes químicos, o que justifica a combinação entre ambas. Desse modo, a EM é um estilo de tratamento para todas as horas e uma técnica que objetiva melhorar a prontidão para a mudança, que será então construída entre o paciente e os profissionais que o assistem, de acordo com as abordagens de eficácia cientificamente comprovada e que mais agrada.

Abaixo seguem os estágios motivacionais segundo Miller & Rollnick (2001):

Quadro 8 – ESTÁGIOS MOTIVACIONAIS

Pré-contemplação - O indivíduo sente-se no controle da situação, não percebe os prejuízos atuais ou potenciais nem cogita mudança. Essa fase é marcada pela resistência a qualquer orientação.

Contemplação - O indivíduo reconhece o problema (atual ou futuro) relacionado ao consumo, cogita a necessidade de mudar, mas também valoriza os efeitos positivos da substância e o quanto gosta e precisa dela. Trata-se de fase marcada pela ambivalência.

Preparação - O indivíduo reconhece o problema, sente-se incapaz de resolvê-lo sozinho e pede ajuda. Essa fase pode ser muito passageira, por isso é indispensável uma pronta abordagem e encaminhamento.

Ação - O indivíduo interrompe o consumo e começa o tratamento. A ambivalência, porém, o acompanhará durante todo o trajeto, o que justifica que seja acompanhado periodicamente por um longo período.

Manutenção - A manutenção da abstinência será sempre colocada em xeque pela ambivalência e pelos fatores de risco que o acompanham. É um período dedicado à prevenção da recaída.

Recaída - Fala-se em lapso quando o retorno ao consumo em uma situação de abstinência é pontual. O termo “recaída” refere-se ao retorno ao consumo, após um período considerável de abstinência. Recair não é “voltar à estaca zero”. Ao contrário, trata-se de uma fase em que o profissional e o usuário têm a oportunidade de aprender com os erros, para evitar recaídas futuras.

5.3.5 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A dependência, do ponto de vista estritamente biológico, é uma condição caracterizada pela saliência do desejo de consumir uma substância psicoativa, na vigência de respostas inibitórias ineficazes. O crescente detalhamento da circuitaria neuronal do cérebro e a construção de modelos neurobiológicos capazes de explicar os mecanismos envolvidos nos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas têm motivado a pesquisa por medicamentos cujos mecanismos sejam capazes de auxiliar no tratamento dessas condições. Os mecanismos de ação farmacológica propiciadores de abstinência são: redução da vontade, supressão da fissura, alívio dos sintomas de abstinência e diminuição/inibição do comportamento de busca (HEIDEBREDER & HAGAN, 2005).

O uso de medicamentos no tratamento da dependência química é considerado um dos princípios para o tratamento eficaz e deve focar tanto a tentativa de controle da dependência em si, como também as comorbidades psiquiátricas que são bastante frequentes nos pacientes em questão (NIDA, 2009).

No entanto, a situação atual da psicofarmacoterapia da dependência química não permite que esta ocupe papel de destaque no tratamento. A combinação da farmacoterapia com outras abordagens demonstra mais eficácia do que estratégias isoladas. O tratamento multidisciplinar é a melhor forma de intervenção nesses casos e permite uma resposta mais completa às necessidades dos usuários de drogas, que exigem abordagens mais intensivas e prolongadas (CARROLL, 2009).

5.4 TÉCNICAS DE MANEJO

As técnicas de manejo, a seguir, também são encontradas na grande maioria dos tratamentos para a dependência química no Brasil, a exemplo da Bahia.

5.4.1 MANEJO DA FISSURA

Um fenômeno de origem multifatorial requer um conjunto de abordagens terapêuticas que contemple suas particularidades. A experiência de fissura e os processos de condicionamento a ela associados são idiossincráticos. Desse modo, o manejo da fissura requer

um planejamento estratégico personalizado. O NIDA oferece um programa de manejo da fissura para ser realizado com os dependentes de cocaína. Inicialmente, é necessário (1) entender e descrever o desejo, (2) identificar o que o dispara, (3) evitar tais gatilhos ou lidar com eles e (4) desenvolver técnicas e práticas de controle. Tais metas são apresentadas aos pacientes logo no início do tratamento, pois o desejo é um problema de difícil compreensão para os dependentes. Episódios de desejo subjetivo intenso são, muitas vezes, relatados semanas e até meses após o início da abstinência (MARINHO *et al*, 2012).

5.4.2 MANEJO DO CONTROLE DAS EMOÇÕES E DOS IMPULSOS

Estudos mostram que mudanças cognitivas e comportamentais mediadas pela psicoterapia parecem alterar a ativação de circuitos cerebrais envolvendo o córtex pré-frontal, sugerindo a possibilidade de melhora em pacientes com transtornos psiquiátricos. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) abrange técnicas que permitem a regulação cognitiva de emoções. Pressupõe a relação entre pensamento, emoção e comportamento sendo que, de acordo com essa abordagem terapêutica, as emoções são, em grande parte, determinadas pela forma como os fenômenos são interpretados ou vivenciados, o que está diretamente relacionado às crenças do indivíduo acerca de si mesmo, do mundo e do futuro. Alguns estudos demonstram que técnicas cognitivo-comportamentais, como a *distração*, a *reestruturação cognitiva* e a *exposição*, são eficazes para a regulação emocional (OLIVEIRA & RIBEIRO, 2012):

Distração – A diminuição da atenção direcionada para os estímulos emocionais pode reduzir o impacto destes sobre o indivíduo. Uma técnica de distração eficiente é aquela capaz de estruturar atividades no cotidiano do paciente, desviando, assim, sua atenção dos estímulos emocionalmente negativos. Desse modo, o indivíduo deve prestar atenção a outros estímulos que não o que esteja causando alguma alteração emocional.

Reestruturação Cognitiva – Consiste em um conjunto de técnicas que permite mudanças cognitivas mais elaboradas. Visa a regulação da emoção por meio da capacidade de interpretar situações emocionais de forma mais adaptativa, limitando a resposta emocional subsequente. Essa regulação possibilita a redução da experiência negativa, favorecendo a diminuição do alerta fisiológico.

Exposição – Durante o tratamento, o paciente é estimulado a desafiar os pensamentos de medo, reavaliando sua expectativa de perigo. Tais técnicas são baseadas na exposição a pistas desencadeadoras de medo em um contexto seguro, visando sua extinção.

5.4.3 MANEJO EM SITUAÇÕES DE CRISE

O primeiro contato do profissional com o paciente em crise é muito importante. O objetivo inicial da intervenção é estabelecer rapidamente uma boa relação – o *rapport*. Habilidade de comunicação é, portanto, um requisito importante para o profissional que fará o manejo das situações de crise. Estabelecido o *rapport*, o profissional deve ater-se a 10 valores essenciais para uma boa resposta às situações de crise, independentemente do tipo e da natureza dela. São eles: (1) Evitar dano, (2) Dividir a responsabilidade, (3) Intervir de maneira centrada no indivíduo, (4) Estabelecer uma sensação de segurança pessoal, (5) Tratar o trauma, (6) Basear-se nos pontos fortes do indivíduo, (7) Tratar o indivíduo como um todo, (8) O indivíduo é uma fonte confiável de informação sobre si mesmo, (9) Recuperação e resiliência, (10) Prevenção (SILVA, 2012).

Silva (2012) expandiu o modelo de intervenção na crise previamente desenvolvido por outros autores, estruturando o modelo de 7 passos para abordagem e resolução da crise. Os passos de avaliação, segundo esse autor, são: (1) Avaliar a letalidade e a necessidade de segurança, (2) Estabelecer o *rapport* e a comunicação, (3) Identificar o problema maior, (4) Lidar com os sentimentos e pensamentos disfuncionais, (5) Explorar alternativas possíveis, (6) Auxiliar na formulação de um plano de ação e (7) Dar o seguimento (*follow-up*).

5.4.4 MANEJO DE CONTINGÊNCIA

O manejo de contingência é um tratamento psicossocial de base comportamental que apresenta eficácia baseada em evidência. Em resumo, a intervenção por manejo de contingência sustenta que o comportamento de autoadministração de crack é fundamental para o desenvolvimento da dependência. Esse comportamento é controlado por consequências reforçadoras imediatas (como os efeitos prazerosos produzidos pelo crack e a eliminação de sensações desconfortáveis, como a síndrome de abstinência e a fissura) (MIGUEL & GAYA, 2012).

De acordo com o conhecimento obtido no campo da psicologia experimental, para os autores acima, é possível reduzir ou eliminar certos comportamentos-problema que por si só geram consequências reforçadoras – como uso de crack – ao estimular outros comportamentos que são incompatíveis ao comportamento-problema, como manter a abstinência. Dessa maneira, o manejo de contingência visa reduzir ou eliminar um comportamento-problema –

consumir crack – reforçando, por meio de prêmios ou fichas com certo valor monetário, comportamentos incompatíveis àqueles comportamentos-problema – abstinência.

5.4.5 INTERVENÇÃO FAMILIAR

Priorizando mudanças intersíquicas, o tratamento em terapia familiar busca reunir as condições para um trabalho de natureza relacional. Sendo assim, é pauta trabalhar as relações interpessoais que os sistêmicos propõem-se a receber juntas todas as pessoas da família envolvidas com o problema. Receber uma família implica, antes de tudo, trabalhar a interdependência das pessoas que compõem o sistema familiar. A interdependência significa a “dependência entre”, distinta do ponto de vista lógico da “dependência de... a” (SEIBEL & TOSCANO, 2000).

No campo das adições, em termos relacionais, refere-se o conceito de *co-dependência* que implica uma *relação recíproca de co-dependência*. No interior dos sistemas adictivos, percebe-se o quanto a co-dependência afetiva é um vínculo duradouro e estável no tempo, entre duas pessoas. Nesta perspectiva, o toxicômano não existe enquanto indivíduo isolado, pois ele costuma viver com parceiros que garantem o seu provimento e sustento. Se é verdade que ele obtém o êxito de tornar-se dependente de uma ou de várias substâncias que transformam seu comportamento e modificam suas emoções, também é certo que ele passa a depender de um fornecedor e de meios para obter o dinheiro para pagar a droga. O toxicômano dependente de produtos está em relação com, pelo menos, duas figuras co-dependentes: um fornecedor (traficante, comerciante, médico, farmacêutico) e um financiador (pais, patrão, cliente, pessoa agredida...). Existem, evidentemente, outros papéis distribuídos em torno dele: receptadores, informantes, etc. as adições envolvem, pelo menos, uma outra pessoa, além do toxicômano. Os co-dependentes podem tomar iniciativas para mudar que, são, por vezes, ilusórias. Eles são os parceiros indissociáveis do sujeito adicto que, ao expressarem desejo de ajudar, devem ser chamados a participar do tratamento, pois constituem um recurso importante pelo poder que exercem sobre o conjunto de relações nas quais o toxicômano designado é o personagem central. É indispensável identificar o(s) co-dependente(s) desde o primeiro momento da demanda para implicá-lo no contexto da intervenção. Frequentemente, ele se apresentará de maneira espontânea, devendo participar de entrevistas conjuntas com o paciente, pois ele detém, em parte, o poder da mudança ou da homeostase (SEIBEL & TOSCANO, 2000).

O entendimento de que os problemas das pessoas necessitam ser compreendidos para além dos aspectos individuais, dentro de um contexto de vida onde a família está incluída, permitiu o desenvolvimento de formas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que incorporam a família como aspecto fundamental da visão psicossocial. A inclusão da família na atenção aos usuários de álcool e outras drogas tem sido consideravelmente estudada, no entanto, não existe um consenso sobre qual é a dinâmica que essa família possui, bem como qual o tipo de atenção a ser priorizada, dentre os vários modelos propostos. Nesse contexto, existem alguns modelos teóricos na conceitualização das dinâmicas familiares de usuários de álcool e outras drogas (CRUZ, 2009):

Doença Familiar - Considera o uso de álcool e outras drogas como uma doença que afeta não apenas o usuário, mas também a família. Esta idéia teve origem nos Alcoólicos Anônimos, em meados de 1940. Recentemente, estudos têm focado que o uso de álcool e outras drogas está relacionado à manifestação de sintomas específicos nos companheiros de usuários de álcool e drogas, dando origem ao conceito de co-dependência, embora este tenha recebido críticas.

Sistêmico - Considera que as famílias com problemas de álcool e outras drogas mantêm um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar. Em meados de 1970 a 1980, este modelo passou a exercer grande influência sobre os profissionais de saúde. Na perspectiva sistêmica, um usuário de álcool e outras drogas exerce uma importante função na família, que se organiza de modo a atingir uma homeostase dentro do sistema, mesmo que para isso o uso de álcool e outras drogas faça parte do seu funcionamento e, muitas vezes, a abstinência possa afetar tal homeostase.

Comportamental - É uma extensão do constructo da teoria da aprendizagem e assume que as interações familiares podem reforçar o comportamento de consumo de álcool e drogas. O princípio é que os comportamentos são apreendidos e mantidos nas interações familiares. Esse modelo tem propiciado a observação de alguns padrões típicos recorrentes nestas famílias, tais como: reforçamento do uso de álcool e outras drogas como uma maneira de obter atenção e cuidados; amparo e proteção do usuário de álcool e outras drogas quando relata conseqüências e experiências negativas decorrentes de seu uso; punição do comportamento do uso de álcool e outras drogas.

A terapia familiar centra o problema e sua resolução no âmbito familiar (“a família é que tem o problema”). Utiliza o conceito de co-dependência. Vantagens: aborda

sistematicamente diversos aspectos do uso de substâncias, centrando-os nos vários componentes familiares. Desvantagens: não permite foco individualizado no dependente, podendo necessitar de mais de um terapeuta. Indicações: famílias gravemente disfuncionais, com mais de um dependente, com prejuízos importantes causados pelo uso de substâncias e com impacto nos filhos (CRUZ, 2009).

5.5 REABILITAÇÃO

Os tipos de reabilitação discutidos abaixo complementam, de forma considerável, os tratamentos para dependência química nos diversos serviços no Brasil, como também na Bahia.

5.5.1 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E GERENCIAMENTO DE CASO

Reabilitação psicossocial é um conjunto de medidas, intervenções e prescrições por meio do qual os indivíduos com transtornos mentais desenvolvem habilidades e estruturam os apoios de que necessitam para viver, aprender, aprimorar sua socialização e trabalhar no ambiente em que escolheram viver. Favorece a abertura de espaços de negociação entre o paciente, sua família e a sociedade, auxiliando o paciente a estabelecer contatos sociais mais assertivos, que lhe permitirão uma integração social mais efetiva e ampliação de sua rede social (SACARENO, 2001).

A reabilitação psicossocial do dependente químico contribui para os seguintes aspectos: resgate da sua autoestima; retomada da realização de atividades que fazia anteriormente ao início dos sintomas de seu transtorno mental e/ou inauguração de outros repertórios sociais saudáveis; motivação para novamente buscar o lazer e conviver de forma mais saudável no seu meio familiar e social; criação de momentos de confronto de seu estado mental com a realidade, possibilitando modificações no comportamento e melhoria da qualidade de vida (GOLDBERG, 2001).

5.5.2 REABILITAÇÃO VOCACIONAL

A reabilitação vocacional visa auxiliar pessoas com comprometimentos de diversas naturezas e graus a retomarem e manterem uma atividade produtiva, conforme suas

possibilidades. O foco dos serviços vocacionais é oferecer auxílio no processo de busca e manutenção de um posto de trabalho, seja no mercado formal ou em atividades protegidas. Indivíduos com transtornos mentais crônicos e dependentes de substâncias psicoativas compõem a clientela desses programas, disponibilizados, em geral, por agências vocacionais independentes, alocadas na comunidade e desvinculadas dos programas de tratamento para álcool e drogas (BONADIO & DUAILIBI, 2012).

De acordo com as autoras acima, conceitualmente, existem duas vertentes que embasam as práticas em reabilitação vocacional: *treinamento pré-vocacional* e *readaptação ao emprego*. O *treinamento pré-vocacional*, existente desde a década de 1960, parte do princípio de que o cliente precisa passar por uma abordagem. São enfatizadas as chamadas atividades pré-vocacionais, como workshops, treinamento de habilidades para entrevistas de emprego, preparação de currículos e inserção em postos de trabalho transitórios. Na década de 1980, surgiram os programas vocacionais pautados na concepção de *readaptação ao emprego*, constituindo uma inovação às abordagens vocacionais tradicionais ao enfatizarem o retorno rápido do cliente ao mercado de trabalho em detrimento de um extenso período de preparação em etapas pré-vocacionais. O modelo enfatiza a recolocação no mercado formal e competitivo de trabalho, pressupondo um suporte contínuo ao paciente, disponibilizado por especialistas vocacionais a partir das dificuldades enfrentadas por este em situações reais de trabalho.

Apesar das especificidades de cada um dos enfoques vigentes, destacam-se como principais conceitos norteadores das práticas em reabilitação vocacional: (1) *empregabilidade*: capacidade de funcionar adequadamente em uma situação particular de trabalho ou em uma ocupação específica; (2) *recolocabilidade*: probabilidade de conseguir trabalho em uma ocupação específica, considerando-se as habilidades pessoais; (3) *barreiras ao trabalho*: obstáculos que dificultam a retomada de uma atividade produtiva, podendo ser internos ou externos à pessoa (BONADIO & DUAILIBI, 2012).

5.5.3 REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

A reabilitação cognitiva tem por objetivo corrigir, organizar e estimular as funções cognitivas que se apresentam prejudicadas, visando ao desenvolvimento de um pensamento mais organizado, crítico e autônomo. Dessa maneira, é capaz de contribuir para o bom

prognóstico do tratamento de adolescentes e adultos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (NOVAES, 2007).

Segundo o mesmo autor, a neuropsicologia avalia quantitativamente, por meio de testes neuropsicológicos, e qualitativamente, por meio de observações e anamnese, a relação entre o funcionamento cerebral e o comportamento do paciente, envolvendo seus aspectos cognitivos, sensoriais, motores, emocionais e sociais. Atenção, raciocínio, habilidades acadêmicas, percepção visual e visuoconstrução, produtividade, memória, linguagem, comportamento e aspectos emocionais são algumas das capacidades avaliadas mediante entrevistas, observação e baterias de testes padronizados. Os resultados de uma avaliação neuropsicológica não apenas indicam os prejuízos, mas também revelam as funções que se mantêm preservadas. Esse segundo aspecto é de grande relevância, pois, certamente, são as funções preservadas que servirão de suporte para reabilitar as funções prejudicadas que, à medida que são estimuladas, intervêm positivamente na adesão ao tratamento da dependência química.

5.5.4 GRUPOS DE MÚTUA AJUDA

De acordo com Edwards *et al.* (2005), os grupos de autoajuda representam uma alternativa relevante para o tratamento dos dependentes de substâncias psicoativas, incluindo os dependentes de crack. Por se tratar de uma alternativa não profissional, cujo histórico é pouco conhecido pelo público, é importante abordar brevemente seu surgimento e modo de funcionamento.

Os grupos de mútua ajuda, nos moldes como são conhecidos hoje, surgiram nos Estados Unidos, em 1935, com os Alcoólicos Anônimos (AA), criado por Bill Wilson, então dependente de álcool, e pelo médico Robert Smith. Juntos, iniciaram um processo de recuperação baseado na ajuda mútua. Essa união resultou na criação da *Alcoholics Foundation* (1938) e na publicação do livro *Alcoholics Anonymous* (1939), um guia para a sobriedade, baseado na prática dos doze passos (WILSON, 1994). O princípio básico do grupo era de que se uma pessoa tivesse problema com o consumo excessivo de álcool e desejasse parar de beber, pudesse compartilhar esse problema com outra pessoa em situação similar, pois assim ambas se ajudariam mutuamente a permanecer sóbrias (EDWARDS *et al.*, 2005; NA, 2010).

Com o desenvolvimento da “irmandade” de AA, outras pessoas, com outros problemas de dependências, passaram a utilizar a idéia e o formato de AA para poderem tratar seus

problemas. A partir dos anos de 1950, surgiram outras “írmãs” que adotaram como base o conhecimento de AA como tratamento – Al-Anon (Familiares e Amigos de Alcoólicos Anônimos), NA (Narcóticos Anônimos), Nar-Anon (Familiares e Amigos de Narcóticos Anônimos), DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos), CCA (Comedores Compulsivos Anônimos) e FA (Fumantes Anônimos), entre outras “írmãs” que tomaram emprestadas de AA a base de seus programas de recuperação. No caso de dependentes de cocaína/crack, o NA geralmente é mais indicado e, para as suas famílias, o Nar-Anon (AA, 2010; NA, 2010).

5.5.5 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

A teoria do aprendizado social sugere que há menos taxas de consumo de drogas entre adolescentes que se autodeclaram religiosos, pois a participação em atividades religiosas desenvolve a habilidade de autorregulação no jovem e fortalece as habilidades de resiliência, que são úteis para diminuir a exposição a comportamentos de risco. Dentro de um contexto religioso, o uso de drogas e outros comportamentos de risco à saúde acabam perdendo força por estarem em desacordo com as normas preestabelecidas e por não serem praticados ou estimulados pelo grupo de iguais. Além disso, a percepção da imoralidade e a responsabilidade pessoal sobre a autodestruição física que as religiões trazem aos seus seguidores controlariam a atitude desses indivíduos diante do consumo de drogas (SANCHEZ *et al*, 2012).

Como teorizado por Sanchez *et al* (2012), já no início do século XX, é razoável supor que os recursos normativos dos grupos religiosos são fundamentalmente importantes não apenas para seus membros, mas para a sociedade como um todo, ao fornecer uma forma de controle social. As funções da comunidade religiosa evidenciam o poder da sociedade sobre os indivíduos que a compõem. As religiões, determinando o que é adequado ou inadequado dentro das normas estabelecidas, as quais seguem os padrões morais de uma determinada época histórica, criam uma relação de ordem entre os membros da comunidade.

No entanto, esse papel de controle social não seria bem-sucedido no campo da prevenção ao uso de drogas sem um suporte familiar junto aos adolescentes que se deparam com suas primeiras oportunidades de experimentação. Diversos pesquisadores supõem que a religiosidade controla indiretamente o primeiro uso de drogas por ação direta na estrutura familiar, postulando que a religiosidade impede o uso de drogas por incentivar os pais a supervisionarem seus filhos e a estabelecerem regras antidrogas em casa. No Brasil, Sanchez

(2012) verificaram, em discursos de adolescentes religiosos (que frequentavam grupos de jovens em igrejas), que, mais forte que a influência religiosa na decisão pelo não uso de drogas, estava a educação “antidrogas” recebida em casa. Claro que, indiretamente, isso é um reflexo da norma social estabelecida pelos grupos religiosos aos pais desses adolescentes, que, então decidem enfatizar a posição clara contra o uso em seus lares, exteriorizando a formação religiosa recebida nas igrejas.

Segundo Sanchez *et al* (2012), algumas pesquisas são contraditórias sobre quais aspectos da religiosidade estariam mais associados à proteção ante o consumo e a dependência de drogas. Ainda não há consenso sobre a função mais ou menos determinante da religiosidade privada quando comparada aos aspectos protetores da religiosidade pública. De qualquer forma, apesar do mecanismo pouco definido, é consenso, hoje, de acordo com estudos epidemiológicos de grande porte, que pessoas que se autodeclaram religiosas consomem menos drogas, incluindo álcool e tabaco. A maior parte dos estudos nessa área envolve dados de levantamentos transversais e busca associar diversos comportamentos de cunho religioso ao padrão de uso de drogas do entrevistado, evidenciando uma relação inversa entre índices de religiosidade e de consumo de drogas.

Na recuperação do dependente de drogas, as igrejas brasileiras têm assumido três linhas de ação: (1) via grupos religiosos de mútua ajuda (que ocorrem nas instalações de igrejas e afins); (2) frequência a cultos religiosos e (3) via desenvolvimento de religiosidade/espiritualidade, oferecida em comunidades terapêuticas (SANCHEZ *et al*, 2012).

5.5.6 ATIVIDADE FÍSICA APLICADA AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Do ponto de vista neurobiológico, é possível notar indícios de que a prática esportiva pode ser útil tanto como uma estratégia de prevenção quanto como adjuvante do processo de tratamento da dependência química. Parece estar relacionada ao aumento dos índices de abstinência de cocaína e de álcool e à melhora da autoestima e do funcionamento individual entre esses usuários. Além disso, é uma ocasião adequada para o usuário de substâncias psicoativas em tratamento explorar, de um modo seguro e supervisionado, seus potenciais e limites físicos (RIBEIRO *et al*, 2012).

Para os mesmos autores, a prática de exercício físico proporciona a modificação e o aperfeiçoamento das percepções do corpo e suas funções, do pensamento, da motivação, sendo esses aspectos a base de regulação do domínio motor. Conseqüentemente, a melhora do aspecto psicomotor do indivíduo será atingida por meio de orientações psicológicas de treinamento, estabilização e otimização do comportamento, ocasionando uma regeneração psicológica (autoestima, autoconhecimento, autoconfiança) e a otimização da comunicação ou convívio social e profissional.

Além de atuar sobre a motivação, a atividade esportiva também parece aumentar as taxas de adesão ao tratamento. Segundo alguns autores, isso se deve principalmente ao fato de o exercício físico promover melhora da forma e da aparência física com grande rapidez, gerando uma sucessão de fatos novos altamente motivadores para a manutenção da prática esportiva e do tratamento. Além disso, o ambiente de treinamento pode oferecer ao usuário de drogas em recuperação uma importante rede de relacionamentos. Em geral, tais contatos estabelecem-se prontamente, a partir das rotinas de treinamento físico, e são uma alternativa de socialização viável para aqueles recém-saídos de uma subcultura de uso. Nesse sentido, o profissional de educação física tem um papel essencial, tanto quanto facilitador para a formação dessa nova rede quanto no monitoramento acerca do uso de anabolizantes e da presença de outras drogas nesse grupo (RIBEIRO *et al*, 2012).

6 METODOLOGIA DA PESQUISA EMPÍRICA

6.1 DELINEAMENTO

Tendo como pano de fundo os temas abordados nos capítulos anteriores, ou seja, o panorama histórico por recorte de literatura específica sobre drogas; conceitos de família e qualidade de vida; transtornos da personalidade e dependência química, já neste capítulo, aterrissa-se na modelagem da pesquisa empírica, objeto desta dissertação, começando por ratificar questões e objetivos. Logo após, será discutido o caminho metodológico elegido.

Apesar da necessidade de participação e responsabilização dos familiares no processo terapêutico, muitas vezes, os serviços especializados focam os cuidados aos usuários, deixando os cuidadores relegados a uma atenção secundária. Por isso, questiona-se: o internamento especializado interfere na qualidade de vida de familiares de dependentes de cocaína/crack? Há diferença na qualidade de vida dos familiares quando se compara a modalidade de internamento com a convivência do dependente no seu grupo familiar de origem?

O trabalho, em questão, trata-se de um estudo epidemiológico, empírico, descritivo, comparativo e reflexivo (GIL, 2008). Utiliza-se o método da triangulação, associando uma pesquisa quantitativa e uma qualitativa em um único plano. Antes da abordagem sobre triangulação, é necessário diferenciar o método que segue um caminho quantitativo daquele que seleciona o qualitativo.

O método que privilegia o quantitativo se caracteriza pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. É amplamente usado na condução da pesquisa e representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências (RICHARDSON *et al*, 2009). A técnica quantitativa utilizada nesta pesquisa é a aplicação de questionários, sendo um desenvolvido pela pesquisadora e o outro trata-se de um instrumento validado para avaliar a qualidade de vida.

Com relação aos métodos no caminho qualitativo, é cada vez mais difícil encontrar uma definição comum de pesquisa qualitativa que seja aceita pela maioria das abordagens e dos

pesquisadores do campo. A pesquisa qualitativa não é mais apenas a “pesquisa não quantitativa”, tendo desenvolvido uma identidade própria (ou, talvez, várias identidades). Apesar dos muitos enfoques existentes à pesquisa qualitativa, é possível identificar algumas características comuns. Esse tipo de pesquisa visa abordar o mundo “lá fora” (e não em contextos especializados de pesquisa, como os laboratórios) e entender, descrever e, às vezes, explicar os fenômenos sociais “de dentro” de diversas maneiras diferentes: 1) analisando experiências de indivíduos ou grupos; 2) examinando interações e comunicações que estejam se desenvolvendo; 3) investigando documentos ou traços semelhantes de experiências ou interações (GIBBS, 2009).

As abordagens qualitativas têm em comum o fato de buscarem esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta, o que estão fazendo ou o que está lhes acontecendo em termos que lhe tenham sentido. Busca-se explorar uma visão dos temas focalizados, considerando as percepções dos sujeitos de pesquisa. Os métodos com abordagem qualitativa permitem ao pesquisador desenvolver modelos, tipologias, teorias (mais ou menos generalizáveis) como formas de descrever e explicar as questões sociais (e psicológicas) (GIBBS, 2009). Nesta pesquisa qualitativa, recorrendo-se a trabalho de campo, explora-se, particularmente, a aplicação das entrevistas semiestruturadas devido “à propriedade com que esses instrumentos penetram na complexidade do problema em questão” (RICHARDSON *et al*, 2009).

A triangulação significa a combinação entre diversos métodos qualitativos, mas também a combinação entre métodos qualitativos e quantitativos. Neste caso, as diferentes perspectivas metodológicas complementam-se para a análise de um tema, sendo este processo compreendido como a compensação complementar das deficiências e dos pontos obscuros de cada método isolado. No entanto, os diversos métodos permanecem autônomos, seguem operando lado a lado, tendo como ponto de encontro o tema em estudo. E, por fim, nenhum dos métodos combinados é visto como sendo superior ou preliminar (FLICK, 2009).

Baseando-se em Flick (2009), nesta pesquisa se esboça o primeiro plano de integração, em que as duas estratégias (quantitativa e qualitativa) são adotadas paralelamente. De acordo com o mesmo autor, na pesquisa qualitativa e quantitativa, a triangulação pode focalizar o caso único. As mesmas pessoas são entrevistadas e preenchem um questionário (ver Apêndices B e C), sendo suas respostas comparadas entre si, reunidas e relacionadas umas às outras para a análise. As decisões relativas à amostragem são tomadas em duas etapas. As mesmas pessoas

são incluídas em ambas as partes do estudo, mas, em uma segunda etapa, é preciso se decidir quais são os participantes do estudo de levantamento selecionados para as entrevistas, bem como estabelecer um vínculo no nível do conjunto de dados. As respostas dos questionários são analisadas quanto à frequência em que ocorrem e quanto a sua distribuição ao longo de toda a amostra. As respostas obtidas nas entrevistas são, então, analisadas e comparadas, desenvolvendo-se, por exemplo, uma tipologia. A seguir, a distribuição das respostas do questionário e a tipologia são associadas e comparadas.

Basicamente, a partir dessa combinação podem resultar três tipos de consequências: 1) os resultados qualitativos e quantitativos convergem, confirmam-se mutuamente e sustentam as mesmas conclusões; 2) ambos os resultados focalizam aspectos diferentes de uma questão, mas são complementares entre si, conduzindo, assim, a um quadro mais completo daquela situação; 3) os resultados qualitativos e quantitativos são divergentes ou contraditórios. Estes resultados são úteis na medida em que o interesse em combinar a pesquisa qualitativa com a quantitativa concentram-se em conhecer melhor o assunto (FLICK, 2009).

Pretende-se trilhar pela narração realista, apostando no rigor metodológico e uma perspectiva de observação descentrada, de modo a acolher e descrever os fatos por certo distanciamento da pesquisadora. Busca-se, por tal estilo de narração, usar uma linguagem científica convencional, objetiva, plana e transparente, além da ênfase no controle dos fatos e na eliminação de qualquer fonte de distorção introduzida pelo pesquisador. Recorre-se ao estilo documental da exposição e detalhada descrição dos eventos. A precisão e a riqueza dos detalhes são necessárias para assinalar o cuidado e a completude da observação (COLOMBO, 2005). Segundo Eco (2014), também foram adotadas, nesta pesquisa, objetividade, vigilância epistemológica e humildade científica.

Conforme Colombo (2005), a acurada apresentação dos detalhes serve para encaminhar o ato conclusivo da pesquisa: a interpretação dos dados colhidos. O pesquisador tende a estruturar os dados de modo a valorizar uma interpretação, fragilizando outras possíveis, pelo debate com essas. O ato interpretativo tende a ser apresentado como o único possível. Isto é, obtido ligando os fatos à teoria. Os dados colhidos são reagrupados e apresentados com base na sua capacidade de iluminar e sustentar os principais assuntos teóricos do pesquisador. A narração realista constitui a forma predominante de escrita no interior das ciências sociais. Este estilo é o resultado da estreita conexão (ontológica) que une discurso positivista e discurso científico.

Opta-se por um desenho observacional (LEITE, 2008), através da realização de entrevistas individuais com familiares de dependentes de cocaína/crack, a partir de roteiros semiestruturados, com a utilização de instrumento validado, aplicados pela pesquisadora.

6.2 LOCAL

O estudo é desenvolvido no Centro de Apoio e Tratamento à Dependência Química e outras Compulsões – Vale Viver, localizada na Estrada do Côco, Km 11, no município de Camaçari-BA. Esta é uma clínica privada e especializada, com unidades Voluntária e Involuntária, trabalhando há mais de 07 anos no tratamento da dependência química, reinserção social e familiar. Sempre em constante evolução para oferecer acompanhamentos terapêuticos complementares e resultados satisfatórios, a clínica oferece também o Hospital Dia e o Ambulatório de Psiquiatria e Psicoterapia. A Vale Viver propõe um serviço especializado para tratamento de dependência química e outras compulsões, saúde mental e cuidado aos idosos. Por isto, a necessidade de uma visão interdisciplinar criteriosa, abordando os aspectos biopsicossociais.

A escolha desta instituição é justificada por conter as duas modalidades de interesse desta pesquisa (internamento voluntário e involuntário), além de já ser campo de trabalho da pesquisadora há 05 anos. Buscou-se o período de 2011 a 2013 pela relevância do número de casos de dependência de cocaína/crack, além do maior contato com os familiares dos pacientes internados nestes anos. Vale ressaltar que os resultados deste estudo não têm a intenção de generalizar para outros casos de dependência química e/ou serviços especializados.

6.3 PARTICIPANTES

Os participantes são os familiares de pacientes internados para tratamento voluntário e involuntário, entre os anos de 2011 e 2013, dependentes de cocaína/crack. Neste período, verificou-se uma população do serviço de 123 dependentes químicos de cocaína/crack, sendo que 58 destes possuem diagnóstico de dependência química puramente e 65 possuem

diagnóstico de dependência química com mais um tipo de transtorno de personalidade, segundo os diagnósticos levantados nos prontuários da Clínica. O foco desta pesquisa é entrevistar 58 familiares dos 58 pacientes com diagnóstico de dependência química apenas, por considerar a presença de transtorno da personalidade como preditor de desfecho desfavorável, segundo os achados da literatura (Ver Capítulo 3). É importante destacar alguns critérios de inclusão e exclusão tanto dos pacientes quanto dos familiares desta amostra:

Critérios de inclusão do paciente: a) pertencer ao período de internamento entre os anos de 2011 e 2013; b) ser dependente químico de cocaína/crack, sem nenhuma comorbidade psiquiátrica. *Critérios de exclusão do paciente:* a) óbito; b) reinternamentos na mesma instituição no momento da coleta de dados devido a contaminações na pesquisa; c) dificuldade de contato telefônico e/ou pessoal após 3 tentativas.

Critérios de inclusão do familiar: a) ser o familiar que exerce a função de principal cuidador/responsável do paciente internado; b) aceitar participar da pesquisa, através do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. *Critérios de exclusão do familiar:* a) serem menores de 18 anos; b) familiares com histórico de dependência química e comorbidades psiquiátricas; c) dificuldade de contato telefônico e/ou pessoal após 3 tentativas.

Riscos: os participantes podem sentir constrangimento pelo fato de serem abordados conteúdos íntimos de si ou da família. A entrevistadora lhes informou sobre seu direito de interromper a entrevista ou deixar de responder a questão que lhes cause mal estar. *Benefícios:* os participantes podem refletir sobre si e sua realidade familiar, além dos dados obtidos fornecerem subsídios para o trabalho educativo e terapêutico com famílias contemporâneas com usuários de drogas.

6.4 INSTRUMENTOS

Através de entrevistas individuais, de forma telefônica, são utilizados os seguintes roteiros: a) questionário de levantamento sóciodemográfico desenvolvido pela pesquisadora; b) *WHOQOL-bref* (*World Health Organization Quality of Life*) para avaliar a qualidade de vida e c) entrevista semiestruturada gravada com posterior transcrição textual para conhecer a

trajetória do uso de drogas e tratamentos dos pacientes a partir do ponto de vista dos familiares, bem como as subjetividades dos mesmos sobre o conceito de qualidade de vida.

Num questionário, a informação que se obtém é limitada às respostas escritas dos sujeitos a questões pré-elaboradas. A vantagem principal do questionário é que ele é freqüentemente menos dispendioso para se aplicar. Outras vantagens do questionário: evita vieses potenciais do entrevistado e poderá exercer menos pressão sobre o respondente para que dê uma resposta imediata, mas nem sempre (SELLTIZ; WRIGHTSMAN & COOK, 1987).

A escala de qualidade de vida, *WHOQOL-bref*, é uma síntese do *WHOQOL-100*, idealizado pelo Grupo de Qualidade de Vida (Grupo *WHOQOL*) da Organização Mundial de Saúde (OMS), com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural. O *WHOQOL-bref* consta de 26 questões. Duas são gerais de qualidade de vida, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas correspondentes a quatro domínios que interferem na percepção da qualidade de vida que são físico, psicológico, relações sociais e ambiente, sendo quantificados em escores que variam entre 0-100, em que 0 é o pior resultado e 100 o melhor. Este instrumento apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK *et al*, 2000).

Todas as questões são apresentadas em uma escala ordinal de 1 a 5 pontos e refletem a intensidade da percepção do entrevistado. O Quadro 9 ilustra as questões referentes a qualidade global de vida e saúde presentes no *WHOQOL-bref*.

Quadro 9 - QUESTÕES DO WHOQOL-BREF REFERENTES A QUALIDADE GLOBAL

Domínio	Questão
Qualidade de Vida	Q01. Como você avaliaria sua qualidade de vida?
Qualidade de Saúde	Q02. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Fonte: WHOQOL GROUP, 1995.

O Quadro 10 traz as questões do domínio físico, onde se observa o foco na percepção da capacidade de desempenhar as atividades de trabalho e de vida diária, além da presença de impedimentos como dores ou necessidade de tratamentos médicos. O domínio é composto por 7 questões, com pontuação variando de 7 a 35 pontos, atentando-se que existem, nesse domínio, duas questões em escala invertida que necessitaram ser recodificadas.

Quadro 10 - QUESTÕES DO WHOQOL-BREF REFERENTES AO DOMÍNIO FÍSICO

Domínio	Questão
Físico	Q03. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? (escala invertida)
	Q04. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (escala invertida)
	Q10. Você tem energia suficiente para seu dia-dia?
	Q15. Quão bem você é capaz de se locomover?
	Q16. Quão satisfeito(a) você está com seu sono?
	Q17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-dia?
	Q18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Fonte: WHOQOL GROUP, 1995.

O Quadro 11 traz as questões do domínio psicológico, onde se aborda o foco na percepção do sentido da vida e na autoaceitação. São 6 questões, com pontuação variando de 6 a 30 pontos e a presença de uma questão em escala invertida, que necessitou ser recodificada para a obtenção da pontuação desse domínio.

Quadro 11 - QUESTÕES DO WHOQOL-BREF REFERENTES AO DOMÍNIO PSICOLÓGICO

Domínio	Questão
Psicológico	Q05. O quanto você aproveita a vida?
	Q06. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?
	Q07. O quanto você consegue se concentrar?
	Q11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?
	Q19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
	Q26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? (escala invertida)

Fonte: WHOQOL GROUP, 1995.

O Quadro 12 mostra as questões do domínio social, com ênfase na percepção do apoio e prazer com as relações interpessoais do indivíduo. Nesse domínio, todas as questões estão em escala direta e permitem uma pontuação de 3 a 15 pontos.

Quadro 12 - QUESTÕES DO WHOQOL-BREF REFERENTES AO DOMÍNIO SOCIAL

Domínio	Questão
Social	Q20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
	Q21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
	Q22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Fonte: WHOQOL GROUP, 1995.

O Quadro 13 mostra as questões do domínio ambiental, focadas na percepção da qualidade de onde se habita e no acesso aos serviços, sendo composto por 8 questões em escala direta e totalizando de 8 a 40 pontos.

Quadro 13 - QUESTÕES DO WHOQOL-BREF REFERENTES AO DOMÍNIO AMBIENTAL

Domínio	Questão
Ambiental	Q08. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
	Q09. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
	Q12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	Q13. Quão disponíveis para você estão informações que precisa no seu dia-dia?
	Q14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
	Q23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
	Q24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
	Q25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Fonte: WHOQOL GROUP, 1995.

Os dados qualitativos são essencialmente significativos, pois mostram grande diversidade. Eles não incluem contagens e medidas, mas praticamente qualquer forma de comunicação humana – escrita, auditiva ou visual; por comportamento, simbolismos ou

artefatos culturais (GIBBS, 2009). As entrevistas individuais estruturadas através de gravador e suas transcrições textuais, utilizadas nesta pesquisa, são tipos mais comuns de dados qualitativos usados em análise.

Para o autor acima, a maior parte dos dados em áudio ou vídeo é transformada em texto para ser analisada. A razão para isso é que o texto é uma forma fácil de registro que se pode trabalhar. Contudo, com o desenvolvimento dos sistemas de gravação em áudio e vídeo e a disponibilidade de programas para seleção, indexação e acesso, a necessidade e o desejo de transcrever podem ser reduzidos no futuro.

6.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada após a análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica do Salvador – Ucsal, sob o Parecer Consubstanciado do CEP, CAAE: 49794915.7.0000.5628. Além disso, a pesquisadora se comprometeu a seguir as orientações e determinações éticas que constam na Resolução 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF.

A entrevista com o familiar que exerce a função de principal cuidador/responsável do paciente foi realizada pela pesquisadora por telefone, sendo aplicados os dois questionários - o levantamento sócio-demográfico e o *WHOQOL-bref*; como também a entrevista semiestruturada e gravada, com posterior transcrição textual.

A principal vantagem da entrevista, face a face ou por telefone, sobre o questionário, é que a entrevista quase sempre produz uma melhor amostra da população em estudo. O índice de resposta para a entrevista face a face ou por telefone, na população em geral, é freqüentemente próxima de 70 a 80%. A maioria das pessoas está disposta e é capaz de cooperar num estudo onde tudo o que ela tem a fazer é falar. As pessoas normalmente apreciam falar com pessoas que são amigáveis e que estejam interessadas naquilo que pensam. Outras importantes vantagens da entrevista face a face ou por telefone sobre o questionário são: a incapacidade de muitas pessoas em responder adequadamente por escrito e sua grande capacidade para corrigir enganos dos informantes. Baixo-custo e preenchimento rápido com altas taxas de respostas são as maiores vantagens de entrevistas por telefone (SELLTIZ; WRIGHTSMAN & COOK, 1987).

Os dados dos participantes foram identificados com um código, e não com o nome. Apenas a pesquisadora teve conhecimento dos dados, assegurando sua privacidade. Os arquivos foram armazenados no computador da pesquisadora, para posterior transcrição, sendo arquivados por um período de cinco anos quando, então, serão apagados. Logo após o preenchimento dos questionários, os dados foram tabulados em planilha Excell e exportados para o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0.

Com relação aos dados qualitativos, a idéia de análise sugere algum tipo de transformação. Começa-se com alguma coleta de dados qualitativos e depois os processa por meio de procedimentos analíticos, até que se transformem em uma análise clara, compreensível, criteriosa, confiável e até original. Os processos são elaborados para lidar com a grande quantidade de dados criada com a pesquisa qualitativa, em transcrições de entrevistas, notas de campo, documentos coletados, gravações em áudio e vídeo, entre outros. A seleção e busca em todos esses dados é um grande desafio. Requer boa organização e uma abordagem estruturada dos dados (GIBBS, 2009).

De acordo com o mesmo autor citado acima, outros pesquisadores enfatizam a ideia de que a análise envolve interpretação e recontagem, e que isso é imaginativo e especulativo. Há várias abordagens envolvidas, incluindo a análise de discurso e conversação, abordagens biográficas e narrativas, além de métodos etnográficos recentes. Essas abordagens enfatizam a ideia de que os dados qualitativos têm significado e precisam ser interpretados em análise não apenas para revelar a variedade de temas de que as pessoas estão falando, mas também para reconhecer e analisar as formas como elas enquadram e modelam suas comunicações.

A maioria dos pesquisadores que escrevem sobre dados qualitativos reconhece que isso envolve aspectos da *manipulação* e da *interpretação* na análise. Às vezes, elas são usadas ao mesmo tempo, mas frequentemente são usadas em sequência, a começar pelo uso dos procedimentos “de escritório”, depois avançando para a redução dos dados em resumos ou apresentações, antes de finalizar a análise interpretativa e tirar conclusões (GIBBS, 2009).

6.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio de estatística descritiva (porcentagens, frequências, média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo), sendo utilizado o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0. As variáveis escalares foram descritas como médias \pm desvio-padrão e comparadas com o teste t de *Student* ou *Mann-Whitney* (dependendo da normalidade da distribuição); as variáveis nominais foram descritas como proporções e comparadas com o teste Qui-Quadrado, e as comparações em dois momentos (antes vs. depois) foram realizadas com o teste de *McNemar*. Foram considerados como estatisticamente significantes valores de p inferiores a 5% ($p < 0,05$).

Na mensuração é freqüentemente necessário fazer distinções de grau e não de qualidade. Fazer tais distinções de grau pode ser considerado como uma função da análise, e não da coleta de dados; isto é, um procedimento realizado depois que os dados são coletados. No entanto, o desejo de fazer tais distinções influi na forma de coletar os dados. Pelo menos significa que as questões elaboradas devam ser tais que dêem informações em que possam se basear os julgamentos de grau. Freqüentemente, as distinções de grau são introduzidas nos próprios instrumentos de mensuração (SELLTIZ; WRIGHTSMAN & COOK, 1987).

De acordo com os autores acima, o estudo compara características de duas parcelas de dados ao longo de uma escala comum. Estas escalas funcionam como esquemas de mensuração, que possibilitam fazer comparações entre casos, quer as observações ocorram ao mesmo tempo quer ocorram em momentos diferentes. *Escalas* são técnicas empregadas na combinação de uma ou mais mensurações com o objetivo de estabelecer um único escore para cada indivíduo. A *dimensão* dos dados é a inferência, a partir dos dados da escala, de que uma característica subjacente existe, e que descreve os casos a nível conceitual.

Segundo Selltitz, Wrightsman e Cook (1987), têm sido empregados vários tipos de escalas de avaliação, mas uma característica é comum a todos os tipos: o avaliador coloca a pessoa ou o objeto medido em determinado ponto de um contínuo, ou em uma categoria, numa série ordenada de categorias; dá-se um valor numérico ao ponto ou à categoria. As escalas diferem quanto à sutileza de distinções que permitem e quanto aos procedimentos exigidos para a distribuição de pessoas ou objetos pelas posições.

Para criar procedimentos que permitam a colocação de um indivíduo numa escala, com menos probabilidade de erro, têm sido construídos questionários padronizados. Nesta abordagem, o indivíduo não se descreve diretamente através de sua posição em determinada dimensão. Em vez disso, exprime seu acordo ou desacordo com algumas afirmações relevantes para tal dimensão: a partir dessas respostas, recebe um escore. No processo de padronização do questionário, o pesquisador estabelece uma base para interpretar esses escores como indicadores de posições na dimensão (SELLTIZ; WRIGHTSMAN & COOK, 1987).

Na análise qualitativa, envolve duas atividades: em primeiro lugar, desenvolver uma consciência dos tipos de dados que podem ser examinados e como eles podem ser descritos e explicados; em segundo, desenvolver uma série de atividades práticas adequadas aos tipos de dados e às grandes quantidades deles que devem ser examinadas. Em alguns tipos de pesquisa social, estimula-se a coleta de todos os dados antes do início de qualquer tipo de análise. A pesquisa qualitativa se diferencia nesse sentido porque não há separação entre conjunto de dados e análise de dados, por meio de entrevistas, notas de campo, aquisição de documentos e assim por diante, é possível iniciar a análise (GIBBS, 2009).

Conforme menciona Flick (2009), utiliza-se, nesta pesquisa, o quarto tipo de triangulação, ou seja, a triangulação metodológica e entre métodos. Quer dizer, a combinação do questionário com uma entrevista estruturada. A triangulação consiste mais em uma alternativa para a validação, a qual amplia o espaço, a profundidade e a coerência nas condutas metodológicas, do que em uma estratégia para validar resultados e procedimentos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados e discutidos os principais achados deste estudo, iniciando-se com o contexto da clínica de internamento especializado e a caracterização das famílias entrevistadas e, logo após, uma análise sobre qualidade de vida das mesmas na ocasião da pesquisa. Posteriormente, se mapeia o perfil dos pacientes internados, aborda-se as principais diferenças entre os internamentos voluntários e involuntários e se discute a influência do internamento nos seus padrões de comportamento. Por fim, se apresenta uma lista das variáveis possivelmente indicadoras de reinserção social e familiar.

7.1 CONTEXTO DA CLÍNICA DE INTERNAMENTO ESPECIALIZADO

A Vale Viver propõe, ao indivíduo com dependência química, um tratamento embasado no reconhecimento da sua problemática como doença progressiva, crônica e fatal, como declara a Organização Mundial de Saúde (OMS). Por isto, a necessidade de uma visão interdisciplinar cuidadosa e especializada, abordando os aspectos biopsicossociais e a prática dos 12 passos desenvolvida pelos grupos de mútua ajuda. O quadro interdisciplinar de profissionais são: diretor geral, administrador, contadora, advogado, psiquiatra, psicólogas, terapeuta ocupacional, arteterapeuta, musicoterapeuta, teatrólogos, oficineiro, consultora nutricional, enfermeiro, técnicos de enfermagem, apoios, educadoras físicas, cozinheiras, higienizadoras, jardineiros, higienizador de piscina, eletricista e equipe de segurança. Quando o familiar e/ou o paciente procuram a clínica, eles passam por uma entrevista e avaliação realizadas pelo psiquiatra e, a partir disto, é definida a modalidade de tratamento, que são: 1) *ambulatório*; 2) *hospital dia*; 3) *internação voluntária ou involuntária*.

Sobre o *ambulatório*, trata-se de uma unidade ambulatorial especializada, composta por psiquiatra e psicólogos capacitados para atender as demandas de pacientes que necessitam de cuidados pontuais. É recomendado para os pacientes dispostos a se comprometerem com as sessões propostas (1 vez por semana) e que buscam o processo de autoconhecimento/transformação.

O *hospital dia* é um serviço de internação parcial para dependência química, saúde mental e cuidado para idosos, com um planejamento terapêutico individualizado. É um programa de atenção que tanto apoia e potencializa tratamentos psiquiátricos e psicológicos, como oferece outros serviços que promovem o bem-estar dos pacientes e familiares. A principal função é aliar a existência de um ambiente propício ao cuidado da saúde física e mental. O ambiente promove atividades capazes de melhorar o desempenho individual/social do paciente, avaliação do diagnóstico psiquiátrico/psicossocial do indivíduo, tratamento de comorbidades psiquiátricas (como: depressão maior, transtorno bipolar, esquizofrenia, etc) e cuidados relacionados aos idosos. Os principais objetivos são: desenvolver um projeto terapêutico individualizado; promover autonomia/responsabilidade, possibilitando ao paciente cultivar e manter suas redes de suporte social/familiar durante e após o tratamento.

O hospital dia é um ambiente interdisciplinar, que se preocupa com o tratamento clínico e com a reabilitação psicossocial do paciente. Na chegada ao serviço, o paciente é acolhido e implicado na escolha do melhor plano terapêutico, de acordo com as demandas individuais. O trabalho do hospital dia possui 05 eixos específicos:

1) *Eixo Cognitivo* – Promove a reflexão sobre os diversos temas que os pacientes vivenciam, como: dependência química, saúde mental, terceira idade, dentre outros. Inclui: palestras psicoeducativas, dinâmicas, grupos psicoterapêuticos, arteterapia e sessão de cinema com discussão.

2) *Eixo Esportivo* – Promove o cuidado e a consciência corporal através de atividades esportivas, jogos e relaxamento. Inclui: hidroginástica, atividade funcional, natação, academia, vôlei, futebol, atividades lúdicas, dança e outros.

3) *Eixo Artístico e Terapêutico* – Promove a socialização do paciente através de oficinas, desenvolvendo a habilidade e destreza psicomotora, além de estimular a criatividade e a reconstrução de suas rotinas. Inclui: oficina de artes, musicoterapia, teatro, horta/jardinagem.

4) *Eixo Psicológico e Psiquiátrico* – Cuida da individualidade de cada paciente com o acompanhamento psicológico e psiquiátrico quando necessário e avaliado pela equipe técnica.

5) *Eixo Familiar* – Cuida do relacionamento entre paciente e família através de grupos desenvolvidos 01 vez por semana e atendimentos individualizados quando necessário. O objetivo é proporcionar o acolhimento familiar, estimular a qualidade de vida, a integração dos

membros da família, bem como o entendimento e convivência destes com a condição psíquica do paciente.

Tecnicamente, trata-se de um serviço de transição, que pode funcionar como uma opção *Intensiva* (com 03 dias na semana) ou *Semi-Intensiva* (01 a 02 dias na semana). A frequência do atendimento varia conforme o caso e o momento de cada paciente. Este permanece no programa apenas durante o dia, retornando às atividades cotidianas à noite e aos fins de semana.

Na *internação*, o paciente permanece em tempo integral na clínica, sendo incluídos os serviços de hotelaria, alimentação, atendimentos psiquiátrico e psicológico, além de uma programação terapêutica com uma equipe interdisciplinar. Nesta modalidade, os profissionais estipulam um prazo médio de 60 dias, podendo ser estendidos conforme a avaliação feita pela equipe técnica. A clínica comporta a capacidade máxima de 18 pacientes internados. O programa terapêutico é desenvolvido a partir de uma abordagem psicoeducativa, sendo utilizado, como meio mobilizador, a leitura de textos, palestras informativas, cine-debates, dinâmicas de grupo, terapia individual e grupal, atividades corporais e manuais, Núcleo Familiar, etc. Tais técnicas têm como objetivo promover e incentivar a reflexão, a ampliação da consciência, o conhecimento teórico sobre temas diversos, a percepção dos papéis na dinâmica familiar, a troca de experiências, o aperfeiçoamento da socialização, a manutenção da abstinência, dentre outros. É importante ressaltar que o tratamento medicamentoso é coadjuvante na recuperação do paciente, sendo ministrado apenas quando necessário.

Entendendo a importância da família para o tratamento, o *Núcleo Familiar* foi desenvolvido para acolher e orientar os amigos e familiares do paciente, consistindo em reuniões que acontecem uma vez por semana. Como recursos, são utilizados a troca de experiências, palestras e vídeos informativos, dinâmicas de grupo e atendimentos individuais, quando necessário.

A *internação voluntária* é escolhida pelos pacientes que reconhecem o problema de saúde, sentem-se incapazes de resolvê-los sozinhos e pedem ajuda por livre e espontânea vontade. Nesta modalidade, pode-se incluir também os objetivos de *desintoxicação* e *prevenção*, com 15 dias e 07 dias, em média, respectivamente.

A *internação involuntária* é utilizada por pacientes com riscos de vida graves, tanto para si como para outrem. Geralmente, a iniciativa do internamento parte dos familiares e/ou responsáveis. Os objetivos do *internamento involuntário* são: a preservação da vida, a

desintoxicação e a compensação do quadro psíquico. Sua finalidade última é promover a conscientização para a ressignificação da vida do ser humano.

Vale ressaltar que, após a alta do *internamento* (observa-se, na prática, período de permanência de 04 meses em média), geralmente a equipe técnica encaminha tanto o paciente quanto os familiares para outras modalidades de tratamento da instituição, como o *ambulatório* e/ou o *hospital dia*, a fim de dar continuidade ao processo de recuperação e reinserção familiar/social dos mesmos.

Dados de *follow-up* da clínica que serve de local deste estudo, através de uma pesquisa realizada no ano de 2015, referentes aos pacientes internados no período de 2011 a 2013, considerando a presença de transtorno de personalidade como preditor de desfecho desfavorável, apontaram para os dados da tabela abaixo, na qual se observam 123 pacientes (58 sem transtorno de personalidade *versus* 65 com transtorno de personalidade). Os dados apontam para melhores desfechos (Estar bem/ótimo: 73,2% vs. 44,6% e Estar limpo de drogas: 67,9% vs. 47,7%) confirmando achados da literatura sobre a piora do prognóstico de pacientes com transtorno de personalidade associada à dependência química.

Tabela 1 – ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO DA PERSONALIDADE E FOLLOW-UP DE PACIENTES COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Questão	Sem TP (n=56)	Com TP (n=65)	P
Como esta? (bem/ótimo)	73,2% (41)	44,6% (29)	0,02
Está internado?	10,7% (6)	10,8% (7)	NS
Está limpo?	67,9% (38)	47,7% (31)	0,003
Está trabalhando?	51,8% (29)	49,2% (32)	NS
Está estudando?	19,6% (11)	27,7% (18)	NS
Indo ao psiquiatra?	33,9% (19)	30,8% (20)	NS
Indo ao psicólogo?	17,9% (10)	6,2% (4)	0,02
Indo ao NA?	14,3% (8)	16,9% (11)	NS
Indo à religião?	48,2% (27)	16,9% (11)	0,01
Já foi preso?	21,4% (12)	21,5% (14)	NS
Família vai à terapia?	12,5% (7)	17,5% (12)	NS

Família vai à Naranon?	0,0% (0)	1,5% (1)	NS
------------------------	----------	----------	----

Fonte: Pesquisa realizada na Clínica Vale Viver (2015).

Portanto, na pesquisa de campo deste trabalho, a realização das entrevistas semiestruturadas como a aplicação dos questionários (ver em Apêndices B e C) foram focalizadas nas famílias de pacientes dependentes químicos de cocaína/crack, sem transtornos da personalidade.

Durante a coleta de dados, dos 58 pacientes dependentes químicos puramente da população do serviço, 02 faleceram, 06 estiveram reinternados na mesma instituição no mesmo momento da coleta de dados, 15 deles a pesquisadora não conseguiu contato, nem mesmo com seus familiares e 05 não quiseram participar da entrevista. Portanto, a amostra resulta em 30 participantes no total, ou seja, 30 familiares de 30 pacientes.

Segue, abaixo, a caracterização das famílias entrevistadas.

7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Foram realizadas 30 entrevistas com familiares de dependentes químicos (sem comorbidades psiquiátricas), internados entre os anos de 2011 e 2013, numa clínica privada para tratamento especializado. A Figura 1 demonstra os percentuais atribuídos ao grau de parentesco do familiar responsável pelo internamento e que respondeu a entrevista: 50,0% são mães, 23,3% irmãos/irmãs, 10,0% pais, 10,0% tias e 6,7% esposas.

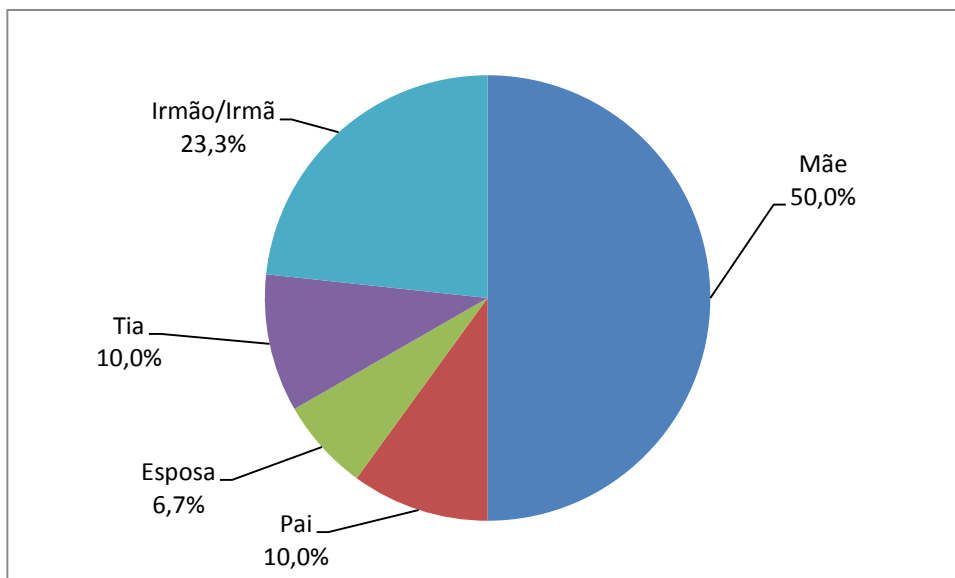


Figura 2 - GRAU DE PARENTESCO DO FAMILIAR ENTREVISTADO

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

Existe uma predominância de mulheres (mãe, tia, esposa, irmã) que acompanham os internamentos dos seus entes. Geralmente, observa-se no relato dessas entrevistadas uma sobrecarga imensa de atribuições rotineiras, bem como a vivência da cultura de “culpa”, como se elas fossem as principais responsáveis e/ou influenciadoras pelo adoecimento/cura de seu familiar.

Encontra-se, cotidianamente, a queixa-culpa de familiares, na maioria das vezes, mães, em relação aos filhos que fazem uso/abuso de drogas. Culpabilidade que, em geral, cerca os familiares que se vêem presos na acusação do Outro Social. Na toxicomania, onde o fenômeno de dependência ao objeto droga se instala, o caminho traçado parece divagar por outras bem diferenciadas vertentes. Quem faz apelo é o Outro Social, não o toxicômano, que, em princípio, não apresenta culpa (NUÑEZ, 2004).

Considera-se que a toxicomania é uma questão dirigida ao Outro materno. A clínica mostra que, do lado do toxicômano, sempre há uma mãe; uma mãe apaixonada pelo filho, uma mãe que diz amar demais, que fez tudo por esse filho. Paixão pelo filho, paixão pela droga. Paixão entendida aqui como aquele perigoso fascínio ligado ao espelho, onde “um objeto” parece ter-se tornado indispensável, como uma exigência vital, como aquilo que não pode faltar, indo até esse absoluto da falta do ser que é a morte (NUÑEZ, 2004).

É muito comum, na prática clínica, a presença das mães como parentesco principal e responsável pelos internamentos dos seus filhos. Elas parecem não desistir tão facilmente deles, nutrindo sentimentos de esperança, de confiança pela equipe técnica e de que seus entes possam mudar sua condição física, psíquica e social. Costumam participar, de forma mais ativa, das atividades familiares propostas pelo internamento, desenvolvendo também um senso de religiosidade intensa. Em segundo lugar, figuram os irmãos, que geralmente assumem o internamento quando os pais já são falecidos ou ausentes.

A Tabela 2 mostra as características demográficas dos familiares entrevistados e nos permite observar que 24 entrevistados (80,0%) eram do sexo feminino, com predominância de pardos (50,0%) e de católicos (53,3%). Metade da amostra tinha escolaridade universitária e mais de um terço (36,7%) renda mensal individual superior a 5 salários mínimos. A maior parte dos familiares era casada/união estável (70,0%).

Tabela 2 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS FAMILIARES ENTREVISTADOS

Característica Demográfica	N (%)
Sexo	
Masculino	6 (20,0%)
Feminino	24 (80,0%)
Raça	
Branco	8 (26,7%)
Preto	4 (13,3%)
Pardo	15 (50,0%)
Amarelo	1 (3,3%)
Índio	2 (6,7%)
Religião	
Católico	16 (53,3%)
Evangélico	8 (26,7%)
Espírita	4 (13,3%)
Testemunha de Jeová	1 (3,3%)
Sem Crença	1 (3,3%)
Escolaridade	
Até o fundamental	3 (10,0%)

Até o ensino médio	12 (40,0%)
Superior ou acima	15 (50,0%)
Renda Individual	
Sem renda	2 (6,7%)
Até 2 SM	7 (23,2%)
De 2 a 5 SM	8 (26,7%)
Acima de 5 SM	11 (36,7%)
Aposentado	2 (6,7%)
Estado Civil	
Casado / União Estável	21 (70,0%)
Solteiro	4 (13,3%)
Divorciado	4 (13,3%)
Viúvo	1 (3,3%)

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

Segue o relato de uma mãe sobre o porquê dela ter buscado o internamento para seu filho:

Foi, assim, porque a gente não estava mais controlando a situação. Tinha saído do controle devido a saída dele, eu acho que ele continuava saindo e não obedecia, ele mudou o comportamento, a educação, a obediência, ele não tinha mais respeito pela a gente. Antes a gente dizia: “Você não vai para tal lugar”, ele obedecia, ele não ia, ele passou a ir, a chegar tarde, a arriscar a própria vida, a gente não sabia o ambiente que ele estava, se era muito perigoso, andando com traficante, entendeu?! A gente começou a encontrar drogas dentro do quarto, arma. Aí foi quando eu cheguei para ele, orei, eu me ajoelhei, orei e implorei para que ele fosse buscar ajuda. Quando eu queria que ele me desse um “sim”. Ele disse que “não” e não me deixou ajudar ele neste dia. Mas no momento, eu nem sabia e nem conhecia a Vale Viver. Vi na carteira dele um pacotinho de cocaína. Aí eu disse: “Meu filho, eu não lhe criei para essa vida, deixa eu lhe ajudar?!”. Foi quando eu implorei muito, muito, que ele falou: “Que ajuda a senhora pode me dar?” Aí, na época, eu não conhecia a palavra de Deus, assim, como eu conheço hoje, aí eu disse: “Eu ainda não sei, mas eu vou encontrar algo que possa lhe ajudar!” (E., mãe, 33 anos, casada).

Na experiência do internamento, é visível a predominância das mulheres que buscam o serviço, independente do tipo de parentesco, e a sensibilização delas com o estado atual do paciente. Com relação a raça, ser pardo é justificado pela própria miscigenação no país (Brasil)

e principalmente no local aonde a clínica se situa (Camaçari/Bahia). A presença de mais católicos também corrobora maior prevalência ainda dessa religião no continente brasileiro. Na maioria dos entrevistados, ter nível superior como escolaridade e renda acima de 5 salários mínimos explica a condição sócioeconômica dos mesmos para sustentar uma clínica privada para tratamento da dependência química.

O fato da maioria dos entrevistados estar casado ou com união estável, ratifica os achados da literatura. Autores afirmam que, em vários países do mundo ocidental, pelo menos 30% dos casais separam-se ao longo da vida, sendo que 50% dos primeiros divórcios ocorrem antes de sete anos de casamento. A maioria dos que se separam volta a casar, sendo que a taxa de separações no segundo casamento é ainda maior. Portanto, o que está acontecendo é que, mesmo se separando mais, as pessoas continuam casando e recasando, pois parece que o ser humano ainda não encontrou forma melhor de criar filhos e satisfazer necessidades básicas de segurança e intimidade (FALCETO & WALDEMAR, 2013).

Quanto ao local de residência, 13 entrevistados (43,3%) moravam no interior da Bahia, 11 (36,7%) em Salvador, 3 (10,0%) na região metropolitana e 3 (10,0%) em outros estados. Independente da distribuição e localização de moradia dos entrevistados, a condição financeira é favorável para a maioria, permitindo melhor deslocamento e acesso ao serviço.

Em relação à idade dos familiares, tem-se uma amplitude desde os 28 até 80 anos, sendo que a idade média foi de 51,9 +/- 11,7 anos¹², com mediana¹³ de 51,5 anos. As famílias entrevistadas encontram-se na fase madura, com filhos adultos jovens e pais em plena maturidade, cuja idade estende-se dos cinquenta a meados dos sessenta.

A Figura 3 identifica que, com a maior probabilidade, o entrevistado residia com cônjuge e filhos (46,6%), seguida por famílias nas quais residia apenas com os filhos (30,0%) ou com o cônjuge apenas (16,7%). Somente 2 entrevistados residiam sozinhos (6,7%). Isto evidencia a prevalência do grupo doméstico “simples”, que pode ser composto pelos pais com os filhos ou por um único progenitor com os filhos ou pelo casal sem filhos.

¹² Explicita que a idade média de todos os entrevistados foi de 51,9 anos, com desvio-padrão (+/-) de 11,7 anos para mais e para menos. Desvio-padrão é a medida de dispersão que avalia, de modo padronizado, qual a variabilidade em torno da média do grupo analisado.

¹³ Mediana é a medida de tendência central que identifica o ponto que divide ao meio o grupo analisado (Sinônimo de percentil 50).

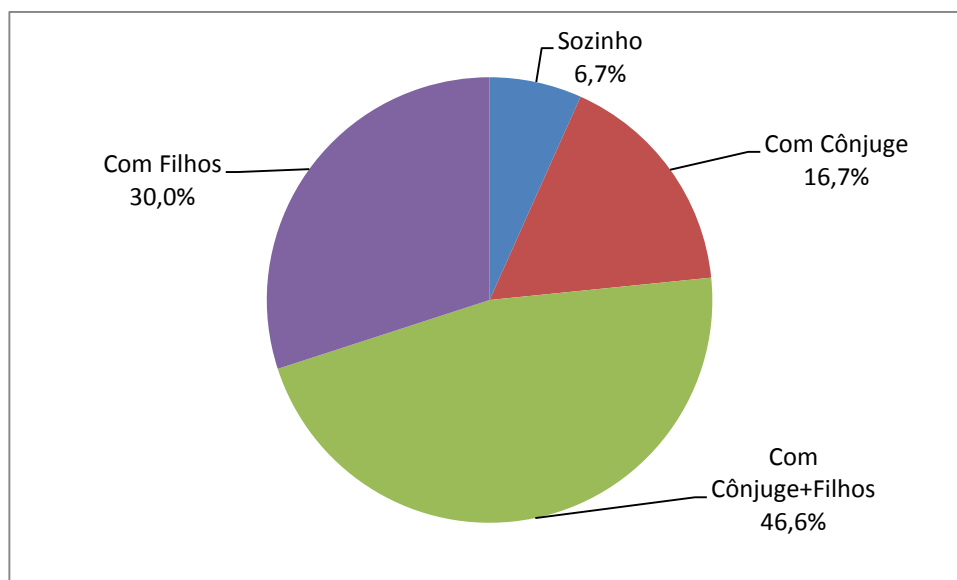


Figura 3 - COM QUEM RESIDE O FAMILIAR ENTREVISTADO

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

Como observado na amostra, além da estrutura familiar ser “simples”, a maioria dessas famílias se encontram na “fase madura”, já mencionada anteriormente. O casal volta a ficar só, muitas vezes em época de aposentadoria, o que possibilita a reconstrução da vida a dois. Por outro lado, não é incomum que em tal momento os filhos permaneçam na casa dos pais em decorrência da continuação dos estudos ou por não conseguirem manter os gastos de outra residência. Os filhos podem, ainda, retornar à casa dos pais por motivo de divórcio, entre outros fatores. É importante mencionar que essa fase é considerada um momento difícil porque o casal se depara com duas gerações precisando de auxílio: a dos filhos que estão se preparando para ter sua própria família, e os pais em processo de envelhecimento.

Após discussão do perfil das famílias entrevistadas, seguem-se os principais resultados sobre percepções dos entrevistados sobre a sua qualidade de vida e do grupo familiar após o internamento dos dependentes químicos.

7.3 QUALIDADE DE VIDA DAS FAMILIAS APÓS O INTERNAMENTO

Como foi abordado anteriormente, entende-se por qualidade de vida, “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais

vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995). Fleck e colaboradores (1999) conclui que: “[...] fica clara a posição da OMS quanto ao caráter subjetivo e multidimensional do termo e a inclusão de elementos positivos e negativos em sua avaliação”.

A análise sobre percepção da qualidade de vida da família ocorreu através da aplicação do WHOQOL-*bref*, composto por 24 questões que abordam quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental), além de 1 questão de visão geral sobre a qualidade de vida e 1 questão sobre visão geral da saúde, totalizando 26 questões.

Na Figura 4, pode-se observar as médias da qualidade de vida por domínios, visualizando a amplitude de pontuação possível entre parênteses, além do escore total. Nota-se que as médias são visivelmente altas, estando sempre acima de 70% de toda a pontuação possível em cada domínio, fato que evidencia a tendência para que se perceba vivenciando uma boa qualidade de vida da amostra estudada. A questão sobre qualidade de vida global mostrou média de $3,9 \pm 0,9$ pontos e a questão sobre satisfação global com a saúde mostrou média de $3,8 \pm 0,9$ pontos, corroborando os achados globais.

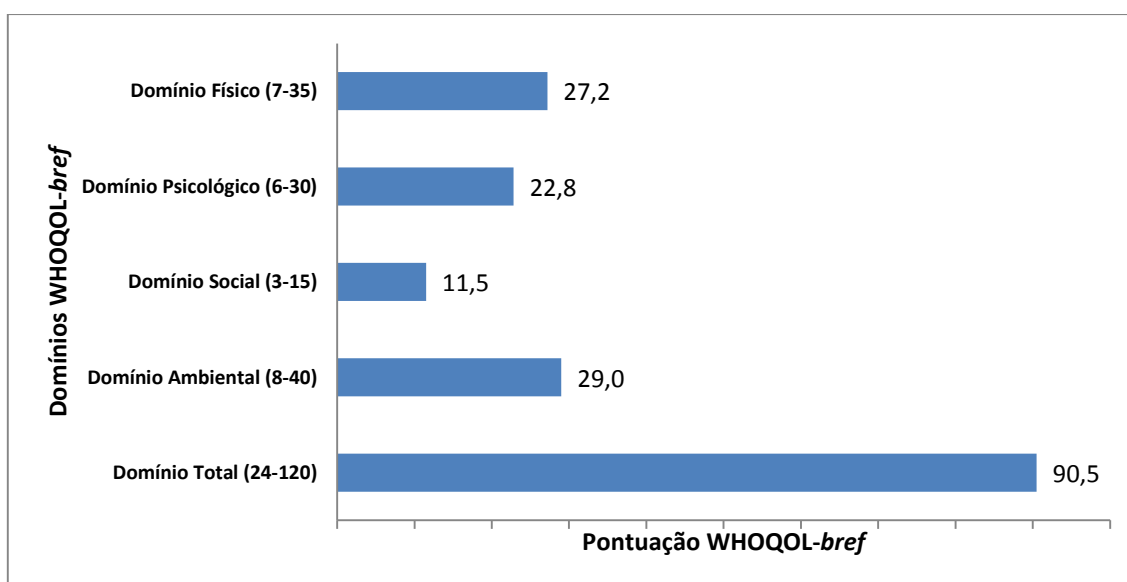


Figura 4 - QUALIDADE DE VIDA POR DOMÍNIO ENTRE FAMILIARES ENTREVISTADOS

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

Ao perguntar às famílias sobre o que elas entendem por qualidade de vida, se percebe múltiplas respostas da maioria, como: viver com dignidade, paz consigo e com os outros, equilíbrio emocional/psicológico, prazer, flexibilidade com as adversidades, bom convívio familiar, trabalho, salário digno, direito a lazer, à cultura, passear, vida sociável, boa alimentação, saúde física/mental, hábitos e ambientes saudáveis, prática de esportes e convívio com pessoas sadias:

Olha... qualidade de vida engloba vários fatores... eu acho assim, qualidade de vida é ter uma vida saudável, ter paz com sua mente, sua cabeça, ficar em paz com Deus, e principalmente você estar em paz, né?! E você procurar sempre estar vivendo bem, fazer exercícios físicos, ter uma ocupação, se alimentar bem, sair para lugares saudáveis, sair com pessoas inteligentes, pessoas boas, pessoas que gostem de você, sempre está procurando por coisas boas, assim, para a sua vida, de tudo! Tanto do físico quanto do mental. Eu acho assim, uma qualidade de vida. Eu gosto muito de qualidade de vida. Não gosto de aglomeração, confusão, ficar no meio assim de muita gente, de muita festa, de muita coisa... eu gosto, assim, de ir ao cinema, praia, teatro, eu gosto de ir para um show de Fábio Júnior, em lugares pequenos, com poucas pessoas, que é bem melhor porque não tem confusão, essas coisas! Procuo viver assim, sabe?! Minha família precisa estar bem!! Minha família em primeiro lugar! Vivi criada com minhas irmãs e minhas primas, crescemos juntas, casamos, fizemos filhos e até hoje é a mesma amizade. Se uma vai para um lugar, todas vão! Eu gosto disso! (A., mãe, 50 anos, casada).

A simplificação daquilo que é chamado de qualidade de vida como conquista do bem-estar e do manejo do estresse é tão marcante que se pode vê-la, de maneira bastante funcional, pela análise dos seis aspectos representados no “Hexágono vital”, que descreve o estilo de vida integralmente saudável em seis pontos: alimentação, atividade física regular, tempo de repouso adequado, espaço para lazer e diversão, trabalho que tenha a possibilidade de realização e inserção em grupo social (de apoio) (ASSUMPCÃO JR, 2010).

Questionamentos a respeito de como era a qualidade de vida antes e após ter o conhecimento do uso de drogas por seus familiares, bem como o que mudou após o internamento, segue o seguinte exemplo de uma mãe:

1) Antes de ter o conhecimento:

A minha qualidade de vida era bem fútil, entendeu?! Era uma coisa assim, sem... ilusória. Era uma qualidade de vida ao qual eu trabalhava, dava uma

boa educação aos meus filhos, em escolas boas, uma boa alimentação, criava os filhos de qualquer jeito. Resumindo... eu achava que estava tudo bem, sendo que eu estava no fundo do poço junto com eles, e quando eu descobri foi quando a minha qualidade de vida piorou bem mais, né?! E quando fui vendo, ao passar dos anos, que eu não tinha como sair daquela situação, estava morrendo junto com ele. E a minha qualidade de vida era péssima. Era um casamento péssimo, a relação com os meus filhos... não tinha vontade de viver, eu pedia para morrer para não ver aquela situação porque eu era mãe. Eu tinha que ficar com aquela situação, tinha que me deslocar da minha cidade para Salvador e, ao mesmo tempo, com a esperança de nada porque, vira e volta, acontecia tudo de novo. Então, minha qualidade de vida era péssima (E., mãe, 33 anos, casada).

2) Após ter o conhecimento:

Piorou porque veio a desesperança, veio a piora do casamento, do relacionamento familiar (E., mãe, 33 anos, casada).

3) Após o internamento:

Depois do internamento dele, a gente percebeu que a gente tinha esperança dele realmente ficar bom, entendeu?! Mas que existia os empecilhos como a sociedade em si, não tinha ambiente para ele, não tinha faculdade, coloquei ele para morar na capital depois que ele saiu daí, fiz todos os esforços para poder mudar e achando que a gente conseguiria, entendeu?! Porque ele saiu daí ótimo. Ele saía daí pronto, achando que poderia ficar com dez pessoas usando e que ele conseguiria não usar. Ele achava que ele não iria voltar a usar. Mas eu percebia que era algo muito forte porque até aí, do que vocês ensinavam, que ele aprendeu a “matar um leão a cada dia”, no “Só Por Hoje”. Mas a gente tentava prender ele e, ao mesmo tempo, a gente sabia lidar mais com a situação depois da Vale Viver. Antes, a gente trancava a porta, a gente ficava com aquela pressão em cima dele. Depois daí, a gente passou a ter mais sabedoria para lidar com a situação, a gente tinha conhecimento disso através de vocês, entendeu?! Foi bem mais fácil, não posso negar isso. Se não fosse com a ajuda de Deus primeiramente e de vocês, era uma situação de você jogar tudo para cima. Quando ele deu testemunho na Igreja, ele falou da Vale Viver, ele disse que, lá mesmo, né, ele escutava as pessoas dizendo de que ele era capaz e de que ele conseguiria. Que ele poderia dominar a droga, e não a droga dominar ele. Essas coisas que ele aprendeu aí, ficou no subconsciente dele de uma forma que ele leva para o dia-a-dia dele, entendeu?! Ele dizia que o vício não iria acabar com a vida dele. Ele falou assim: “Quando eu decidi deixar de ser usuário, eu disse assim, vai ser difícil, mas com Deus eu consigo”. Ele disse isso na Igreja, e eu chorando, me acabando. Aí ele continuou: “E quando eu dei uma passo para frente e dois para trás, antes eu desanimava porque eu

pensava como eu estava tão bem, dei um passo para frente e agora estou pior. Foi aí que eu disse, “Não”, agora que eu vou dar mais um passo para a frente com mais força ainda, eu consigo, eu posso, com Deus eu vou conseguir. Então, irmãos, na sua vida financeira, na sua vida amorosa, em qualquer situação da sua vida, você não pode desistir. Só para quem já foi usuário, como eu fui, sabe como é difícil deixar uma droga dessa. Quero dizer a você, que você é capaz de tudo! Porque Deus pode tudo por você!”. A igreja toda chorou! Ele disse: “A partir de hoje, meu pai e minha mãe não derrama mais uma lágrima por minha causa. Eles já sofrem com a perda diária de uma pessoa que sempre fez tão bem a eles (Meu irmão mais novo). Eu perdi um irmão que era o oposto de mim, era o anjo da casa, e ficou o vilão, o problemático, o drogado. Eu me culpava, porque não fui eu nesse acidente, porque foi meu irmão? Mas Deus sabe de todas as coisas. Meu irmão estava pronto para ir, e eu tinha que ficar porque eu tenho ainda muito o que fazer. Agora nas drogas, eu não fico” (E., mãe, 33 anos, casada).

Interessante observar, na maioria das falas, expressões sobre um progresso na qualidade de vida dos familiares e na dinâmica familiar, em geral, com as experiências de drogadicção vivenciadas pelos seus entes. A partir da droga, a priori vista pelas famílias como algo extremamente desagregador e adoecido, é possível estabelecer reconstruções e novos sentidos de vida entre seus participantes. Mais uma vez, se percebe um aumento da atitude religiosa entres os membros da família.

3

Diante dos achados globais de qualidade de vida, se verifica quais variáveis demográficas poderiam estar associadas a melhor qualidade de vida entre os entrevistados. Ao testar todas as variáveis demográficas dos familiares, se percebe dados descritos na Tabela 3: com ênfase para o sexo masculino que mostrou melhor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e no total; entrevistados com renda superior a 5 Salários Mínimos apresentaram melhor qualidade de vida nos domínios físico, ambiental e no total; e entrevistados casados apresentaram melhor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social e no total.

A raça, a religião, a escolaridade e o grau de parentesco não evidenciaram nenhuma diferença significativa na qualidade de vida geral e em nenhum domínio específico.

Tabela 3 - FATORES PREDITORES DE QUALIDADE DE VIDA ENTRE FAMILIARES

Característica Demográfica	Média+dp	p
Sexo (masculino x feminino)		
Domínio Físico	30,7±3,1 x 26,2±3,7	0,01
Domínio Psicológico	25,3±2,5 x 22,1±3,5	0,04
Domínio Total	99,0±9,1 x 88,3±10,1	0,03
Renda (> 5SM x até 5SM)		
Domínio Físico	30,3±2,1 x 25,3±3,7	0,001<0,01
Domínio Ambiental	30,9±3,5 x 27,9±4,3	0,05
Domínio Total	97,4±7,4 x 86,5±10,5	0,005<0,01
Conjugalidade (casado x não casado)		
Domínio Físico	28,3±3,1 x 24,4±4,7	0,01
Domínio Psicológico	23,9±2,8 x 20,1±3,8	0,005<0,01
Domínio Social	12,3±1,3 x 9,8±2,6	0,03
Domínio Total	93,9±8,6 x 82,3±11,3	0,004<0,01
Abstinência (abstêmio x não abstêmio)		
Domínio Físico	28,5±2,8 x 25,7±4,5	0,05
Domínio Psicológico	24,0±3,0 x 21,5±3,6	0,05
Domínio Total	94,1±7,4 x 86,8±12,4	0,05

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

Ter melhor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e total para os entrevistados do sexo masculino corrobora os achados anteriores de que as mulheres se envolvem mais no processo de adicção do seu familiar, adoecendo mais também. Segue fala de uma mãe quando lhe pergunta se ela frequenta ou frequentou alguma intervenção terapêutica para si mesma após o último internamento do seu familiar no serviço:

Fiz tratamento médico e medicamentoso. Fui diagnosticada de Síndrome do Pânico e Depressão. Fiquei também com hipertensão e perda de peso. Não aguento mais ver as minhas roupas folgadas em mim. Estou magra demais (A., mãe, 46 anos, casada).

Ter renda acima de 5 salários mínimos parece garantir necessidades imprescindíveis para uma boa qualidade de vida nos domínios físico, ambiental e total. Ao perguntar para um pai se existe alguma expectativa dele para o seu futuro, ele responde:

Existe, claro! Ah, minha expectativa é concluir o que eu estou fazendo na minha fazenda, estou criando uns bezerras, coisa e tal, e ficar mais tranquilo. Eu tenho uma empresa, estou saindo mais disso e indo mais para a fazenda... Gostaria de me ver do jeito que eu estou, está ótimo! (E., pai, 56 anos, casado).

Já sobre a melhor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social e total entre os casados, alguns autores demonstram a importância da boa relação de casal para a saúde mental e para o sentimento geral de felicidade das pessoas. Em contrapartida, tem-se indicações também sobre o aumento da infidelidade. O que não se comenta é que a infidelidade ocorre mais nos casamentos que não estão bem e, sobretudo, na etapa anterior ao divórcio. O que se destaca nessa nova fase do casamento é a centralidade da relação afetiva do casal e menos a “instituição casamento” (FALCETO & WALDEMAR, 2013).

Para Falceto & Waldemar (2013), o bem-estar familiar depende muito da qualidade da relação dos adultos. Já está demonstrado que a satisfação com a relação conjugal está associada com o desenvolvimento não só de uma prole psicologicamente saudável, mas também da saúde física de todos.

Encontra-se melhor qualidade de vida das famílias nos domínios físico, psicológico e total quando seus entes estão abstêmios, ratificando os achados da literatura que evidenciam esta variável como preditora positiva de qualidade de vida.

Um achado interessante foi o fato de familiares que internaram seus pacientes na modalidade involuntária terem apresentado níveis inferiores de qualidade de vida no domínio social ($10,8 \pm 2,3$ x $12,4 \pm 1,5$, $p=0,04$).

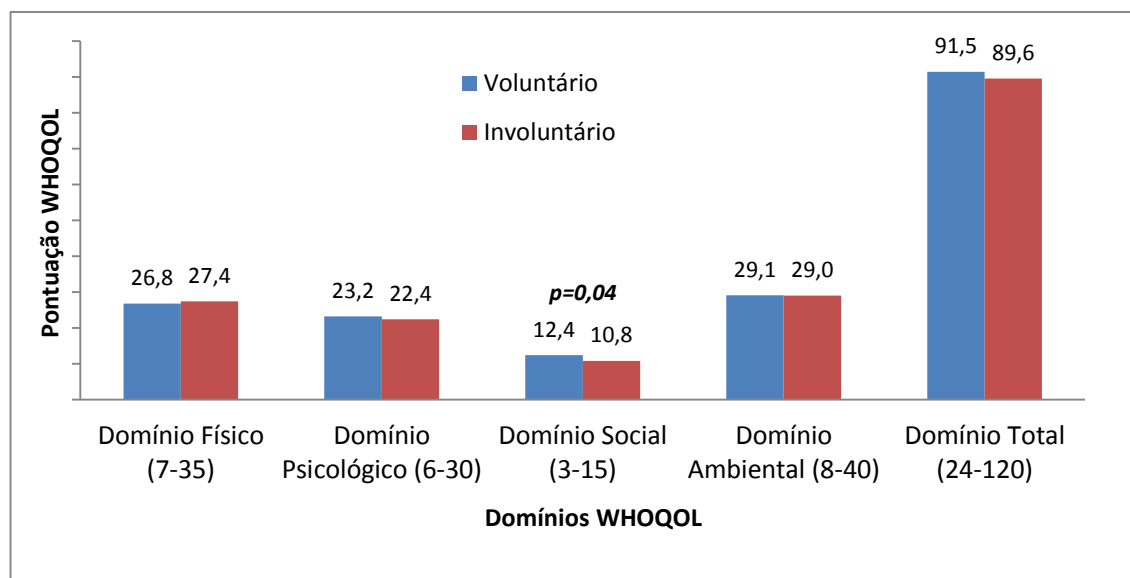


Figura 5 - QUALIDADE DE VIDA POR DOMÍNIO ENTRE FAMILIARES ENTREVISTADOS 2

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

Com relação ao internamento involuntário, observa-se, geralmente na prática clínica, que esta modalidade de tratamento é buscada como o primeiro recurso pela família por se perceberem cansadas físico/mental e isoladas socialmente devido ao doloroso processo de dependência química do seu familiar.

Deve-se observar que os comportamentos manifestados pelo dependente, na sua atividade adicta, quase sempre cooperam para a degradação da qualidade de vida do próprio indivíduo e da família. De fato, as atitudes que o familiar assume mediante a manipulação do ente atuam no sentido de uma regressão de conduta de ambas as partes, já que a drogadicção é uma doença de caráter depressor. Além disso, essa situação parece se sustentar pela falta de informação/orientação social e profissional especializada (CUNHA, 2006).

Para Cunha (2006), o familiar necessita, a priori, de uma orientação para que possa perceber como responde às diretrizes de conduta do adicto, bem como seu grau de envolvimento e de participação na patologia em questão. Necessita, do mesmo modo, de acompanhamento por um grupo de apoio especializado, cujos membros, com sua experiência, lhe permitam observar – de maneira lúcida – as experiências por que passa atualmente e lhe possibilitem sistematizar e desenvolver autoconhecimento suficiente para que ele mesmo seja agente e provedor de sua mudança de atitude.

Quando se pergunta aos entrevistados de que forma a sua participação no “Núcleo Familiar” do serviço lhe ajudou a lidar melhor com a questão de drogas do seu familiar, chama a atenção para as seguintes falas relacionadas a:

1) Maior consciência, compreensão e aprendizado do tema para a vida, além da importância da troca de experiências entre os participantes:

Primeiro você lida com pessoas que estão na mesma situação que você, então você partilha isso. Primeiro que você já perde aquele sentimento de solidão, né, porque aí você já se sente que você não está sozinho, que existe outras pessoas, então você já se sente mais fortalecido. E com o conhecimento teórico, né, que a gente vai adquirindo nessas reuniões e coisa e tal, isso vai ajudando, a gente vai tomando diferentes comportamentos, a gente começa a agir de forma diferente, você começa a atuar de forma diferente porque agora você está respaldado. Você se sente seguro porque agora você tem um apoio, porque agora você está convivendo com outras pessoas, você sabe o que outras pessoas fizeram e deu certo desta forma, e você vai mudando. Na verdade, eu acho, que o trabalho do Núcleo Familiar tem uma função maior do que você lidar com o outro, mas eu acho que é a mudança que nós temos na nossa própria vida, então eu mudei. E a partir da minha mudança que eu pude dar esse auxílio e suporte para meu filho. Então a mudança precisou acontecer em mim, se não, eu não teria saído do estágio que eu me encontrava. Eu não ia ajudar e nem fazer a transformação, né?! (J., mãe, 51 anos, divorciada).

2) Maior autoproteção, segurança, fortalecimento emocional, estabelecimento de limites e não permitir ser manipulado pelo dependente químico:

Aprendi não só sobre o uso de drogas, mas aprendi sobre várias coisas. Muito, muito mesmo. O que eu mais aprendi é não me deixar levar pela emoção. Na verdade, ele dobra a pessoa com palavras, né, para tudo eles têm argumentos. E a gente acabava se deixando envolver. E desde que eu comecei a frequentar aqui que eu passei a enxergar as coisas, antes eu não sabia. Ele se fazia de vítima, levando para uma coisa que não tinha nada haver. Quando ele começa, eu: “Pára! Deixe de drama! Não gosto de ouvir drama! Já ouvi drama demais!”. Daí ele pára porque ele sabe que não vai conseguir comigo. Eu aprendi aí, e eu não desaprendo mais! (A., mãe, 50 anos, casada).

Outro aspecto qualitativo que pôde avaliar a qualidade de vida dos entrevistados foi saber se os mesmos frequentam/frequentaram alguma intervenção terapêutica após a última internação do seu familiar. A maioria respondeu ter frequentado a sua religião, ir à igreja, acreditar em Deus, ter fé e fazer orações. Segue fala de uma mãe:

Depois que ele saiu do tratamento, não. Eu não busquei nada porque, na minha religião, eu tenho um pastor e uma pastora que são muito sábios, me deram muito apoio, entendeu?! Então fiz um tratamento mais religioso. Então eles me acolheram muito, conversavam muito comigo, me davam muito conselho: "Oh, não é por ali, é por aqui!" Então eu tive muito apoio deles (E., mãe, 51 anos, casada).

É em razão da atmosfera de acolhimento dos grupos religiosos que o novo adepto se sente impulsionado a ali continuar. Em geral, as pessoas com maior propensão a se afiliar a grupos de mútua ajuda que as valorizem como seres humanos são aquelas que já indicam baixa coesão com a família e os amigos, sendo mais isoladas socialmente, e acabam notando no grupo (no caso, o grupo religioso) uma forma de modificar sua interação social. Como se sentem parte integrante do grupo e elemento estrutural deste, acabam permanecendo vinculadas e admitem que a forte coesão do grupo as atrai (SANCHEZ *et al*, 2012).

Conforme Sanchez *et al* (2012), apesar desses grupos religiosos oferecerem a espiritualidade como recurso terapêutico aos seus adeptos, não é pela espiritualidade que eles acabam sendo atraídos na fase inicial. O que os atrai na primeira etapa é o acolhimento e a identificação com a proposta do grupo. A espiritualidade só será desenvolvida em uma segunda fase, após a adaptação ao programa e ao grupo. Alguns pesquisadores já apontaram para esse suporte social oferecido pelo grupo como um dos mecanismos que explicam as ações benéficas da religião na saúde, muito além da fé ou de características místicas desses grupos, gerando um ambiente de apoio incondicional ao recém-chegado.

Além da religião, uma parte dos entrevistados afirmou não ter buscado nenhuma intervenção terapêutica, ou por acharem que não precisavam ou por impedimento devido a questões financeiras. Alguns, buscaram psicoterapia individual e outros, tratamento médico em geral. Pode-se exemplificar com as seguintes respostas:

Não busquei não. Graças a Deus, eu nunca precisei. Como se diz, eu sou muito tranquilo, entendeu, e... não é que nunca precisei, eu nunca procurei porque não me achei que eu estava precisando. Eu tenho discernimento suficiente para saber se alguma coisa está me atrapalhando na minha vida. Caso contrário, iria procurar alguma coisa (E., pai, 56 anos, casado).

Busquei também. Busquei consultório psiquiátrico e psicoterapia individual. A gente tem aquela coisa de acreditar muito em Deus, fazendo nossas orações todas em casa. Então, a gente não tem o hábito de ir à Igreja (H., esposa, 61 anos, casada).

Também para avaliar a qualidade de vida dos participantes, foi perguntado sobre se os mesmos estavam ou não inseridos em atividades/funções após a última internação do seu familiar no serviço. Mais da metade dos entrevistados afirmavam exercer atividades domésticas, frequentar a sua religião, ter lazer com a família (como viajar, ir a restaurantes, casa de filhos, praia, cinema, ficar em casa, fazer churrasco, almoço em família e bater papo), trabalhar, fazer atividade física e lazer com amigos (da igreja, frequentar restaurantes, praia, casa do vizinho, realizar viagens e sair para dançar). Estas questões podem ser evidenciadas na seguinte resposta:

Continuei tudo normal. Trabalho fazendo minhas atividades em casa. Faço atividade física, vou à academia. Não deixo de sair com meus amigos, dançava, curtia, fazia tudo. Não deixei de fazer nada. Não fiquei em casa, chorando, nem me culpando e nem nada. Estudei sobre o tema de drogas, religião, lazer com a família e com os amigos. Não faço atividades voluntárias, até gostaria. Se precisar de mim aqui na Vale para alguma coisa, é só chamar! (A., mãe, 50 anos, casada).

Por fim, é muito comum avaliar a qualidade de vida do familiar quando lhe é perguntado sobre as suas expectativas para o futuro e seus reais sentidos de viver, além de como ele gostaria de se ver e ver seu ente neste futuro. Com relação às expectativas, se observa três categorias de respostas:

1) Viver a cada dia e a própria realidade sem tantas expectativas, aproveitar a vida, fazer o que deseja/gosta, ter bom convívio e estabilidade familiar:

Pensei em me aposentar sem expectativa de nada. Busco estar livre, sem horário, sem compromisso nenhum. É viver no aqui-e-agora. Não quero nem pensar no que fazer. Se eu quiser fazer alguma coisa, eu faço. Passei a minha vida inteira controlada, né isso?! Agora não! Posso viajar a qualquer hora e a qualquer dia! (R., tia, 66 anos, casada).

2) Desejo de que seu ente deixe de usar drogas e se torne um cidadão de bem, como também se separar das questões do dependente químico:

Sim... para o meu futuro sim, né?! Consegui viver daqui há uns 5 a 10 anos viver mais tranquila, né, estar mais em paz em relação a tudo isso que acontece, inclusive em relação também a ele porque ele vai me deixar mais tranquila também, né, e é mais ou menos isso. A gente não tem uma vida tão tumultuada, apesar de tudo, apesar de todos os problemas, como ele muitas vezes quer passar para a gente de que ele não é um problema como a gente imagina, mas, assim, as pessoas sempre acham que o seu problema é menor do que o do vizinho, e não é bem assim, né?! Ou seja, é um problema, mas não tão grave que não possa, né... ele pode a vim se tornar uma pessoa, basta ele querer, né?! Hoje a gente está buscando formas de se separar das questões dele. A gente está pretendendo agora fazer isso. Ir separando de uma forma que ele possa desenvolver a vida dele, da forma dele, e nós vamos continuar da nossa forma, como nós encaramos e enxergamos, entendeu?! Que é o melhor para cada um. Se ele prefere viver assim?! A gente não vai mudar ele! Se não a gente vai se acabar! (S., irmã, 45 anos, casada).

A minha prioridade é ver ele liberto das drogas, liberto mesmo!! Tendo vida, eu nem falo qualidade de vida, eu falo vida! Ser um homem realizado e feliz. Eu penso nele, é o meu filho. Apesar de eu estar desligada dele, eu me lembro daquele menino pequeno, bebezinho. E para mim, pretendo viver com esperança e fé. Não pode me faltar fé! Pensar em Deus o tempo todo. A minha vida toda, se não fosse Deus, estava horrível, sabe?! O que eu espero é saúde, é ter tudo de bom! (A., mãe, 52 anos, divorciada).

3) Abrir um negócio próprio, evitar dívidas, sucesso e crescimento profissional, estabilidade financeira, comprar bens e serviços que deseja:

Tenho alguns planos, como abrir uma lojinha de produtos de limpeza para piscina (aqui é muito precário, pois as pessoas precisam viajar para outras cidades próximas para conseguir estes materiais), terminar os estudos do inglês, fazer uma faculdade, construir a nossa casa num terreno por aqui, ajeitar a documentação dele (do esposo) para que possamos viajar para mais longe como forma de comemarmos nossos aniversários. Além disso, gostaria que se resolvesse a questão judicial dele no passado. Este conflito com a lei ainda está em aberto. Temos um advogado cuidando disso. Fico com medo de que ele tenha que cumprir e terminar a pena dele (ser preso novamente) justamente neste momento que ele está bem e mudado. É isto envolve tudo, envolve "nós", que somos a família dele (B., esposa, 28 anos, união estável).

A pergunta de como o familiar gostaria de se ver e ver seu ente neste futuro, sobre si mesmo, geralmente as respostas dizem respeito a viver a própria vida, ter mais tranquilidade, felicidade, saúde física/mental, boa convivência e harmonia familiar. Já em relação ao outro, a maioria das respostas abordam o desejo de ver seus entes bem, felizes, independentes e administrando a própria vida. Seguem falas também sobre o desejo de que os dependentes estejam abstêmios de drogas, ter/construir/realizar sonhos, planos/expectativas para o futuro, estudar, fazer faculdade e ter uma formação profissional. Abaixo, exemplo do desejo de um pai:

Olha... eu me vendo... gostaria de me ver assim... realizado na minha profissão, com a família, não digo realizado, assim... eu, a mãe dele porque o casamento acabou e não era isso que eu queria. Tentei várias vezes, mas não deu certo, ela adoeceu e ficou pior do que ele. É tanto que ela hoje está bem, ela está morando em outra cidade e eu ajudo ela da maneira que eu posso financeiramente. Ela está se recuperando de tudo o que passamos com ele. Depois que ele se recuperou, saiu da última Clínica, ela disse que queria sair de casa. Assim, isso é uma das frustrações que eu tenho. Isso aí eu já tratei também. Não deu para continuar. A vida segue. Tanto é que vou me casar novamente com uma pessoa maravilhosa, que está me completando, meus filhos gostam dela e ela gosta deles. E a minha realização é me ver realizado profissionalmente, entendeu?! E quanto ao meu filho, quero vê-lo também realizado, responsável com o lado profissional dele. Ele ainda não sabe o que quer fazer. Fico preocupado com isso porque ele precisa escolher uma profissão para ele e descobrir o que ele gosta de fazer. Tem dias que ele se estressa lá com o trabalho dele e eu digo a ele de que ele precisa ter paciência porque ele já viveu o que eles estão passando na Clínica. Digo a ele: - “Você deveria passar a experiência para os seus colegas que estão trabalhando lá dentro... Você já ficou internado várias vezes, você sabe qual é o comportamento deles, você pode entrar até na mente deles para saber o que eles querem fazer e tentar conseguir alguma coisa. Você tem que ser forte nisso aí”. Mas aí ele diz: - “Ah, mas o dono da Clínica não entende isso, não dá ouvido para a gente”. Aí eu digo: - “Ele pode não ouvir você, mas você pode demonstrar isso com atos, e mostre a eles o que se pode fazer, e não ir contra a regra da Clínica. Você deve mostrar para ele que o que você está fazendo é o certo, e demonstrar a segurança de que aquilo que você está fazendo é o certo”. Desejo que ele seja realizado, assim, profissionalmente, familiar também. Ele quer casar, mas disse a ele de que ele precisa terminar os estudos, ele precisa ter uma vida financeira estável para depois montar uma família. Como ele pode manter uma família se ele não pode nem se manter sozinho?! (M., pai, 43 anos, casado).

Depois de compreender sobre a qualidade de vida dos entrevistados segundo suas percepções após o internamento de seus familiares, chega-se o momento de conhecer o perfil dos pacientes internados.

7.4 PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS

Na Tabela 4, pode-se descrever as principais características dos pacientes internados pelas famílias entrevistadas nessa pesquisa. Os dados confirmam outros estudos, como a predominância do sexo masculino. Chamou atenção o fato de 46,7% afirmar não ter crença religiosa e que 60,0% dos pacientes não tinham nenhuma renda. Quanto a raça, 43,3% consideravam-se pardos, 33,3% brancos e 23,3% pretos. Com relação a escolaridade, 53,3% estudaram até o ensino médio, 33,3% superior ou acima e 13,3% até o fundamental. Sobre o estado civil, 53,3% eram solteiros, 30,0% casados/união estável e 16,7% divorciados.

Tabela 4 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES INTERNADOS

Característica Demográfica	N (%)
Sexo	
Masculino	28 (93,3%)
Feminino	2 (6,7%)
Raça	
Branco	10 (33,3%)
Preto	7 (23,3%)
Pardo	13 (43,3%)
Religião	
Católico	8 (26,7%)
Evangélico	5 (16,7%)
Espírita	2 (6,7%)
Testemunha de Jeová	1 (3,3%)
Agnóstico / Sem Crença	14 (46,7%)
Escolaridade	
Até o fundamental	4 (13,3%)

Até o ensino médio	16 (53,3%)
Superior ou acima	10 (33,3%)
Renda Individual	
Sem renda	18 (60,0%)
Ate 2 SM	3 (10,0%)
De 2 a 5 SM	5 (16,7%)
Acima de 5 SM	4 (13,3%)
Estado Civil	
Casado / União Estável	9 (30,0%)
Solteiro	16 (53,3%)
Divorciado	5 (16,7%)

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016

Quanto à idade dos pacientes, teve-se uma amplitude dos 15 até 60 anos, sendo que a idade média foi de $30,6 \pm 9,8$ anos, com mediana de 29,0 anos, sendo que apenas 2 pacientes (6,7%) eram menores de 18 anos e outros 2 (6,7%) eram acima de 50 anos. Quanto ao local de residência, 10 pacientes (33,3%) moravam em Salvador, 6 (20,0%) na região metropolitana, 12 (40,0%) no interior da Bahia e 2 (6,7%) em outros estados.

Desde as primeiras descrições a respeito da cultura do uso de crack no Brasil – descrições do modo de vida e comportamentos associados ao consumo -, o perfil predominante do usuário é homem, jovem com menos de 30 anos, solteiro, de baixa posição sócioeconômica, baixo nível de escolaridade, sem vínculos empregatícios formais e, em geral, isolado socialmente. Esse perfil perdura nas descrições mais atuais, porém com presença cada vez mais significativa de mulheres usuárias (RIBEIRO *et al*, 2012).

De acordo com Ribeiro *et al* (2012), o crack, nos primórdios de sua aparição e na primeira década de disseminação, era considerado uma droga restrita à população socialmente marginalizada, tanto no Brasil como em países como Estados Unidos e Canadá. Era definido, portanto, como droga de guetos, ou seja, de populações minoritárias e separadas do resto da sociedade no sentido da pobreza, do desemprego e da ausência de vínculos familiares.

Conforme os autores acima, o uso, assim, parece ter se alastrado de forma não mais circunscrita aos guetos, tampouco à população marginalizada. A literatura chama a atenção para a presença do uso da droga em todas as classes socioeconômicas. Recentemente, em

levantamento nacional realizado entre a população universitária das 27 capitais brasileiras, o crack apareceu com 1,2% de prevalência de uso na vida, o que destoava do perfil de usuário totalmente marginalizado descrito nas primeiras investigações culturais. Ademais, a mídia anuncia com frequência as evidências da droga nos mais variados contextos, que não só nos guetos, como a “Cracolândia”.

A Figura 6 ilustra a droga de preferência que motivou o internamento, sendo que 53,3% eram dependentes de cocaína, 26,7% dependentes de crack e 20,0% de ambas.

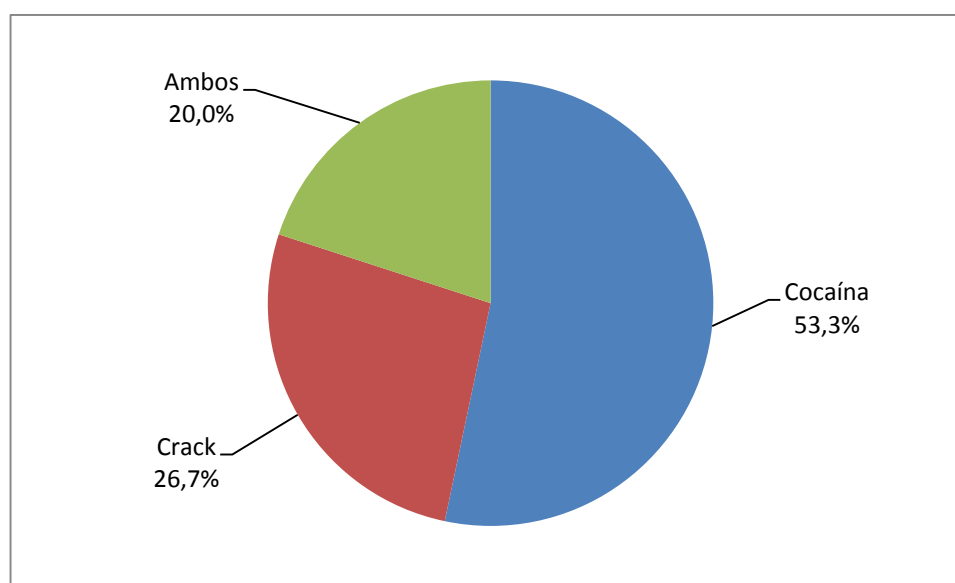


Figura 6 - DROGA DE PREFERÊNCIA QUE MOTIVOU O INTERNAMENTO SEGUNDO OS FAMILIARES ENTREVISTADOS

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

Em relação aos usuários de cocaína intranasal, os usuários de crack apresentam um padrão mais grave de consumo, maior envolvimento em atividades ilegais e prostituição, maior risco dos efeitos adversos da substância e maior chance de morar ou ter morado na rua. Esse perfil continua a ser o mais observado. Outro perfil detectado foi o do usuários de cocaína inalada, também poliusuário, que migra para o crack em busca de efeitos mais potentes da droga (RIBEIRO *et al*, 2012).

Para os autores citados acima, quando se combinam as variáveis “uso exclusivo de cocaína” com “uso exclusivo de crack”, ambas as apresentações e a sua ordem de início –

cocaína para o crack ou crack para a cocaína – possuem uma série de particularidades que pode ser observada. Os usuários de cocaína têm, em geral, um prognóstico mais favorável em comparação aos usuários de crack. Os primeiros, porém, tendem a fazer uso nocivo de álcool com maior regularidade se comparados aos últimos. O uso concomitante de cocaína e crack tem pior prognóstico do que o uso isolado de qualquer uma das duas drogas. Entre os usuários das duas apresentações, ter iniciado o consumo pelo crack está mais relacionado a comportamentos de risco e a maiores quantidades de consumo de crack do que o início pela cocaína intranasal. Isto pode ser ilustrado pelos relatos de mães cujos filhos são usuários de crack apenas:

[...] ele estava comprando droga fiado, ficava aqui na rua comprando droga fiado e os traficantes ficavam atrás. Então, para não matarem ele e ele se livrar desse crack, que era sempre o crack, aí foi o jeito de colocar ele no internamento... Quando ele estava no crack e o pai não solta o dinheiro para ele, aí ele vai fazer o quê? Ele vai comprar fiado e aí eles ficam sabendo que a família pode pagar... aí eles vendem fiado para o pai e a mãe pagarem. Era o que acontecia com ele. Eles iam ameaçar ele na porta, iam ameaçar a família. Tinha medo, quando ele estava no crack, ele enfrentava tudo, não tinha medo de nada. Ele encarava os caras, não tinha medo do traficante, não tinha medo de nada. Às vezes ele tinha medo, e às vezes ele não tinha (C., mãe, 54 anos, casada).

[...]. Ele estava por conta não só do uso, mas agora já por conta do tráfico. Por conta de estar na marginalidade. Como ele estava na marginalidade, ele estava correndo muito risco na cidade que eu morava, que eu já tinha presenciado várias mortes de jovens, inclusive jovens que ele conhecia e eu senti muito medo. Eu tinha uma má impressão de que, se eu não o internasse, com certeza ele já estaria morto (J., mãe, 51 anos, divorciada).

Ele estava praticando furtos, né, e aí, além de praticar furtos dentro de casa, até em outras casas. Ele ia pelo telhado, entendeu, e até arriscar a própria vida dele, né?! (I., irmã, 55 anos, viúva).

[...] o crack, doutora, é o fundo do poço. Ele dormia e acordava e só queria o crack. Ele só faltou morrer. Ele dizendo que ia para outro interior, para a casa da namorada, pediu o dinheiro da passagem, quando vi, ele foi para a rodoviária, entrou num beco lá sem saída e a mulher queria enfiar a faca nele porque deu a droga e ele não deu o dinheiro. Ô, doutora... aí eu disse que tinha

que internar. Pedi ajuda aos meus irmãos e internei ele (M.J., mãe, 49 anos, divorciada).

A Figura 7 ilustra a droga de início de uso, confirmando a literatura de que o álcool é a primeira droga de contato, tanto isoladamente (26,7%) quanto combinada a outras drogas. A maconha é a droga ilícita de início para 20,0% (isoladamente) dos pacientes internados nesse estudo, chegando a 53,4% quando combinada a outras drogas. A cocaína não apareceu como droga de início, a não ser quando combinada a álcool ou maconha.

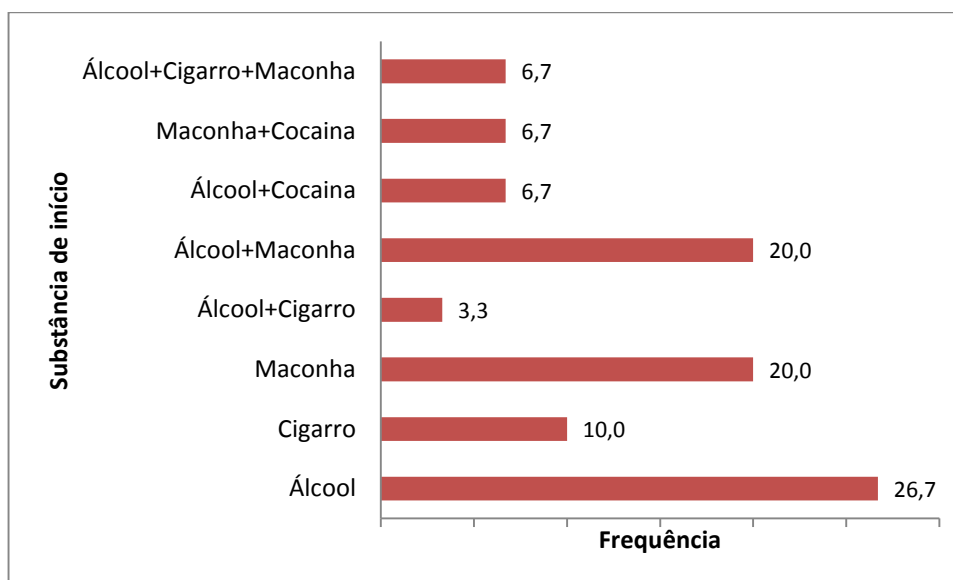


Figura 7 - DROGA DE INÍCIO DO USO SEGUNDO AS FAMÍLIAS ENTREVISTADAS

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

O álcool é o psicotrópico de uso mais difundido na população brasileira. Segundo o Escritório das Nações Unidas para o Controle de Drogas e Prevenção ao Crime – UM ODCCP, o consumo per capita de álcool é maior que o de leite. Segundo pesquisa do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, cerca de 53% da população experimental álcool pelo menos uma vez na vida e existem cerca de 15 milhões de alcoolistas no país – ou 15% da população total. Note-se que há uma estimativa de que 11,2% da população brasileira de 12 a 65 anos de idade é dependente de bebidas alcóolicas, o que representa 5.283.000 pessoas. As investigações realizadas sobre o uso de drogas entre escolares brasileiros têm evidenciado que, nas diversas

regiões do país, o álcool é a droga de uso mais frequente, seguida, à distância, pelo tabaco, pelos inalantes e pelos medicamentos psicotrópicos (CASTRO & ABRAMOVAY, 2002).

Em “Drogas nas escolas”, estudo realizado pelas autoras acima citadas, ao analisar a frequência do uso de drogas ilícitas entre os alunos dos ensinos fundamental e médio nas escolas públicas e privadas, ressalta-se o uso de drogas entre a população estudantil. No entanto se observa que, dentre os que tiveram contato com a droga, a maioria parece haver mantido uma relação apenas experimental, visto que o uso quando do estudo (140.802) foi menor que o indicado para o passado (228.631 alunos). A maconha lidera a experimentação no conjunto das capitais pesquisadas, com uma média de quase 3,0%, e um contingente de mais de 135,6 mil jovens. Os inalantes e a cocaína em pó aparecem a seguir, com índices semelhantes – de 1,1 e 1% em cada caso (com 50,5 mil e quase 47,8 mil alunos, respectivamente). Seguem-se o crack e a merla, com proporções de 0,5% e, em último lugar, as drogas injetáveis, com um índice de 0,3% e quase 12 mil usuários.

Normalmente, o usuário de crack inicia o consumo de substâncias psicoativas pelas drogas lícitas – como o tabaco e o álcool –, sendo a maconha a droga mais comum da segunda fase de experimentação. Quanto mais precoce e mais pesado o consumo de uma droga, maiores as chances de progressão e alcance de padrões mais graves de dependência. Um estudo qualitativo com 18 usuáries de crack observou que todas iniciaram o consumo de álcool e cigarro precocemente, fizeram uso pesado dessas substâncias e chegaram ao crack em curto espaço de tempo. No entanto, o aumento da idade do paciente é um preditor de melhora. Dessa forma, nota-se que o crack não costuma ser a primeira droga utilizada por aqueles com maior idade (RIBEIRO *et al*, 2012).

A Figura 8 mostra o histograma da idade de início do uso de drogas entre os pacientes internados, investigados, sendo a média de 15,6 anos com mediana de 16 anos. Entretanto, 11 pacientes (33,3%) iniciaram o contato até os 14 anos de idade.

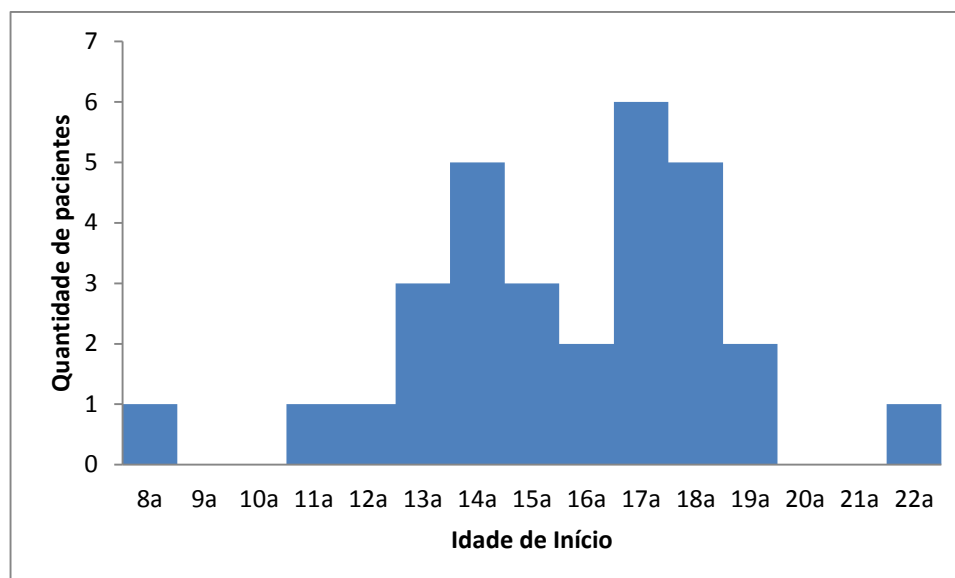


Figura 8 - HISTOGRAMA DA IDADE DE INÍCIO DE USO DE SUBSTÂNCIAS SEGUNDO OS FAMILIARES ENTREVISTADOS

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

Ao estratificar a idade do paciente em quartis (até 24 anos, 25 a 30 anos, 31 a 35 anos e acima de 36 anos), encontra-se idade média de início bastante semelhantes (14,1 vs 15,6 vs 15,1 vs 15,5) e sem diferença estatística, confirmando que a idade de início da droga não estaria associado ao ciclo de vida do paciente internado.

Para Castro & Abramovay (2002), quanto mais cedo se desenvolve a dependência de substâncias psicoativas na adolescência, maior a probabilidade de ocorrer atrasos no desenvolvimento e se apresentar prejuízos cognitivos. Elas também discutem o que a literatura vem chamando a atenção – de que é cada vez mais precoce a iniciação que crianças e adolescentes vem fazendo de drogas ilícitas.

Carlini *et al* (2002), indicam que o início do uso de álcool na vida dos estudantes está ocorrendo cada vez mais cedo no Brasil. Estima-se que cerca de 50% dos alunos de 10 a 12 anos já tenham utilizado bebidas alcoólicas, enquanto 45% dos jovens de 13 a 19 anos que se envolveram em acidentes haviam ingerido algum tipo de álcool. De acordo com esse estudo, cerca de 587 mil adolescentes de 12 a 17 anos (ou 5,2% da população brasileira) são dependentes do álcool. Segue fala de uma esposa quando a mesma aborda sobre o porquê do marido iniciar o uso de drogas:

Influência dos "amigos" e família. Ele conta que, aos 02 anos de idade, o avô passava seu bico no wísque e dava para ele. Aos 08 anos conheceu a maconha e, mais tarde, experimentou maconha misturada com crack. Gostou do efeito, chegando a traficar (B., esposa, 28 anos, união estável).

Foi perguntado ao familiar qual a sua percepção quanto ao motivo do uso da droga que levou ao internamento, e a Figura 9 mostra que 23,3% das famílias reconheciam que a droga era usada para aliviar conflitos pessoais ou familiares. O uso da droga como meio de socialização (20,0%) e obtenção de prazer (20,0%) foram descritas em segundo lugar pelas famílias entrevistadas. Nesta pesquisa, os entrevistados entendem por “socialização”, a influência dos amigos, as más companhias e/ou o meio em que vive.

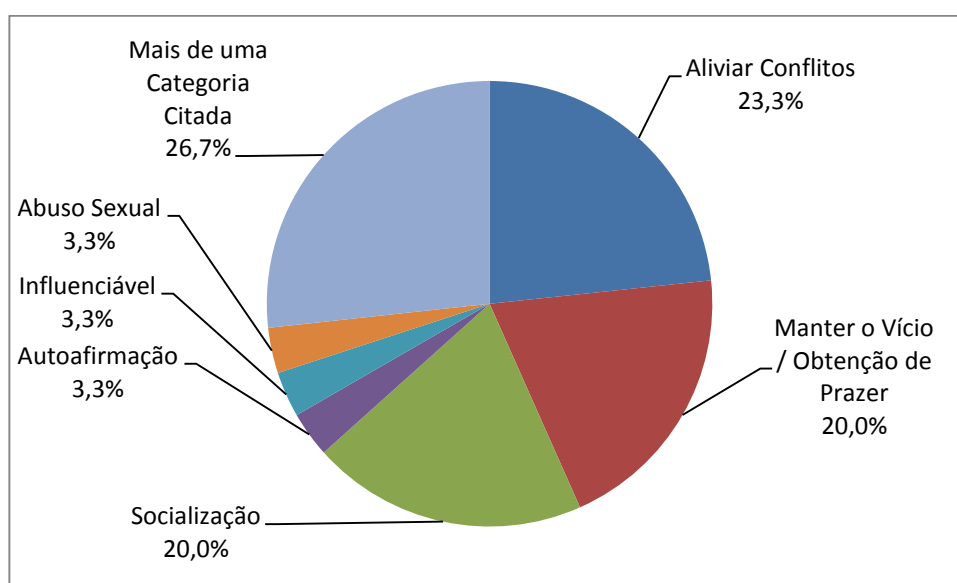


Figura 9 - MOTIVO DO USO DA DROGA SEGUNDO OS FAMILIARES ENTREVISTADOS

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

A literatura afirma que as principais causas para o uso de drogas são a fuga de problemas de natureza moral, psicológica ou material; a independência; a autoafirmação; o modismo; a imitação; o inconformismo; o desafio; e a pressão de grupos. O uso de drogas por jovens pode

ser considerado como uma das maneiras de lidar com necessidades e conflitos relativos ao seu relacionamento com os demais e o próprio ambiente, ou conflitos advindos de exigências sociais e pouca autoestima (CASTRO & ABRAMOVAY, 2002).

Abaixo, seguem algumas percepções dos entrevistados sobre os motivos do uso de drogas pelos seus entes:

Eu acho que foram as companhias, as amizades. Minha irmã, ao meu ver, a maneira como ela criou ele, foi muito facilitadora. Deixava qualquer pessoa entrar na casa dela. Não quero me fazer de boa e falar mal dela, mas era o que acontecia (Z., tia, 66 anos, casada).

Na minha opinião... foi assim... falta de limites, eu não tinha muito controle, não entendia muito de criação de filho adolescente e não prestei atenção. Eu acho que ele começou, assim, com muita liberdade, provou e aí se viciou, né!? Eu creio que foi tudo isso! (A., mãe, 52 anos, divorciada).

Na minha opinião, desde a época da faculdade, ele sempre usava para curtir. Ele usava mais nos finais de semana e sempre achou que ele podia parar. Depois que ele casou (primeiro casamento), ele disse que parou. Mas continuava a beber. Tanto é que eles se separaram por causa disso. E depois que ele se separou, ele afundou na droga. Depois da separação foi que desabou tudo mesmo! (R., irmão, 44 anos, casado).

Olha... na minha opinião, ele teve uma genética da família do pai. O pai era usuário de drogas, a família inteira, tios e tias que eram também. Então ele teve uma forte influência disso. O relacionamento meu com o pai dela foi muito ruim e forte em relação a isso. Ela presenciou muitas coisas na infância. Então, eu acredito que isso deve ter um ponto muito forte para ela ter caído nas drogas. Aí, chegou na adolescência, além da fraqueza, veio a curiosidade. E foi isso que aconteceu (S., mãe, 54 anos, divorciada).

Eu acho que o que favoreceu foi a bebida. Naquela época, de vez enquanto, assim, para sair do sufoco do trabalho, ele encontrava os amigos, tomava umas cervejas e isso que o levou a usar drogas. Na minha opinião, acho que foi em busca de relaxamento (H., esposa, 61 anos, casada).

Na minha opinião, foi a ausência do pai, né, foi uma das razões, eu acho que ele fez uso, como tinha colocado antes, pela necessidade dele se colocar em grupo, né, se inserir na tribo e a busca de empoderamento, essa necessidade dele de se estabelecer, se perceber ele enquanto macho, enquanto homem. Eu acho que seria mais ou menos isso (J., mãe, 51 anos, divorciada).

Eu acredito... não, eu não acredito não... eu tenho certeza que foi falha nossa porque, na época, o pai estava envolvido na política e a gente ficou muito ausente, assim, em relação na convivência com ele. Ele ficava mais com a menina que trabalhava na minha casa e na casa de minha mãe e, daí, ele começou a sair muito com os amigos da escola, aí a gente via as coisas, assim, ele diferente. Mas a gente não se interessava em saber o que estava acontecendo, e a gente não imaginava, e quando vimos, já era tarde (E., mãe, 33 anos, casada).

Como afirmam Castro & Abramovay (2002), essas hipóteses, que apontam para uma lógica psicossocial do interesse pelo uso de psicotrópicos, contrastam com outras visões socialmente difundidas, de que o jovem é, per se, presa fácil do uso de drogas, bastando, para tanto, ter acesso a elas. Isso não significa que esse acesso não tenha seu peso, mas ele é, possivelmente, apenas um fator facilitador, e não determinante.

Bologna (2000: 93) sublinha que o próprio controle social às drogas poderia motivar sua experimentação:

[...] quando aumentamos a censura para não “experimental” ou para “não usar”, é claro que também aumentamos a censura “para experimentar”, “para usar”, porque essa censura, essa “obrigação” de experimentar, reage contra a sua opositora.

Segundo as percepções dos entrevistados, a busca por “socialização” é um conceito bastante diversificado, incluindo influência dos amigos combinada com a facilitação/negligência/falta de limites dos familiares; curtidão e prazer com más companhias; influência da genética e repetição de comportamentos adictos da família; curiosidade da própria fase da adolescência; necessidade de se inserir e ser reconhecido por um determinado grupo.

A seguir, apresenta-se resultados e discussões a respeito das principais diferenças entre os internamentos voluntários e involuntários.

7.5 DIFERENÇAS ENTRE INTERNAMENTOS VOLUNTÁRIOS X INVOLUNTÁRIOS

Uma das discussões mais intensificadas no campo do internamento para tratar a dependência química diz respeito ao internamento involuntário como medida extrema para conseguir afastar o paciente do contato com a droga. Compara-se, na Tabela 5, as possíveis diferenças entre os pacientes internados voluntariamente (n=14) quando comparados aqueles internados involuntariamente (n=16).

Observa-se que, devido a baixa frequência do sexo feminino, essa variável não pode ser considerada como significativa. A taxa de dependência do crack foi semelhante nas duas modalidades. Encontra-se diferenças consideráveis na taxa de alta a pedido (50,0% vs 31,2%) e, claramente, no tempo de internamento (55,9 vs 92,8 dias, $p=0,05$).

Na categoria de internamento voluntário, é muito comum a grande frequência de alta a pedido já que o próprio paciente aceita se internar por “livre e espontânea vontade”, sentindo-se também no direito de ir embora quando desejar. O problema é que, geralmente, o paciente pede sua alta no momento de muita fissura, interrompendo o processo terapêutico de forma abrupta. Isto pode gerar uma falsa sensação de comprometimento com a dependência química e com o tratamento tanto para o usuário quanto para a família. Por isso, esse grupo tende a recair na droga e a reinternar mais vezes. Observa-se, na prática, que a busca por novos internamentos voluntários podem ter objetivos como: barganhar com a família para conseguir algo em troca, desintoxicar para “dar um tempo” ou “ter mais fôlego” para retornar ao uso compulsivo. Já na unidade involuntária, apenas o responsável pode solicitar a alta a pedido e, na minoria das vezes, isso acontece porque o paciente tende a manipular/manobrar bastante o familiar fragilizado emocionalmente para ir embora quando o mesmo não suporta mais continuar no tratamento. Portanto, é visível o cumprimento do tempo da internação ser superior na involuntária do que na voluntária. Segue exemplo da fala de uma mãe quanto a manipulação do filho para sair da clínica:

[...] tinha coisas que a gente fazia e que estava piorando a situação, entendeu?! Tinha coisas que eu fazia até para... e, nessas reuniões, eu cheguei até ter uma conversa com o psiquiatra e ele foi bem duro, mas me ajudou muito. Ele disse: “Como você quer ajudar ele passando a mão pela cabeça dele? Ele faz coisas erradas e você cede?”. Meu filho contava que a Clínica fazia isso e aquilo com ele e eu acreditava que não estavam tratando ele bem, entendeu?! Então, só que ali era tudo mentira dele. O que ele queria era sair dali. Aí, ele tinha domínio sobre isso com a mentira dele. Aí o psiquiatra, através da conversa que eu tive com ele, e através das reuniões, falou isso para mim. Lá, a gente aprendeu muito que, até hoje, eu levo comigo. Muitas das vezes, eu agia de uma forma que não estava ajudando ele. Estava piorando a situação dele muito, muito, muito mesmo (E., mãe, 33 anos, casada).

O tempo médio de uso de drogas foi de $7,1 \pm 5,7$ anos, com mediana de 6,5 anos, tendo 6 pacientes (20,0%) no primeiro ano de uso da droga, e 10 pacientes (33,3%) tinham 10 anos ou mais de uso da droga. Os pacientes internados voluntariamente tinham mais tempo de uso.

Tabela 5 - CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES DE ACORDO COM O TIPO DE INTERNAMENTO

Característica Demográfica	Voluntário (n=14)	Involuntário (n=16)	p
Sexo			
Masculino	14 (100,0%)	14 (87,5%)	0,48
Feminino	-	2 (12,5%)	
Uso de Crack			
Sim	6 (42,9%)	8 (50,0%)	0,73
Não	8 (57,1%)	8 (50,0%)	
Tempo de internamento			
Dias (média \pm dp)	$55,9 \pm 33,4$	$92,8 \pm 59,5$	0,05
Tipo de Alta			
Técnica	7 (50,0%)	11 (68,8%)	0,46
A pedido	7 (50,0%)	5 (31,2%)	
Tempo de uso da droga			
Anos (média \pm dp)	$9,0 \pm 6,7$	$5,5 \pm 4,2$	0,09

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

A respeito do longo tempo de consumo de cocaína/crack pela maioria dos dependentes, surgem as primeiras hipóteses a respeito de uma possível adaptação dos usuários à cultura do

uso. Um dos pontos destacados pelos usuários seria prevenir os riscos de lesões que podem ocorrer nos desentendimentos nos grupos e locais coletivos de uso. Essa prevenção se daria com o uso em ambientes mais protegidos (como casas) ou a utilização solitária da droga, isto é, sem companhia. Os usuários consideram como estratégias fundamentais para a sobrevivência aquelas que facilitam a relação com os traficantes, como não contrair dívidas, não negociar preço da droga e não causar alterações na dinâmica dos pontos de venda e em seus arredores (como brigas e roubos, que poderiam chamar a atenção da polícia). Conforme evidenciado, desrespeitando essas regras do mercado ilícito, a principal possível consequência é a morte do usuário (RIBEIRO *et al*, 2012).

Em seguida, discute-se a influência do internamento no comportamento dos dependentes.

7.6 INFLUÊNCIA DO INTERNAMENTO NO COMPORTAMENTO DO PACIENTE

A Figura 10 demonstra os tipos de tratamento buscados pelos pacientes antes do internamento que serve para análise desse estudo. Observa-se que diversos pacientes já haviam tentado internamento anteriormente, seja voluntário ou involuntário, além de internamentos em comunidades terapêuticas. Apesar de ser critério de exclusão a presença de transtorno mental ou de personalidade, chama a atenção o fato de um terço dos pacientes já tentarem tratamento com apoio de psiquiatra, demonstrando, na contemporaneidade, um menor preconceito e maior popularização quanto as buscas de tratamentos para questões de saúde mental em geral.

Pouco mais de 20% desses pacientes já haviam buscado terapia com psicólogos ou grupos de ajuda mútua (NA – Narcóticos Anônimos). Acredita-se que a gravidade da dependência de cocaína/crack explique a baixa taxa de tratamento extra hospitalares, como CAPS AD e hospital dia.

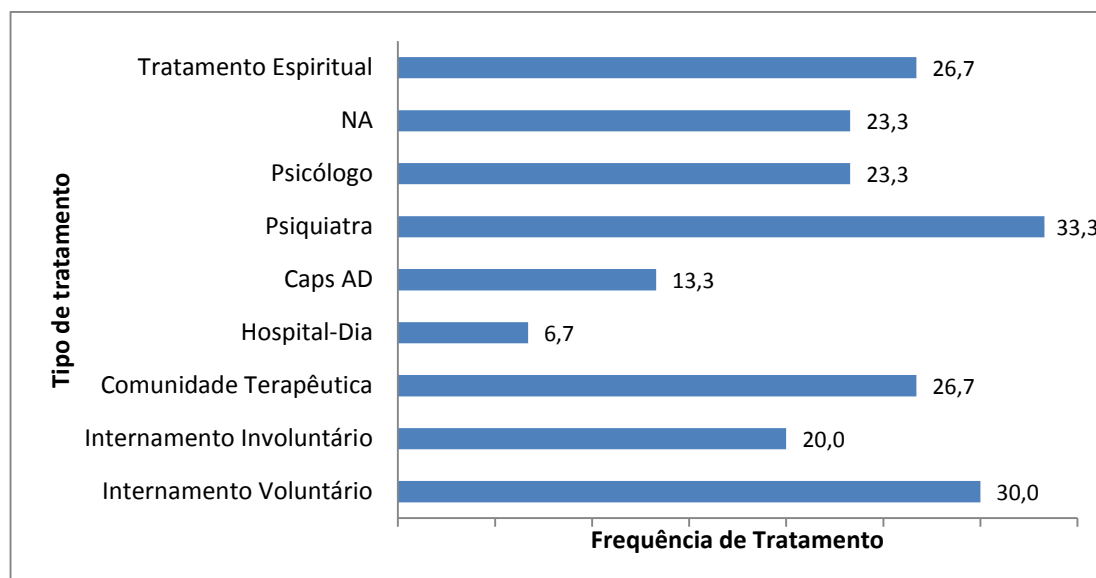


Figura 10 - TIPOS DE TRATAMENTOS BUSCADOS PELOS PACIENTES ANTES DESTE INTERNAMENTO SEGUNDO OS FAMILIARES ENTREVISTADOS

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

Compara-se, na Tabela 6, o padrão de comportamento e busca de tratamento antes e após o referido internamento. Observou-se que houve decréscimo de todos os comportamentos conflituosos, sendo que a redução no comportamento transgressor doméstico (66,7% vs 23,3%, $p=0,03$) foi estatisticamente significativa. Quanto a busca de tratamento, percebeu-se que, apesar de não ter havido significância estatística devido ao pequeno tamanho da amostra, houve aumento da procura, principalmente na psicoterapia individual (23,3% vs 53,3%).

Tabela 6 - PADRÃO COMPORTAMENTAL DO PACIENTE ANTES E APÓS O INTERNAMENTO SEGUNDO OS FAMILIARES ENTREVISTADOS

Padrão de	Antes (n=30)	Após (n=30)	p
Comportamento e tratamento			
Comportamento			
Transgressão doméstica	20 (66,7%)	7 (23,3%)	0,03
Conflito com a lei	11 (33,7%)	3 (10,0%)	0,90
Prisão	7 (23,3%)	2 (6,7%)	0,42
Tratamento			
Psiquiatra	10 (33,3%)	14 (46,7%)	0,30
Psicoterapia individual	7 (23,3%)	16 (53,3%)	0,20

Psicoterapia grupo	3 (10,0)	3 (10,0%)	1,00
Autoajuda	7 (23,3%)	11 (36,7%)	0,27

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

Sobre a redução no comportamento transgressor doméstico, isto parece acontecer com a tomada de consciência dos familiares quanto a mudança de postura e a importância de dar limites aos seus entes durante e após a experiência dos internamentos, responsabilizando-se juntamente ao processo de tratamento do paciente. Com isso, mostra-se um controle familiar por meio do internamento do dependente químico, mas que deixa a desejar no contexto social, já que não ocorre o mesmo em relação à prisão e ao conflito com a lei. Vale refletir sobre o benefício que o Estado poderia ter se investisse melhor no cuidado com os adictos, como o fazem essas famílias. Os melhores meios de abordagem do problema das drogas talvez seriam através do cuidado com o seu “filho social” e a educação emancipadora.

O tratamento para dependência de cocaína e crack tem mostrado resultados encorajadores. No entanto, muitas lacunas ainda permanecem e comprometem o sucesso do tratamento desses indivíduos. Programas de tratamento com base na motivação para a mudança e na aplicação de técnicas de prevenção da recaída têm sido capazes de estimular a abstinência tanto em ambiente ambulatorial quanto de internação. No entanto, tal abstinência não demonstra estabilidade: as recaídas com retorno aos padrões de consumo pré-tratamento chegam a atingir mais da metade dos usuários ao longo de um ano, reduzindo o sucesso para apenas 25 a 30% dos usuários. Todavia, a permanência em tratamento por tempo adequado aumenta as chances do paciente atingir um padrão estável de abstinência. Alguns fatores de boa evolução foram identificados, entre eles a prontidão para o tratamento e para a abstinência completa, predizendo bons resultados, atingindo cerca de 80% dos usuários. A gravidade da dependência, por sua vez, compromete o sucesso terapêutico (RIBEIRO & LARANJEIRA, 2012).

Conforme Ribeiro & Laranjeira (2012), os usuários de cocaína e crack são bastante heterogêneos, dotados de padrões de desenvolvimento, nível socioeconômico, formação educacional e cultural distintos. Envolvem-se em contravenções e apresentam complicações psiquiátricas com mais frequência. Tudo isso dificulta e complica a elaboração de um plano universalmente eficaz de tratamento. Apesar das respostas terapêuticas existentes deixarem muitas perguntas sem resposta, a maioria dos pacientes em tratamento melhora seu desempenho no trabalho e nas relações familiares, afastando-se da criminalidade e apresenta menos complicações psiquiátricas. Além disso, apesar da falta de estabilidade, a probabilidade de

abstinência aumenta no decorrer dos anos; este é um processo crônico, capaz de produzir resultados benéficos.

Seguem diferentes relatos dos entrevistados sobre a percepção deles a respeito da evolução dos pacientes após o último internamento no serviço:

Não mudou! As coisas permaneceram da mesma maneira. Porque acho que mesmo depois do último internamento, eu acredito que ele não tenha melhorado não. Eu acho que ele continua no mesmo processo, ele não tem se ajudado de dizer: - "Não, eu realmente não vou fazer assim". Ele sabe, mas ele não consegue executar. É isso atrapalha muito, porque ele está no convívio com a gente de forma globalizada, não só no relacionamento familiar, mas no relacionamento como empresa, então tudo isso atrapalha muito. Talvez se ele vivesse no mundo dele, se ele tivesse um mundo particular, talvez a gente não tivesse tão inserido em tudo isso. Então, às vezes, é isso que a gente passa para ele: - "Se você quer ser tão diferente, vá viver uma vida diferente, sem envolver as outras pessoas. Porque aí, as outras pessoas só vão saber notícias!". Então... nós vamos viver mais tranquilos, entendeu?! Acredito que nós vamos viver mais tranquilos (S., irmã, 45 anos, casada).

Mudou tudo! Sei que agora ele é um "homem de família", uma pessoa é um cidadão. Isto se reflete em mim como esposa dele e também para o nosso filho. Claro que nada é perfeito. A gente acha que sempre pode melhorar mais. Mas, poxa! Quero sonhar tendo o dia de hoje, é o que temos para hoje! (B., esposa, 28 anos, união estável).

Mudou porque eu tenho mais tranquilidade. Estou mais tranquila, hoje eu já saio de casa sem estar angustiada, não fico ligando para ele para saber aonde está. Vou para qualquer lugar e não dou telefonema para saber. Eu digo assim: - "Se precisar de qualquer coisa, ligue para mim". Não para dizer: - "Minha mãe só fica ligando para saber aonde estou e fazendo o quê". Eu estou deixando ele a vontade. Tanto é, que agora ele se preocupa comigo: - "Minha mãe, porque não vai para a casa de fulano de tal?!". Daí eu falo: - "Não se preocupe comigo não!". Ele fala: - "Vá para aonde a senhora quiser! Eu fico aqui de boa, fique tranquila". E realmente tem acontecido isso. Viajo, fui para São Paulo, passei uma semana lá e voltei mais feliz ainda porque cheguei e encontrei a casa do jeito que eu deixei, ele como eu deixei. Ele só ligava para dizer: - "Oh, tô indo para a Igreja, viu?! Meu pai mandou um dinheiro aqui, vou fazer as compras, vou arrumar as coisas". Pronto, cheguei em casa, tudo tranquilo. Aí é uma tranquilidade que não tem dinheiro que pague, né?! O que está bem melhor na minha vida é isso, é tranquilidade! (A., mãe, 50 anos, casada).

Mudou sim... mudou pelo entendimento que eu tive do que era a vida de um adicto. E do que a família, os familiares adoeciam. Porque eu não entendia isso como uma doença. Depois da Vale Viver que eu compreendi que a gente adoce junto com o adicto. Então, o internamento dele fez eu entender que o usuário de droga é doente e o familiar também adoce conseqüentemente com o problema dele (M., irmão, 30 anos, casado).

É... mudou porque eu vi que é uma coisa que a gente tem que conviver com aquilo, saber como conviver, entendeu?! Não vai mudar nada. Sei de muita gente que deixou, né?! Mas se ele deixou ou não deixou, não significa que a gente não deva continuar vivendo. A pessoa parar de usar ou não a droga não significa o sucesso do tratamento. O que vale a pena é a mudança dos familiares que convivem com o dependente químico. A gente precisa aprender como lidar com aquilo e não se prejudicar, entendeu?! Antigamente era horrível, eu sofria muito com ele, pensando eu que ia dá jeito, e não é assim! (M.L., mãe, 50 anos, casada).

Interessante observar as mudanças de atitudes, ganhos no amadurecimento/equilíbrio/fortalecimento emocional e autoconfiança dos familiares durante e após o internamento dos seus entes, independente dos mesmos estarem abstêmios ou não. Percebe-se que a maioria das famílias foi mais beneficiada com a internação pelo maior aprendizado sobre o tema (como lidar com o dependente químico e a adoção de novas posturas em relação ao mesmo), experienciando a melhora do sossego, tranquilidade, liberdade, independência, condição financeira e qualidade de vida em geral. Já a minoria, aborda que nada mudou na sua qualidade de vida, pois continua recebendo os impactos negativos do dependente químico (desorganização, irresponsabilidade, manutenção do uso), presença de preocupação e de codependência. Para finalizar, seguem as discussões dos preditores de desfecho pós tratamento dos pacientes.

7.7 INDICADORES DE DESFECHO PÓS TRATAMENTO DO PACIENTE

O marcador de desfecho favorável, usado na literatura, está associado a taxas de abstinência, bem como reinserção social e familiar. A Figura 11 ilustra a taxa de abstinência de 50,0% dos pacientes internados nesse estudo, além de evidenciar que 60,0% estavam

trabalhando e 40,0% estudando. As taxas de retorno às atividades domésticas, físicas e de lazer também demonstram bom nível de reinserção social.

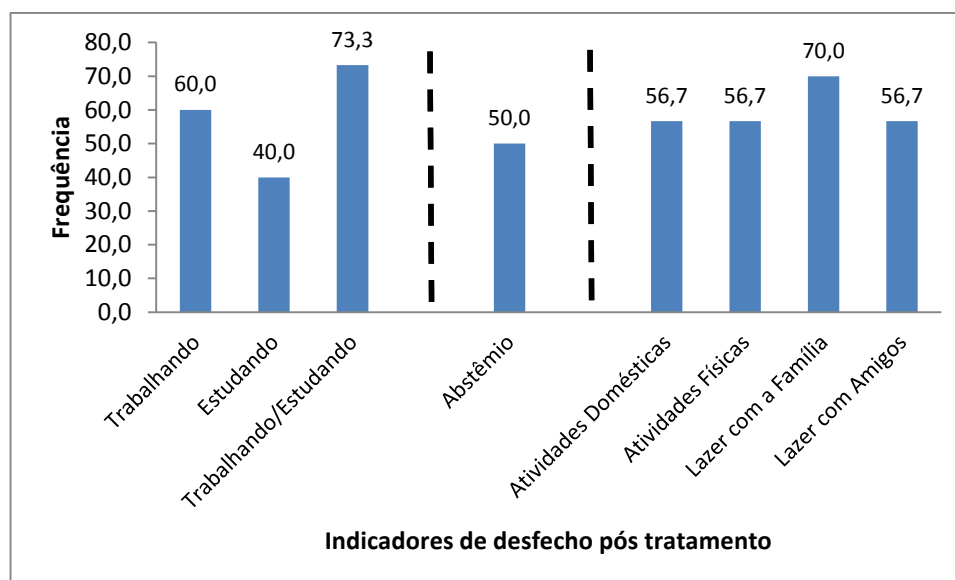


Figura 11 - MARCADORES DE REINserÇÃO SOCIAL E FAMILIAR DO PACIENTE APÓS O INTERNAMENTO SEGUNDO OS FAMILIARES ENTREVISTADOS

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

O tempo de pós alta desses pacientes variou de 30 a 60 meses, com média de $36,0 \pm 14$ meses, sendo que o grupo que se encontrava abstêmio, estava assim há $30,0 \pm 13,0$ meses. Não sendo possível ver diferenças entre o tipo de internamento, tipo de alta ou droga de preferência.

Para Ribeiro & Laranjeira (2005), o prognóstico dos pacientes usuários de álcool e de outras drogas depende de múltiplos fatores, relacionados à substância, ao indivíduo e ao ambiente que o cerca. Todos eles podem contribuir para a gravidade da dependência e favorecem a manutenção do comportamento de busca e consumo. Desse modo, há casos que respondem bem a poucas sessões de terapia breve e outros que serão acompanhados durante muitos anos. O término de um tratamento é geralmente discutido e amadurecido entre o paciente e os profissionais que o assistem. O cumprimento das metas estabelecidas, a satisfação do paciente com a melhora alcançada e seu grau de estruturação social costumam ser tomados como pontos de referência, tanto pelo paciente e sua família quanto pela equipe responsável. Nesse momento, é essencial abordar e avaliar as necessidades pós-tratamento, tais como moradia, emprego e presença de redes de apoio sociais. Grupos de mútua ajuda são uma opção

para todas as fases do tratamento, inclusive para essa. Os canais de acesso para que o paciente possa retornar em situações de dúvida ou crise devem estar claros e prontos para a vigência de qualquer eventualidade. É importante também a avaliação dos fatores de proteção e de riscos mantenedores do consumo da cocaína e do crack.

Fatores de risco são situações ou comportamentos que aumentam a possibilidade de resultados negativos para a saúde, o bem-estar, o desempenho social e o sucesso do tratamento do usuário de cocaína e crack. Já os fatores de proteção são todos aqueles capazes de promover um crescimento saudável e evitar riscos de dependência e de acirramento de problemas sociais. Os fatores de proteção e risco existem em diferentes campos da vida (RIBEIRO *et al*, 2012).

No nível *individual*, manifestam-se por meio das disposições biológicas e psicológicas, das atitudes, dos valores, dos conhecimentos, das habilidades e dos problemas de comportamento de cada um. No campo *familiar*, pelas normas de funcionamento e gerenciamento da vida em família, bem como pelos vínculos de apego entre seus membros. Entre os *amigos*, os fatores de proteção e risco se estruturam a partir das normas de convívio, da natureza das atividades realizadas em grupo e dos tipos de vínculos instituídos. Na escola, a mesma estruturação se dá a partir do clima entre os estudantes e entre estes e a instituição de ensino, das políticas de relacionamento, do acolhimento e da expectativa da escola em relação aos alunos. Por fim, na *comunidade*, os pontos fortes e as vulnerabilidades se organizam a partir da clareza, da objetividade e da maleabilidade com que se concebem e aplicam as normas e as polícias sociais. Todos esses aspectos devem ser investigados em busca de vulnerabilidades e potencialidades, visando o melhor planejamento e o sucesso das ações preventivas e terapêuticas (RIBEIRO *et al*, 2012).

Nas entrevistas qualitativas, se observa fatores de proteção na convivência familiar após o internamento quando se pergunta como o entrevistado vem ajudando o dependente químico. Percebe-se, na grande parte das respostas, maior compreensão, troca de diálogos, apoio, incentivo e afeto entre os membros da família. Em segundo lugar, os participantes relatam dar/devolver as responsabilidades/limites que cabem aos dependentes, não sendo facilitadores e vítimas da situação, além de desenvolverem mais confiança entre eles. Em terceiro, a minoria revela que o tipo de ajuda tem haver com a contribuição/sustentação financeira e a manutenção do dependente em casa. Seguem, abaixo, as vozes das famílias:

[...] a minha parte, enquanto pai, é ficar sempre do lado dele e ajudando no que for necessário. Mas, assim, eu ajudo de uma forma que ele comece a

entender o tipo de ajuda. Eu incentivo ele a voltar a estudar, incentivo ele a ajudar as pessoas que passaram pelo mesmo problema que ele porque ele vai começar a compreender e a ver o sofrimento da pessoa e o sofrimento dos pais daquela pessoa. Então, isso ajudou muito a ele deixar de vez. Ele trabalha numa Clínica para pessoas internadas e com problemas de drogas. Depois daí, ele chegou a se internar numa Clínica involuntária, chegou a ser resgatado... e essa foi a última vez que ele foi para uma Clínica como paciente. Então, a Clínica lá, ela ajudou ele nesse sentido, de dar essa abertura da gente mostrar nosso lado. Lá, a gente fazia nossos relatos nas reuniões, a gente falava o que a gente estava passando. Aí, tinha outros pais que davam relatos piores que os nossos. Então, isso foi entrando na mente dele, a gente conversava. E, quando ele saiu de lá, graças a Deus, ele disse que queria ajudar várias pessoas que tinham o mesmo problema que ele. Ele perdeu duas pessoas que andavam muito com ele, da mesma linha dele, e que foram assassinados pelo tráfico de drogas. Então, a gente não escondeu nada disso para ele, a gente foi mostrando para ele a realidade, não culpando ele de nada porque, antes, a gente culpava ele de muita coisa. A gente não escondia nada dele em relação a manter o tratamento dele, para que ele enxergasse o outro lado (M., pai, 43 anos, casado).

Olha... hoje eu tenho feito o seguinte, eu tenho usado um crédito de confiança, ela vive a vida dela, ela tem a vida dela, hoje eu já não sou mais aquela mãe que ficava no pé dela quando ela morava comigo, e mesmo quando ela vinha das internações, nunca era uma coisa segura porque ela acabava recaindo. Então eu ficava muito no pé, ficava muito em cima porque também ela me dava motivos para isso, né?! E agora não, agora ela tem uma vida independente, eu dou um crédito de confiança porque eu também não posso estar vivendo a vida dela, então eu respeito. Acho que o que eu tenho feito por ela hoje é respeitar a nova vida que ela tem e acreditar que ela hoje é uma pessoa, uma nova pessoa centrada... e ela está bem! O que eu tenho feito por ela hoje é isso (S., mãe, 54 anos, divorciada).

Doutora, é... na verdade, é o seguinte, meu irmão, eu hoje, eu não sou mais facilitador que eu era com ele. Não... ele trabalha comigo hoje, na empresa, mas, ele é funcionário. Eu, quando ele falta no momento de droga dele, eu mando as pessoas descontarem do salário dele. Claro que eu sou irmão, eu tento, às vezes, ajudar, mas não facilitar mais, nem ficar bajulando ele, nem ficar correndo atrás dele. Ele fez a merda dele, ele que resolve a merda dele, né?! Porque, eu acho que a gente... cada qual tem a sua vida, tem um momento que a gente que ajuda o adicto, tem que acabar se preocupando mais consigo do que com eles. Porque senão, a gente acaba se adoecendo, você acaba prejudicando a sua vida como eu quase prejudiquei a minha, eu ia perder um casamento produtivíssimo, ia perder um casamento produtivo, um casamento que me deu muitos frutos, filhos, dinheiro, um casamento que me deu uma

mulher que me ajuda bastante... e quase perdi isso por causa dele. Eu ajudo ele hoje na medida do possível, viu, né?! O que eu posso fazer por ele, eu faço, mas igual como eu fazia antigamente, eu não faço mais não. É porque, hoje, eu tenho três filhos, meu filho de sangue precisa muito mais de mim do que meu irmão. Meu irmão já é adulto. O que ele optou para a vida dele, eu não vou mudar, mas o meu filho, eu ainda estou formando o caráter de meu filho, eu tenho que dar mais atenção ao meu filho do que a meu irmão (M., irmão, 30 anos, casado).

Você fala atualmente? Eu aprendi a lidar com... a não me permitir ficar na condição de vítima, né, então eu não uso mais o discurso de que: "Você não está vendo o que está acontecendo comigo?", né, então, assim, eu sai desse papel da vítima. Então eu não sou vítima de absolutamente de nada. E agora ele fez 18 anos e eu propus a ele muito claramente para ele: "Olhe filho, você já tem 18 anos e eu não vou ser mais chamada, agora a responsabilidade é sua por tudo o que te acontece. Então... e aquela coisa assim, eu ficava no desespero, procurando por onde ele está. Hoje eu fico em casa, eu não deixo de fazer mais nada por conta do meu filho. É o que acontece agora? Ele sai, e quando ele chega, ele tem chegado mais cedo, e quando chega, ele vai me procurar no meu quarto, eu estou dormindo, ele entra no meu quarto e fala: "Mãe... cheguei!" Então, assim, inverteu! Porque não há mais essa coisa da minha apreensão, da minha angústia em função deste questão. Eu não deixo de fazer absolutamente nada. Eu continuo a minha vida normalmente, entendeu?! (J., mãe, 51 anos, divorciada).

Todo mês ele faz biscates onde ele vive, ele planta pé de coentro, ele já mandou para mim. Aí os coentros ficam bonitos e os vizinhos compram. Ele se vira de alguma maneira. Ele arranja o dinheirinho dele da feira e o pai manda, por mês, assim, uma ajuda para ele enquanto ele não está trabalhando, tem que ajudar, né?! Aí nós mandamos para ele uma ajuda porque ele tem filho, tem que comprar fralda, leite do menino, apesar dele já estar comendo, mas a gente sempre ajuda. O irmão também ajuda. E a gente está aqui, na luta! (M.L., mãe, 50 anos, casada).

A figura 12 mostra as taxas de abstinência após o internamento, como uma das variáveis preditoras desse desfecho. Apesar de não serem significativas devido ao tamanho da amostra, vê-se que pacientes internados involuntariamente alcançaram maiores taxas de abstinência (62,5% vs 35,7%), bem como aqueles que receberam alta terapêutica lograram maior êxito para abstinência (61,1% vs 33,3%), possivelmente pelo maior tempo de permanência no tratamento e cumprimento do programa sugerido pelos profissionais. Observa-se ainda que os pacientes

dependentes de crack apresentam menor taxa de abstinência (42,9% vs 56,3%) quando comparados aos dependentes de cocaína, corroborando os achados da literatura.

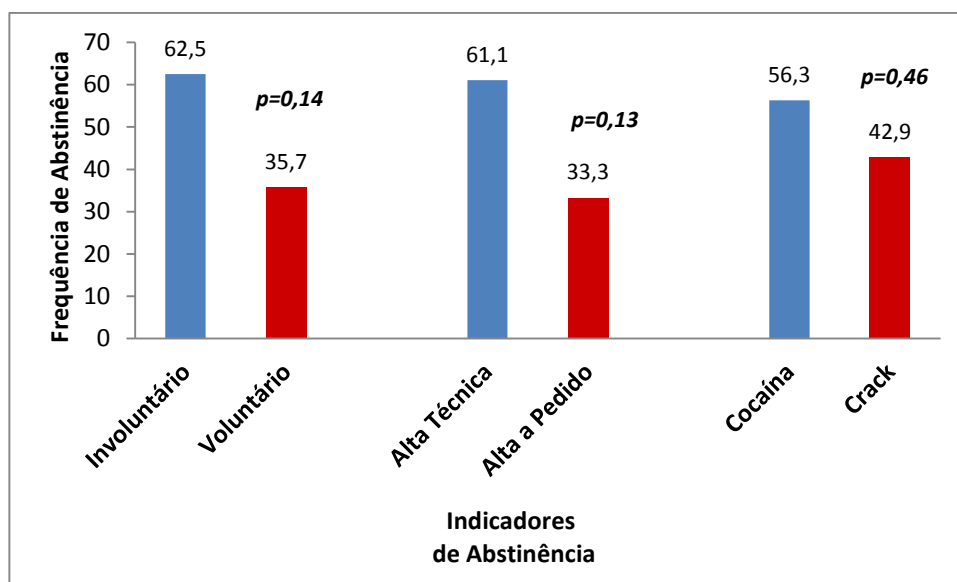


Figura 12 - PERCENTUAL DE ABSTINÊNCIA DO PACIENTE APÓS O INTERNAMENTO, DE ACORDO COM O TIPO DE INTERNAMENTO, O TIPO DE ALTA E A DROGA DE PREFERÊNCIA.

Fonte: Banco de Dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2016.

Portanto, quando se compara a modalidade de internamento (voluntário e involuntário), tanto a qualidade de vida dos familiares quanto o percentual de abstinência do paciente como um dos preditores de sucesso após o internamento à médio prazo, mostram-se semelhantes nesse estudo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Interessante observar a predominância das mulheres entre os que buscam o serviço para seus familiares. A metade da amostra são mães, são elas as principais responsáveis pelos internamentos voluntários e/ou involuntários dos seus filhos. Elas parecem desenvolver maior sentimento de esperança/confiança pelas mudanças dos dependentes químicos de cocaína/crack através das internações e senso de religiosidade/espiritualidade intensa, além de serem mais engajadas no processo do tratamento.

A maioria dos entrevistados são casados/união estável, com escolaridade de nível superior e renda individual acima de 5 Salários Mínimos, explicando a condição sócioeconômica dos mesmos para sustentar uma clínica privada. A idade média dos familiares foi de 52 anos, aproximadamente. Grande parte se encontra na fase madura, com filhos adultos jovens. Há prevalência do grupo doméstico “simples”, que pode ser composto pelos pais com os filhos ou por um único progenitor com os filhos ou pelo casal sem filhos.

A partir da aplicação do WHOQOL-*bref* para se analisar a percepção da família sobre sua qualidade de vida, evidencia-se uma tendência dos familiares declararem ter uma boa qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social e ambiental, além da visão geral da qualidade de vida e da saúde como um todo. No estudo qualitativo, percebe-se múltiplas respostas sobre o conceito de qualidade de vida entre as famílias, como: viver com dignidade, paz consigo e com os outros, equilíbrio emocional/psicológico, prazer, flexibilidade com as adversidades, bom convívio familiar, trabalho, salário digno, direito a lazer, à cultura, passear, vida sociável, boa alimentação, saúde física/mental, hábitos e ambientes saudáveis, prática de esportes e convívio com pessoas sadias.

Na maioria das vozes, se verifica uma tendência para um progresso na qualidade de vida dos familiares e de suas relações interpessoais a partir das vivências do processo de tratamento dos seus entes. A experiência da droga é vista pelas famílias como algo adoecedor a priori, parecendo ser possível, mais tarde, reestabelecer novos significados de vida entre seus participantes, propiciando também maior crescimento pessoal.

Neste estudo, se verifica que variáveis sóciodemográficas podem estar associadas a melhor qualidade de vida entre os entrevistados. Ser do sexo masculino mostra melhor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e no total, corroborando os achados

anteriores de que as mulheres, principalmente as mães, se envolvem/adoecem mais no processo de adicção do seu familiar; ter renda superior a 5 Salários Mínimos apresenta melhor qualidade de vida nos domínios físico, ambiental e no total; estar casado/união estável aponta melhor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social e no total. Na contemporaneidade, os casamentos são destacados pela maior centralidade das relações afetivas, e não pela “instituição casamento” (relações conjugais arrançadas/forçadas devido às convenções sociais tradicionais).

Vale destacar nas diversas vozes dos familiares que, por um lado, eles próprios tendem a aumentar sua exposição à religiosidade/espiritualidade com o processo de drogadicção do parente e seu internamento por perceberem aumento do apoio social/emocional adquirido, além de ser positiva e protetora na recuperação da dependência química. Porém, na pesquisa quantitativa, observa-se que a religião não é destacada pelos entrevistados como um fator que contribua para a melhor qualidade de vida deles, percebendo resultados complementares sobre o impacto dessa variável no bem-estar dos mesmos.

Ressalta-se a diferença entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade. A primeira é definida por crenças sentidas profundamente pelas pessoas e que dão sentido a sua vida e, embora possa ser incorporada em uma orientação religiosa, a espiritualidade também pode ser compreendida como um compromisso dos seres com ideais amplos e nobres ou com o bem-estar dos demais. No entanto, esse caráter inclusivo e subjetivo dificulta a mensuração desse construto em pesquisas. Já a religiosidade é definida como a prática de conceitos ou o nível de envolvimento com uma religião específica, envolvendo crenças e rituais relacionados com o “transcendente” ou sobrenatural, na maior parte das vezes definido como Deus ou outras divindades.

Uma vez que os conceitos de religiosidade e espiritualidade se sobrepõem, a literatura atual utiliza o construto religiosidade/espiritualidade como fator agregado de estudo e associado a melhores índices de saúde e recuperação. Nesta pesquisa quantitativa, foi perguntado aos entrevistados se eles frequentavam e/ou frequentam uma religião apenas, não aprofundando questões sobre o desenvolvimento da espiritualidade dos mesmos, bem como os caminhos utilizados para isso. Na qualitativa, foi possível observar, através da análise do discurso dos familiares, maior riqueza de detalhes quanto a aproximação/ampliação espiritual como recurso terapêutico buscado pelas famílias e também pacientes. Interessante perceber, nos depoimentos, que a espiritualidade foi procurada, sentida e conquistada não apenas nos grupos religiosos, mas também em diversos ambientes e maneiras, como a partir do apoio oferecido pelos próprios

familiares e amigos, Narcóticos Anônimos (NA), Familiares e Amigos de Narcóticos Anônimos (NAR-ANON), Núcleos direcionados para o acolhimento das famílias e ofertados pelo serviço de tratamento especializado, dentre outros, corroborando os achados da literatura de que a associação entre religiosidade/espiritualidade e recuperação da dependência química é consenso.

Os familiares que internaram seus pacientes na modalidade involuntária tiveram níveis inferiores de qualidade de vida no domínio social quando comparadas com a voluntária, obtendo um p estatisticamente significativo ($p = 0,04$). Isto parece elucidar, na prática clínica, que o internamento involuntário é buscado como o primeiro recurso pela família por se sentir esgotada físico/mental e isolada socialmente. É importante ressaltar que, na maioria das vezes, a dependência química pode contribuir para a regressão da qualidade de vida do adicto e da família, com possível piora devido a falta de informação/orientação social e de saúde.

Agregar grupos de apoio e profissionais especializados ao seu meio de convivência poderá ajudar as famílias na sistematização de mudanças de condutas frente ao adicto. Boa parte dos entrevistados relata que, após participação dos “Núcleos Familiares” no serviço, desenvolveram maior consciência, compreensão e aprendizado do tema para a vida. Outros adquiriram maior autoproteção, segurança, fortalecimento emocional, estabelecimento de limites e não permitir ser manipulado pelo dependente químico.

Sobre a busca de intervenções terapêuticas para o próprio familiar, no sentido de se ajudar no enfrentamento da dependência de cocaína/crack dos seus parentes, a maioria responde frequentar a religião, a igreja, acreditar em Deus, ter fé e fazer orações, o que torna a coesão do grupo religioso uma forma de modificar sua interação social e estilo de vida. Outra parte dos entrevistados afirma não ter buscado nenhuma intervenção terapêutica - ou por achar que não precisava ou por impedimento devido a questões financeiras. A minoria foca em psicoterapia individualizada e tratamento médico em geral.

Mais da metade dos entrevistados afirmam estar inseridos em funções/atividades, como: atividades domésticas/físicas/religiosas, lazer com a família/amigos e trabalho. Com relação às expectativas das famílias para o futuro, se observa as seguintes respostas: 1) viver a cada dia e a própria realidade sem tantas expectativas, aproveitar a vida, fazer o que deseja/gosta, ter bom convívio e estabilidade familiar; 2) desejo de que seu ente deixe de usar drogas e se torne um cidadão de bem, como também se separar das questões do dependente químico; 3) abrir um

negócio próprio, evitar dívidas, sucesso e crescimento profissional, estabilidade financeira, comprar bens e serviços que deseja.

Já como o familiar gostaria de se ver e ver seu ente neste futuro, sobre si mesmo, geralmente as respostas dizem respeito a viver a própria vida, ter mais tranquilidade, felicidade, saúde física/mental, boa convivência e harmonia familiar. Sobre o outro, a maioria das respostas abordam o desejo de ver seus entes bem, felizes, independentes e administrando a própria vida. Observa-se falas também sobre o desejo de que os dependentes estejam abstêmios de drogas, ter/construir/realizar sonhos, planos/expectativas para o futuro, estudar, fazer faculdade e ter uma formação profissional.

O perfil predominante dos pacientes, nesse estudo, são homens, com idade média de 30 anos, pardos, solteiros, sem crença religiosa, sem renda e com estudo até o ensino médio, corroborando com os achados da literatura. O uso da cocaína/crack não é característico apenas dos guetos e populações marginalizadas, tendo se alastrado para todas as classes socioeconômicas atualmente.

Nesta pesquisa, se verifica a presença de mais dependentes de cocaína do que de crack. Geralmente, os usuários de cocaína apenas tem prognóstico mais favorável, sendo que o uso concomitante de ambos tem pior evolução no tratamento. O álcool é a primeira droga de contato, tanto isolada quanto combinada a outras drogas, conforme dados da literatura. Já a maconha é a principal droga ilícita de início, também de forma combinada ou isolada. Enquanto substância psicoativa de início de uso, a cocaína só aparece quando combinada a álcool ou maconha. Observa-se que a idade média de início entre os pacientes é de 15 anos aproximadamente, sem diferença estatística, confirmando que a idade de início da droga não está associada ao ciclo de vida do paciente internado.

A maioria das famílias reconhece que a droga de preferência é usada mais para aliviar conflitos pessoais ou familiares, seguido como maneira de socialização e obtenção de prazer. De acordo com as percepções dos entrevistados, a busca por “socialização” é um conceito bastante diversificado, incluindo influência dos amigos combinada com a facilitação/negligência/falta de limites dos familiares; curtidão e prazer com más companhias; influência da genética e repetição de comportamentos adictos da família; curiosidade da própria fase da adolescência; necessidade de se inserir e ser reconhecido por um determinado grupo.

Comparando os internamentos voluntários e involuntários, tem-se que a taxa de dependência do crack é semelhante nas duas modalidades. Há maior taxa de alta a pedido na unidade voluntária porque o paciente aceita se internar de forma espontânea e, geralmente, costuma pedir a sua alta no momento de muita fissura, não concluindo o tratamento. Já o tempo de internamento é maior na involuntária porque quem decide a alta do paciente é a equipe técnica, além disso, o paciente não tem poder de escolha. A alta a pedido pela família acontece nesta modalidade de maneira escassa, muitas vezes quando o familiar fragilizado é bastante manipulado pelo paciente para a sua saída da clínica.

Neste estudo, a maior parte dos pacientes tem 10 anos ou mais de uso da droga de preferência, sendo que os pacientes voluntários têm mais tempo de uso do que os involuntários, podendo explicar a hipótese de que os pacientes utilizam o serviço voluntário também como forma de “dar um tempo” ou “buscar mais fôlego” para continuar usufruindo da droga. Segundo a literatura, o tempo prolongado do abuso de substâncias talvez aconteça pela possível adaptação dos adictos à cultura do uso, diminuindo, assim, as altas taxas de mortalidade desse público.

Segundo os entrevistados, diversos pacientes já tentaram internação anteriormente, seja voluntária ou involuntária, além de internamentos em comunidades terapêuticas. Um terço dos pacientes também tenta tratamento psiquiátrico, demonstrando, na contemporaneidade, um menor preconceito e maior popularização quanto as buscas de tratamentos para questões de saúde mental em geral. A minoria busca psicoterapia e grupos de ajuda mútua. Acredita-se que a gravidade da dependência de cocaína/crack explique a baixa taxa de tratamento extra hospitalar, como CAPS AD e Hospital Dia. Embora vale ressaltar a importância da integração das variadas formas de intervenções terapêuticas para o tratamento da dependência química, além de mencionar também sobre a preciosa contribuição da Teoria da Plasticidade Neuronal, em que os pacientes, durante um longo processo terapêutico, precisariam recondicionar seus neurônios e repertórios comportamentais sem o uso da droga.

Com relação ao padrão de comportamento e busca de tratamento antes e após o referido internamento, observa-se que há decréscimo de todos os comportamentos conflituosos, sendo que a redução no comportamento transgressor doméstico é estatisticamente significativa ($p=0,03$). Quanto a busca de tratamento, percebe-se aumento da procura de psicoterapia individual.

Interessante observar os ganhos no fortalecimento emocional e autoconfiança dos familiares durante e após o internamento dos seus parentes, independente dos mesmos estarem em abstinência ou não. Verifica-se que a maioria das famílias parece mais beneficiada com a internação pelo maior aprendizado adquirido - como lidar com o dependente químico e a adoção de novas posturas em relação ao mesmo -, experienciando a melhora da qualidade de vida em geral. Já a minoria, aborda que nada mudou na sua qualidade de vida, pois continua recebendo os impactos negativos do dependente químico - como desorganização, irresponsabilidade, manutenção do uso -, presença de preocupação e de codependência.

A metade dos pacientes internados está abstêmio, neste estudo, sendo que a maioria está trabalhando e/ou estudando, com bom retorno às atividades domésticas, físicas e de lazer. Esses dados ratificam resultados da literatura de que os marcadores de desfecho favorável do paciente estão associados às taxas de abstinência, reinserção social e familiar. O grupo que se encontra abstêmio está mantendo o seu processo de recuperação há 30 meses, em média.

Vê-se que pacientes internados involuntariamente alcançam maiores taxas de abstinência, bem como aqueles que recebem alta terapêutica possuem melhor êxito para abstinência, possivelmente pelo maior tempo de permanência no tratamento e cumprimento do programa sugerido pelos profissionais. Observa-se ainda que os dependentes de crack apresentam menor taxa de abstinência quando comparados aos dependentes de cocaína, corroborando os achados da literatura.

Fatores de proteção são percebidos na convivência familiar após o internamento quando se pergunta como o entrevistado vem ajudando o dependente químico. Verifica-se, na grande parte das respostas, maior compreensão, troca de diálogos, apoio, incentivo e afeto entre os membros da família. Em segundo lugar, os participantes relatam dar/devolver as responsabilidades/limites que cabem aos dependentes, não sendo facilitadores e vítimas da situação, além de desenvolverem mais confiança entre eles. Em terceiro, a minoria revela que o tipo de ajuda tem haver com a contribuição/sustentação financeira e a manutenção do dependente em casa.

Portanto, quando se compara as modalidades de internamentos voluntários e involuntários, tanto a qualidade de vida dos familiares quanto o percentual de abstinência do paciente como um dos preditores de sucesso após o internamento à médio prazo, mostram-se semelhantes nesta pesquisa.

Busca-se a compreensão do problema da dependência química como um problema também familiar e social, não do dependente apenas, ampliando as chances de abordagens efetivas das drogas nas sociedades contemporâneas. Colocando no centro do problema a família e não um sujeito isolado, a pesquisa leva a refletir sobre causas mais profundas e abrangentes da questão, além de acolher o adicto no seu seio familiar e abrir caminhos para o fortalecimento daqueles que podem ser o verdadeiro/permanente suporte para o controle da condição e prevenção de novos casos. Observa-se, neste trabalho, que os membros familiares não estão desagregados, pelo contrário, existe muita cooperação, ética e tomada de consciência dessas famílias, favorecendo, inclusive, à construção e desenvolvimento desta pesquisa. O internamento aqui é entendido como um meio, e não um fim, para educar, conscientizar e transformar a todos os envolvidos no processo do tratamento.

Destaca-se que não se pretende generalizar os resultados deste estudo, sendo necessário conhecer mais profundamente a população internada de forma voluntária e involuntária e seus familiares em diversos contextos e, assim, fornecer novas informações para a comunidade científica. Vale ressaltar também o subsídio do planejamento de intervenções na prática clínica para minimizar os prejuízos individuais/coletivos ocasionados pela dependência de cocaína/crack, além de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos.

Finalizando, sugere-se a continuidade de outros trabalhos, em amostra mais ampla e em serviços de naturezas variadas (públicas, privadas, dentre outras). Pode-se explorar as questões da espiritualidade/religiosidade de pacientes e familiares no tratamento da dependência química, como também o estudo relacional entre gênero e família, já que a maioria das responsáveis pelo internamento são mulheres (mãe, tia, esposa, irmã), com sobrecarga imensa de funções e vivência da cultura de “culpa”.

REFERÊNCIAS

AA – Alcoólicos Anônimos [site]. [citado 12 out 2010]. Disponível em: www.aa.org.br.

ABEID-RIBEIRO, L. *Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga* [dissertação]. São Paulo (SP): UNIFESP; 2010.

ABRAMS, D. B. & LEWIS, D. C., 1999. In: NIEL, M. & SILVEIRA, X. S. Ministério da Saúde – Brasil – Proad/UNIFESP. *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo, 2008.

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. *Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria de vida dos idosos*. 2005. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ANDRADE, T. M. *Redução de Danos: um novo paradigma?* In: *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004.

_____. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro. v.16, n.12, Dec; 2011.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Normatiza o funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial para o licenciamento sanitário*. Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº101, de 30 de maio de 2001. Brasília; 2001.

ASSUMPÇÃO JR., F. B. *et al.* Escala de avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI): validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, v. 58, n. 1, p. 119-127, 2000.

ASSUMPÇÃO JR., F. B. *Evolução histórica do conceito de qualidade de vida*. In: ASSUMPÇÃO JR., F. B.; KUCZYNSKI, E. e cols. *Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais da saúde mental*. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

BAHIA. Plano Viver sem Drogas investe na reinserção social de dependentes. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3359:plano-viver-sem-drogas-investe-na-reinserção-social-de-dependentes&catid=47:saladeimprensa&Itemid=24> Acesso em: 10 jun.2013.

BARROS, D.M.; SERAFIM, A.P. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Rev. Psiq. Clín.* 2009; 36(4):175-7.

BECK, A.T. The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005.

BERTHOUD, C. M. E. *Visitando a fase de aquisição*. In: CERVANY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E (Orgs). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.31-57.

BLUMSTEIN, A.; RIVARA, F. P.; ROSENFELD, R. The rise and decline of homicid – and why. *Annu Rev Public Health*. 2000;21:505-41.

BOLOGNA, J. E. *Referências e drogas*. In: CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. *Drogas nas Escolas*. Brasília: UNESCO, 2002.

BONADIO, A. N.; DUAILIBI, L. B. *Reabilitação Vocacional*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). *O tratamento do usuário de crack*. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOTTLENDER, M.; SOYKA, M. Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. *Drug Alcohol Depend*. 2005 Oct 1;80(1):83-9.

BOTVIN, G.J.; WILLS, T.A. *Personal and social skills training: cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention*. NIDA Res Monogr. 1985.

BRASIL – Portaria nº 2.841. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III. Brasília: Ministério as Saúde; 2010.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências). Diário Oficial da União. Brasília, DF. 28 jun. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 23 maio 2013.

_____. Presidência da República – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas-SENAD. *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias* – 3. Ed., Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde. Texto preliminar destinado à consulta pública*. Brasília. DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde*, Maio, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS Nº 3.088, 23/12/2011*.

BUCHER, R. *A Situação da Droga no Brasil*. In *Prevenindo contra as Drogas e DST/AIDS*. Brasília: CDIC, 1995, p. 8-16.

_____. *Drogas e Drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. *Prevenindo contra as Drogas e DST/AIDS: cartilha do educador*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995. 28 p.

_____. Psicopatologia da Toxicomania e Vivência do Toxicômano. In *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Ano 2, Nº. 2 e 3, Março/outubro, 1988.: “Drogas na Sociedade”. In *Drogas, Aids e Sociedade*. Brasília: CDIC, 1995, p. 38-46.

CABALLO, V. E. *Manual de Transtornos da Personalidade – Descrição, avaliação e tratamento*. – São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., 2008.

CARBONE, A.; COELHO, M. R. M. *A família em fase madura*. In: CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. (Orgs.) *Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. *I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID: Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARNEIRO, H. *Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas*. Rio de Janeiro: Campus – Elsevier, 2005.

CARROLL, K.M.; RAWSON, R.A. *Dependência de psicoestimulantes*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

CASILLAS, A.; CLARK, L. A. Dependency, impulsivity and self-harm: traits hypothesized to underlie the association between cluster B personality and substance use disorders. *J Pers Disord*. 2002; 16(5):424-36.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. *Drogas nas Escolas*. Brasília: UNESCO, 2002.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005* [Internet]. Brasília: SENAD; 2006 [capturado em 8 abr. 2011]. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br>.

CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. (Orgs.). *Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CEZAR, M. *Drogas: a maior descoberta do homem*. São Paulo: Scortecci, 2008.

CID-10 – *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* / Organização Mundial de Saúde. 5ª ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

CLONNINGER, C. R.; SVRAKIC, D. M. y PRZYBECK, T. R. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990, 1993.

CLOPTON, J. R.; WEDDIGE, R. L.; CONTRERAS, S. A. et al. Treatment outcome for substance misuse patients with personality disorder. *Int J Addict*. 1993 Sep; 28(11):1147-53.

COHEN, P.; CHEN, H.; CRAWFORD, T. N.; BROOK, J. S.; GORDON, K. Personality disorders in earl adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88:S71-S84.

COLOMBO, E. *Descrever o social: a arte de escrever e pesquisa empírica*. In: MELUCCI, A. *Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura*. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

COMPTON, W. M.; THOMAS, Y. F.; STINSON, F. S.; GRANT, B. F. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(5):566-76.

CONSTANTINO, M. A. C. *Avaliação da qualidade de vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à Comunidade da Universidade de São Paulo*. 2007. Tese (Doutorado em Nutrição) – Programa de Pós Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada (PRONUT) da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CONTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. *Boletim da Saúde*. Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan-jun, 2004.

COONEY, B. T.; HELLEMANN, G. S.; RITCHIE, T. L.; NOBLE, E. P. Genetic, personality and environmental predictors of drug use in adolescents. *J Subst Abuse Treat*. 2010, 38:178-90.

CORDIOLI, A. V.; KNAPP, P. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008.

COSTA, L. F. *O Jovem na Família: o Outro Necessário*. In NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (Org). *Juventude e Sociedade: Trabalho, Educação, Cultura e Participação*. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

COSTA, P. T. y McCRAE, R. R. *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1985.

COTTRAUX, J. y BLACKBURN, I. Cognitive therapy. En W. J. LIVESLEY (dir.), *Handbook of personality disorders: Theory, research and treatment* (pp. 377-399). Nueva York: Guilford, 2001.

CROWLEY, J. W. *Drunkard's progress – narratives of ad-diction, despair and recovery*. Baltimore: the Johns Hopkins University Press, 1999.

CRUZ, C. C. Redução de Danos no Contexto do Centro Histórico de Salvador – Ba. Relato da Experiência de uma Estudante de Psicologia. Disponível em: http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=446> Acesso em: 24 mar. 13.

CRUZ, M. S. *Abstinência de Cocaína: Um estudo de características psicopatológicas em dependentes que procuram tratamento*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

_____. *As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas*. – 3. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009. 48p.

CUNHA, W. *In-dependência: aprenda a se livrar das drogas, saiba lidar com um dependente e veja se você estimula a co-dependência*. – São Paulo: Idéia e Ação, 2006.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, Institucionalização e Relevância Social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*. Florianópolis, v. 6, n. 1, 2013. p. 50-65.

DSM-IV-TR - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.^a ed.-Texto revisado). Washington: APA, 2000.

DSM-IV-TR - *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. – 4.ed. ver. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

DIEMEN, L. V.; BASSANI, D. G.; FUCHS, S. C.; SZOBOT, C. M.; PECHANSKY, F. Impulsivity, age of first alcohol use and substance use disorders among male adolescents: a population based case-control study. *Addiction*. 2008; 103:1198-205.

DIMENSTEIN, G. *Repressão amplia limites da crackolândia*. Folha de São Paulo. 1999;11:3-8.

DIOS, V. C. Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua. Em CARVALHO, D. B. B.; SILVA, M. T. (orgs.). *Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI – Cadernos do PRODEQUI 1*. Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999.

DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Supl 4:s545-57.

DUNN, J.; LARANJEIRA, R. R.; SILVEIRA, D. X. da; FORMIGONI, M. L.; FERRI, C.P. *Crack cocaine: na increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993*. *Subst Use Misuse*. 1996;31(4):519-27.

DUPONT, R. L., editor. *Crack cocaine: a challenge for prevention*. Rockville: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; 1991. OSAP prevention monograph, 9.

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva, 2014.

EDWARDS, G. *Alcohol – the ambiguous molecule*. London: Penguin Books, 2000.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. O tratamento do alcoolismo – Um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ESCOHOTADO, A. *Las Drogas. De los Orígenes a La Prohibición*. Madri, Alianza Editorial, 1994.

_____. *O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios*. – São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

ESPINHEIRA, C. G. A. *Os tempos e os Espaços das Drogas*. In NERY FILHO, A.; TAVARES, L. A.; ALMEIDA, A. R. B. et al – *Drogas: Tempos, Lugares e Olhares Sobre seu Consumo*. Salvador: Edufba; Cetad/Ufba, 2004.

FALCETO, O. G.; WALDEMAR, J. O. C. *O ciclo vital da família*. In: EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. S. (Orgs.). *O Ciclo da Vida Humana: Uma Perspectiva Psicodinâmica*. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2013.

FEIST, J; FEIST, G. *Teorias da personalidade*. – São Paulo: McGraw-Hill, 2008.

FERREIRA, F.G.K.Y.; LUZ, J.A.; OBRZUT-NETO, L.; SANTOS, K.A. Uma visão multiprofissional humanizada no tratamento da pessoa com dependência química em enfermagem psiquiátrica de um hospital geral no Paraná. *Cogitare Enferm*, 2005.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Rev. Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

_____. *Avaliação da qualidade de vida*. *Rev Saúde Pública*, 2000; 34 (2): 178-83.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. – 3. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

_____. *Qualidade na pesquisa qualitativa*.- Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIBBS, G. *Análise de dados qualitativos*. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIMBA, M.F. *(Re) Construindo laços e projetos: mulheres usuárias de crack, relações familiares e vulnerabilidades*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea. Universidade Católica do Salvador-UCSal, 2013.

GOLDBERG, J. *Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS*. In: Pitta A. reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.

HAMID, A. Crack: new directions in drug research. Part 1. Differences between the marijuana economy and the cocaine/crack economy. *Int J Addict*. 1991; 26(8):825-36.

HEIDEBREDER, C.A.; HAGAN, J.J. *Novel pharmacotherapeutic approaches for the treatment of drug addiction and craving*. *Curr Opin Pharmacol*, 2005.

HUNT, W. A.; BARNETT, L. W.; BRANCH, L. G. Relapse rates in addiction programs. *J Clin Psychol*. 1971 Oct;27(4):455-6.

JACOBINA, R. R.; NERY FILHO, A. *Conversando sobre Drogas*. Salvador: EDUFBA, 1999.

LEITE, F. T. *Metodologia Científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros*. – Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2008.

LEON, G. A. DE. *comunidade terapêutica*. São Paulo: Loyola; 2003.

LÉVI-STRAUSS, C. *La Famiglia*. In: *Razza e storia e altri studi di antropologia*. Torino: Einaudi, 1967.

LITTLEFIELD, A. K.; SHER, K. J.; WOOD, P. K. Is the “maturing out” of problematic alcohol involvement related to personality change? *J Abnorm Psychol*. 2009; 118:360-74.

LUISI, L. V. V.; CANGELLI FILHO, R. *A família em fase adolescente*. In: CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. (Orgs.). *Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa* (pp. 75-99). 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MARCON, S. R.; RUBIRA, E. A.; ESPINOSA, M. M.; BARBOSA, D. A. Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. jan.-fev. 2012; 20(1):[08 telas].

MARCON, S. R.; RUBIRA, E. A.; ESPINOSA, M. M.; BELASCO, A.; BARBOSA, D. A. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidados em cuidadores de dependentes químicos. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (numero especial 2): 7-12.

MARINHO, J. A. C.; ARAUJO, R. B.; RIBEIRO, M. *Manejo da Fissura*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). O tratamento do usuário de crack. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1985.

_____. *Prevenção da recaída*. Porto Alegre: Artmed; 1993.

MARTINS, L.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev. Latinoam. Enferm.*, v. 4, n. 3, p. 5-8, 1996.

McGLASHAN, T. H.; GRILO, C. M.; SKODOL, A.E.; GUNDERSON, J.G.; SHEA, M. T.; MOREY, L. C.; ZANARINI, M. C.; STOUT, R. L. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II/III diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102(4):256-64.

MEDEIROS, K. T.; MACIEL, S. C.; SOUSA, P. F.; TENÓRIO-SOUZA, F. M.; DIAS, C. C. V. *Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 2, p. 269-279, abr./jun. 2013.

MIGUEL, A. Q. C.; GAYA, C. M. *Manejo de Contingência*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). O tratamento do usuário de crack. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.

MILLON, T. y ESCOVAR, L. A. La personalidad y los trastornos de personalidad: una perspectiva ecológica. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI, 1996.

MINAYO, M. C. S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Emancipação*, Ponta Grossa, 10(2) : 435-442, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no SUS*. Recuperado em 30 de dezembro, 2010, de http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../plano_tratamento_alcool.pdf, 2010.

MIRANDA, M.B.S. *Os sentidos das drogas na sociedade contemporânea: ecos entre os jovens e a família*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea. Universidade Católica do Salvador-UCSal, 2007.

MOLINER, L. F. Personality disorders and substance abuse disorders. *Psychosocial strategies*. 2001;29:58-66.

MONTI, P. M.; KADDEN, R. M.; ROHSENOW, D. J.; COONEY, N. L.; ABRAMD, D. B. *Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento*. 2. Ed. São Paulo: Rocca; 2005.

MOREIRA, M. .; MITSUHIRO, S. S.; RIBEIRO, M. *Avaliação e conduta em situações específicas*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). Tratamento do Usuário de Crack. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 549.

MORIN, E. *O problema epistemológico da complexidade*. 3.ed. Mira-Sintra: Publicações Europa-América, 2002.

_____. *Introdução ao pensamento complexo*. – Porto Alegre: Sulina, 2005.

MUSITO, G.; CAVA, M. J. *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro, 2001.

NA – Narcóticos Anônimos [site]. [citado 12 out 2010]. Disponível em: www.na.org.br.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C.; RAYMUNDO, M.; CARLINI, E. A. *Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil*. *J Psychoactive Drugs*. 2001;33(3):241-53.

NASSIF, M. I. *Para Dartiu Xavier, ações na “cracolândia” são hipócritas*. Carta Maior. Disponível em: <http://coletivodar.org/2012/01/para-dartiu-xavier-acoes-na-cracolandia-sao-hipocritas/> Acesso em: 04/04/13.

NEGRETE, J. C. *Cocaine problems in the coca-growing countries of South America*. In: BOCK, G. R.; WHELAN, J., editors. *Ciba Foundation Symposium 166 – Cocaine: scientific and social dimensions*. Chichester: John Wiley & Sons; 1992. P. 40-56.

NERY FILHO, A.; MEDINA, M. G.; MIRANDA, M. B. S. *Álcool: Contramão da direção. Relatório de Pesquisa*. Salvador, 1995.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. *Principles of drug addiction treatment – A research-based guide*. 2. Ed. Baltimas: NIDA/NIH; 2009.

NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; MATTEI, R.; CARLINI, E. A. *IV levantamento sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras: 1997*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 1998.

NOVAES, M.A.F.P. *Efeitos do uso da maconha na cognição e contribuições da neuropsicologia*. In: CORDERO, D.C.; BUZI, N.; LARANJEIRA, R. *Boas práticas no tratamento do uso e dependência química*. São Paulo: Roca, 2007.

NUÑEZ, M. E. *Toxicomania e família: amor de mãe, amor de mais...* In: *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004.

O’CONNOR, B. P. y DYCE, J. A. *Personality disorders*. En Hersen, M. y VAN HASSELT, V. B. (dirs.), *Advances abnormal psychology* (2.^a edición). Nueva York: Kluwer/Plenum, 2001.

OLIVEIRA, A. C. S.; RIBEIRO, M. *Manejo do Controle das Emoções e dos Impulsos*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). *O tratamento do usuário de crack*. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.

OLIVEIRA, M. G. P. N. *Consultório de rua: relato de uma experiência*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, Bahia, 2009.

OLIVENSTEIN, C. *Os cuidados aos Toxicômanos. Uma Ética para uma Psicoterapia Perversa*. UERJ, 1989.

_____. *Toxicomania: Exclusão e Marginalidade*. In *Toxicomanias: Abordagem Multidisciplinar*. Rio de Janeiro, NEP AD/UERJ: Sette Letras, 1997.

OMS - Organización Mundial de la Salud. CID-10. *Transtornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor, 1992.

PETRAGLIA, I. C. *Edgar Morin: A educação e a complexidade do ser e do saber*. 6. Ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

PETRINI, J. C. *Pós-modernidade e família: um itinerário de compreensão*. – Bauru, SP:EDUSC, 2003.

PETRINI, J. C.; CAVALCANTI, V. R. S. *Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar*. – Petrópolis, RJ:Vozes, 2013.

PHARES, E. J. *Introduction to personality* (2.^a edición). Glenview, Il: Scott, Foresman and Co, 1988.

PILLING, S.; HESKETH, K.; MITCHESON, L. *Psychosocial interventions for drug misuse – A framework and toolkit for implementing NICE-recommended treatment interventions*. London: BPS e NHS; 2010.

PROCÓPIO, A. *O Brasil no mundo das drogas*. Petrópolis: Vozes, 1999.

RAIMUNDO, A.M.G.; BANZATO, C. E. M.; SANTOS, V.A.; PALMIERI, T.C. Hospital-dia em psiquiatria: revisão dos últimos cinco anos de literatura. *J Bras Psiquiatr*. 1994.

RIBEIRO, F. N. Complexidade e o pensamento complexo de Edgar Morin: interlocuções com a educação ambiental e formação. *Pró-Discende: Caderno de Prod. Acad.-Cient. Progr. Pós-Grad. Educação*. Vitória; v. 16; n. 2; Jul./dez. 2010.

RIBEIRO, M. *Organização de serviços de tratamento para dependência química: parte 1 – o estrutural – enquadre terapêutico*. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. *Aconselhamento em dependência química*. 2 ed. São Paulo: Roca, 2010.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; MESSAS, G. P. *Transtornos relacionados ao consumo de álcool e drogas*. In: LOPES, A. C., editor. *Tratado de clínica médica*. São Paulo: Roca; 2005.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. *O Plano de Tratamento*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). *O tratamento do usuário de crack*. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIBEIRO, M.; OLIVEIRA, M. L. S. de; MIALICK, E. S. *Atividade Física Aplicada ao Tratamento da Dependência Química*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). *O tratamento do usuário de crack*. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIBEIRO, M.; DUAILIBI, L. B.; PERRENOUD, L. O.; SOLA, V. *Perfil do usuário e história natural do consumo*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). *O tratamento do usuário de crack*. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M. *Aspectos socioculturais do consumo de crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). *O tratamento do usuário de crack*. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.

- RIBEIRO, M.; YAMAGUCHI, S.; DUAILIBI, L. B. *Avaliação dos fatores de proteção e de risco*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). O tratamento do usuário de crack. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.
- RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. – 3. Ed. – 10. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2009.
- RÍOS-GONZÁLEZ, J. A. (Coord.). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja*. Madrid: Editorial CCS, 2005.
- ROCHA, F. F.; LAGE, N. V.; SOUSA, K. C. Comportamento anti-social e impulsividade no transtorno de personalidade anti-social. **Rev Bras Psiquiat**. 2009 Sep;31(3):291-2.
- ROUDINESCO, E. A família em desordem. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2003.
- RUBAK, S.; SANDBAEK, A.; LAURITZEN, T.; CHRISTENSEN, B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005.
- RUFINO NETTO, A. *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. In: LIMA E COSTA, M. F.; SOUSA, R. P. (Org.). Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994. P. 11-18.
- SACARENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.
- SANCHEZ, Z. V. D. M.; RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A. *Religiosidade e Espiritualidade*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). O tratamento do usuário de crack. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.
- SANTOS, M. *O país distorcido*. São Paulo: Publifolha, 2002.
- SARACENO, C.; NALDINI, M. *Sociologia da Família*. – 1ª ed. Editorial Estampa, 2003.
- SARTI, C. A. *Algumas Questões sobre Família e Políticas Sociais*. In JACQUET, C.; COSTA, L. F. (Org). Família em Mudança. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2004.
- SAYAGO, C.B.W.; LUCENA-SANTOS, P.; HORTA, R.L. & OLIVEIRA, M.S. Perfil Clínico e Cognitivo de Usuários de Crack Internados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2014; 27(1), 21-28.
- SCHENKER, M. *Droga, Indivíduo, Família e Sociedade: Paradigma Sistêmico*. In Toxicomanias: Uma Abordagem Clínica. Rio de Janeiro, NEPAD/UERJ: Sette Letras, 1997.
- SEGAL, Z. Appraisal of the self schema: Construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162, 1988.
- SEIBEL, S. D.; TOSCANO, A. JR. *Dependência de Drogas*. – São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- SELEGHIM, M.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(3):263-8.
- SELLTIZ, WRIGHTSMAN & COOK. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. 2ª ed. Brasileira. – São Paulo: EPU, 1987.

SENAD/CEBRID – *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil* – 2005.

SILVA, C. J. *Manejo em Situações de Crise*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). O tratamento do usuário de crack. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVA, C. J.; SERRA, A.M. Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. *Rev Bras Psiquiatria*. 2004.

SILVA, E. A. Abordagens familiares. *J. Bras. Dep. Quím.* v. 2, supl. 1, p. 21-24, 2001.

SILVA, J. L.; ALVES, L. F.; Coelho, M. R. M. *A família em fase última*. In CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. (Orgs.). Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa (pp. 121-132). 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SILVEIRA, C.; MEYER, C.; SOUZA, G. R.; RAMOS, M. O.; SOUZA, M. C.; MONTE, F. G.; GUIMARÃES, A. C. A.; PARCIAS, S. R. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7):2001-2006, 2013.

SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21,3.

SIMONS, J. S.; CAREY, K. B. Risk and vulnerability for marijuana use problems: the role of affect dysregulation. *Psychol Addict Behav.* 2002;16:72-5.

SIQUEIRA, D. F.; MORESCHI, C.; BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L.; DALCIN, C. B. Repercussões do uso de crack no cotidiano familiar. *Cogitare Enferm.* 2012; Abr/Jun; 17(2):248-54.

SKODOL, A. E.; OLDHAM, J. M.; GALLAHER, P. E. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry.* 1999; 156:733-8.

SPERRY, L. *Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorders*. Philadelphia, PA: Bruner & Mazel, 1999.

STINSON, F. S.; DAWSON, D. A.; GOLDSTEIN, R. B.; CHOU, P.; HUANG, B.; SMITH, S. M. et al. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69(7):1033-45.

SWENDSEN, J. D.; CONWAY, K. P.; ROUNSAVILLE, B. J.; MERIKANGAS, K. R. Are personality traits familial risk factors for substance use disorders? Results of a controlled family study. *Am J Psychiatry.* 2002;159(10):1760-6.

TAUB, A.; ANDREOLI, P.B.A. *Guia para família: cuidando da pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas*. – São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

TOMASSON, K.; VAGLUM, P. Antisocial addicts: the importance of additional axis I disorders for the 28-month outcome. *Eur Psychiatry* 200;15(8):443-9.

TRAD, S. *Mídia e Drogas: Confrontando Texto e Contexto da Publicidade Comercial e de Prevenção*. In NERY FILHO, A.; TAVARES, L. A.; ALMEIDA, A. R. B. et al – *Drogas: Tempos, Lugares e Olhares Sobre Seu Consumo* – Salvador: Edufba; Cetad/Ufba, 2004.

UCHÔA, M. A. *Crack: o caminho das pedras*. 2. Ed. São Paulo: Ática; 1996.

United Nations Office on Drugs and Crime. *World drug report 2009*. New York: United Nations; 2009.

VERHEUL, L. co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*, 2001; 16:274-82.

WAGNER, A.; PREDEBON, J.; MOSMANN, C.; VERZA, F. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. V. 21, n. 2, p. 181-186, 2005.

WALTER, M.; GUNDERSON, J. G.; ZANARINI, M. C.; SANISLOW, C. A.; GRILO, C. M. et al. New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over seven years of follow-ups: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Addiction*. 2009; 104 (1):97-103.

WASHTON, A. M. Evolução do tratamento intensivo em ambulatório (TIA) como uma modalidade de tratamento “legítima”. *J Addict Dis*. [edição portuguesa], 1998.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WOODY, G. E. Research Findings on Psychotherapy of Addictive Disorders. *The*

ZIMMERMAN, M.; CORYELL, W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:682-9.

APÊNDICES

APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE B. QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO SÓCIODEMOGRÁFICO E
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

APÊNDICE C. WHOQOL – ABREVIADO

APÊNDICE D. CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O / A senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa intitulada “*Diferenças entre os internamentos voluntário e involuntário na qualidade de vida de familiares de dependentes de cocaína/crack*”, que está sendo desenvolvida pela mestrand *Michele Campos Almeida de Jesus*, sob a orientação da professora *Mary Garcia Castro*, para a Dissertação do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, da Universidade Católica do Salvador.

Esta pesquisa tem por objetivo verificar a qualidade de vida, em médio prazo, de familiares de dependentes de cocaína/crack após o internamento especializado. Sua relevância se justifica por esta questão ser um problema de saúde pública frequente e atual, podendo desenvolver um trabalho biopsicossocial de impacto entre famílias com dependentes de cocaína/crack.

Sua participação consiste em ser entrevistado(a) por, aproximadamente, uma hora, com base em roteiro que contém perguntas relacionadas ao tema estudado, como drogas, internamentos, família e qualidade de vida.

Esta atividade não é obrigatória e, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que haja qualquer penalização ou prejuízo para o(a) senhor(a) (Res. 466/12 CNS/MS).

Ao decidir participar deste estudo esclareço que:

- Caso não se sinta à vontade com alguma questão da entrevista, o(a) senhor(a) poderá deixar de respondê-la, sem que isso implique em qualquer prejuízo;
- As informações fornecidas poderão, mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que a sua identificação será mantida em sigilo, isto é, não haverá chance de seu nome ser identificado, assegurando-lhe completo anonimato;
- As informações obtidas serão utilizadas apenas para os objetivos de estudo;

- Sua participação não implica em nenhum custo financeiro, mas caso tenha alguma despesa decorrente de tal participação, haverá ressarcimento por parte da pesquisadora;
- O estudo apresenta como benefícios: o(a) senhor(a) poderá refletir sobre si e a sua realidade familiar. Além disso, com os dados obtidos poderão ser fornecidos subsídios para o trabalho educativo e/ou terapêutico com famílias de dependentes de cocaína/crack;
- Há o risco de o(a) senhor(a) sentir-se constrangido(a) pelo fato de serem abordados conteúdos íntimos seus e da família. Caso isto ocorra, tem o direito de interromper a entrevista ou deixar de responder a questão que lhe cause mal estar;
- O(a) senhor(a) receberá uma via deste termo de *Consentimento Livre e Esclarecido*.

Em caso de dúvida ou outra necessidade de comunicação com as responsáveis pela pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato conosco pelo telefone/endereço: Michele Campos Almeida de Jesus - (71) 8858-5221 / E-mail: dra.michelecampos@gmail.com e Mary Garcia Castro – (71) 9979-5800 / E-mail: castrmg@uol.com.br. Universidade Católica do Salvador – Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea – Av. Cardeal da Silva, 205 – Federação, Salvador-Ba, CEP: 40.231-92.

Eu, _____ aceito, voluntariamente, o convite de participar deste estudo, estando ciente de que estou livre para, a qualquer momento, desistir de colaborar com a pesquisa, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO SÓCIODEMOGRÁFICO

A) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Q01.NÚMERO: _____	Q02.INICIAIS: _____	Q03.IDADE: _____
Q04.SEXO: (1)Masculino (2)Feminino		
Q05.RAÇA: (1)Branco (2)Negro (3)Pardo (4)Amarelo (5)Índio		
Q06.NATURALIDADE: _____		
Q07.ONDE MORAVA: _____		
Q08.RELIGIÃO: (1)Católico (2)Evangélico (3)Espírita (4)Candomblé (5)Umbanda (6)Budista (7)Não tem crença religiosa (8)Outros (Qual? _____)		
Q09.ESCOLARIDADE:		
(0)Analfabeto (1)Alfabetizado(2)Primário Completo (3)Primário Incompleto		
(4)Fundamental Completo (5)Fundamental Incompleto (6)Médio Completo		
(7)Médio Incompleto (8)Superior Completo (9)Superior Incompleto		
(10)Especialização Completa (11)Especialização Incompleta		
Q10.PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: _____		
Q11.RENDA: (0) Sem renda (1)< 1SM (2)1-2SM (3)2-3SM (4)3-4SM (5)4-5SM (6)>5SM (7)Aposentadoria (8)INSS (9)Não Informada		
Q12.ESTADO CIVIL: (1)Solteiro (2)Casado (3)Divorciado (4)Viúvo (5)União Estável		
Q13.NUM DE CASAMENTOS: _____	Q14.NUM. DE FILHOS: _____	
Q15.RESIDIA COM: _____		

Q16.DROGA DE INÍCIO: _____	Q17.IDADE DE INÍCIO: _____
Q18.DROGA(s) DE PREFERÊNCIA:	
(1)Álcool (2)Cocaína (3)Crack (4)Maconha (5)Cigarro (6)Medicamentos (7)Ecstasy (8)Inalantes (9)Opiáceos (10)Alucinógenos (LSD/Cogumelos)	
Q19.FINALIDADE(s) DA(s) DROGA(s) DE PREFERÊNCIA:	

Q20.TEMPO DE USO DA(s) DROGA(s) DE PREFERÊNCIA: _____	

ANTES DO SERVIÇO ESPECIALIZADO, JÁ TEVE:

Q21.Comportamentos transgressores (0) Não (1) Sim

Q22.Conflito com a lei (0) Não (1) Sim

Q23.Prisão (0) Não (1) Sim

QUAL(is) INTERVENÇÃO(ões) TERAPÊUTICA(s) JÁ BUSCOU ANTES DESTES SERVIÇO ESPECIALIZADO:

Q24.Internação Preventiva (0)Não (1)Sim

Q25.Desintoxicação (0)Não (1)Sim

Q26.Internação Voluntária (0)Não (1)Sim

Q27.Internação Involuntária (0)Não (1)Sim

Q28.Comunidade Terapêutica (0)Não (1)Sim

Q29.Hospital-Dia (0)Não (1)Sim

Q30.CAPSad (0)Não (1)Sim

Q31.Consultório Psiquiátrico (0)Não (1)Sim

Q32.Terapia Individual (0)Não (1)Sim

Q33.Terapia Grupal (0)Não (1)Sim

Q34.Grupos de Mútua-Ajuda (0)Não (1)Sim

Q35.Tratamento Espiritual (0)Não (1)Sim

Q36.Outros (Qual? _____)

Q37.QUANTAS VEZES JÁ SE INTERNOU NESTE SERVIÇO: _____

Q38.QUAIS FORAM AS MODALIDADES, OS PERÍODOS E OS TIPOS DE ALTA DE CADA INTERNAMENTO NESTE SERVIÇO ESPECIALIZADO:

Q39.APÓS ÚLTIMA INTERNAÇÃO NESTE SERVIÇO, ESTÁ LIMPO: (0)Não (1)Sim

Q40.Há quanto tempo: _____

APÓS A ÚLTIMA INTERNAÇÃO NESTE SERVIÇO, HOUE:

Q41.Comportamentos transgressores (0) Não (1) Sim

Q42.Conflito com a lei (0) Não (1) Sim

Q43.Prisão (0) Não (1) Sim

APÓS A ÚLTIMA INTERNAÇÃO NESTE SERVIÇO, ESTÁ/ESTAVA INSERIDO EM FUNÇÕES, COMO:

- Q44.**Trabalho (0) Não (1) Sim **Q45.**Atividade Doméstica (0) Não (1) Sim
Q46.Estudo (0) Não (1) Sim **Q47.**Atividade Voluntária (0) Não (1) Sim
Q48.Religião (0) Não (1) Sim **Q49.**Atividade Física (0) Não (1) Sim
Q50.Lazer - Família (0) Não (1) Sim **Q51.**Lazer – Amigos (0) Não (1) Sim
Q52.Outros (Qual(is)? _____)

APÓS A ÚLTIMA INTERNAÇÃO NESTE SERVIÇO, TEM/TINHA FREQUENTADO:

- Q53.**Internação Preventiva (0)Não (1)Sim **Q54.**Desintoxicação (0)Não (1)Sim
Q55.Internação Voluntária (0)Não (1)Sim **Q56.**Internação Involuntária (0)Não (1)Sim
Q57.Comunidade Terapêutica (0)Não (1)Sim **Q58.** Hospital-Dia (0)Não (1)Sim
Q59.CAPSad (0)Não (1)Sim **Q60.**Consultório Psiquiátrico (0)Não (1)Sim
Q61.Terapia Individual (0)Não (1)Sim **Q62.**Terapia Grupal (0)Não (1)Sim
Q63.Grupos de Mútua-Ajuda (0)Não (1)Sim **Q64.**Tratamento Espiritual (0)Não (1)Sim
Q65.Outros (Qual? _____)

QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO SÓCIODEMOGRÁFICO

B) IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR

Q66.PARENTESCO: _____	Q67.INICIAIS: _____	Q68.IDADE: _____
Q69.SEXO: (1)Masculino (2)Feminino		
Q70.RAÇA: (1)Branco (2)Negro (3)Pardo (4)Amarelo (5)Índio		
Q71.NATURALIDADE: _____		
Q72.ONDE MORAVA: _____		
Q73.RELIGIÃO: (1)Católico (2)Evangélico (3)Espírita (4)Candomblé (5)Umbanda (6)Budista (7)Não tem crença religiosa (8)Outros (Qual? _____)		
Q74.ESCOLARIDADE:		
(0)Analfabeto (1)Alfabetizado(2)Primário Completo	(3)Primário Incompleto	
(4)Fundamental Completo	(5)Fundamental Incompleto	(6)Médio Completo
(7)Médio Incompleto	(8)Superior Completo	(9)Superior Incompleto
(10)Especialização Completa	(11)Especialização Incompleta	
Q75.PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: _____		
Q76.RENDA FAMILIAR: (0) Sem renda (1)< 1SM (2)1-2SM (3)2-3SM (4)3-4SM (5)4-5SM (6)>5SM (7)Aposentadoria (8)INSS (9)Não Informada		
Q77.ESTADO CIVIL: (1)Solteiro (2)Casado (3)Divorciado (4)Viúvo (5)União Estável		
Q78.NUM DE CASAMENTOS: _____	Q79.NUM. DE FILHOS: _____	
Q80.RESIDIA COM: _____		

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O FAMILIAR

PERGUNTAS ABERTAS (Gravadas pela pesquisadora)

- 1) NA SUA OPINIÃO, POR QUE SEU FAMILIAR INICIOU O USO DE DROGAS?**
- 2) POR QUE BUSCOU O INTERNAMENTO PARA SEU FAMILIAR?**
- 3) COMO SE DEU O CONTATO COM ESTE SERVIÇO ESPECIALIZADO?**
- 4) O(a) SENHOR(a) PARTICIPOU DO “NÚCLEO FAMILIAR” DESTE SERVIÇO ESPECIALIZADO? SE SIM, DE QUE FORMA A SUA PARTICIPAÇÃO LHE AJUDOU A LIDAR MELHOR COM A QUESTÃO DE DROGAS DO SEU FAMILIAR?**
- 5) COMO O(a) SENHOR(a) VEM AJUDANDO SEU FAMILIAR DEPENDENTE QUÍMICO?**
- 6) O QUE O(a) SENHOR(a) ENTENDE POR QUALIDADE DE VIDA?**
- 7) COMO ERA A SUA QUALIDADE DE VIDA ANTES DE TER CONHECIMENTO DO USO DE DROGAS DO SEU FAMILIAR?**
- 8) O QUE MUDOU NA SUA QUALIDADE DE VIDA APÓS TER O CONHECIMENTO DO USO DE DROGAS DO SEU FAMILIAR?**
- 9) O QUE MUDOU NA SUA QUALIDADE DE VIDA APÓS O ÚLTIMO INTERNAMENTO DO SEU FAMILIAR NESTE SERVIÇO ESPECIALIZADO?**
- 10) APÓS A ÚLTIMA INTERNAÇÃO DO SEU FAMILIAR NESTE SERVIÇO, O(a) SENHOR(a) FREQUENTA/FREQUENTOU ALGUMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA:**

LEGENDA:

- ()Internação Preventiva ()Internação de Desintoxicação ()Internação Voluntária ()Internação Involuntária
 ()Comunidade Terapêutica ()Residência-Dia ()CAPSad ()Consultório Psiquiátrico ()Psicoterapia Individual/()Grupal
 ()Grupos de Mútua-Ajuda ()Tratamento Espiritual/Religioso ()Outros (Qual? _____) ()Nenhum

- 11) APÓS A ÚLTIMA INTERNAÇÃO DO SEU FAMILIAR NESTE SERVIÇO, O(a) SENHOR(a) ESTÁ/ESTAVA INSERIDO EM FUNÇÕES, COMO:**

LEGENDA:

- ()Trabalho ()Atividade Doméstica ()Atividade Voluntária ()Atividade Física ()Estudo ()Religião ()Lazer com a Família
 ()Lazer com os Amigos ()Outros (Qual(is)? _____) ()Nenhum

- 12) EXISTE ALGUMA EXPECTATIVA PARA O SEU FUTURO?**
- 13) COMO GOSTARIA DE SE VER E VER SEU FAMILIAR NESTE FUTURO?**

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre - RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	um pouco	médio	muíto	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muíto" apoio como abaixo.

	nada	um pouco	médio	muíto	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão agradável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, etc.)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	1	2	3	4	5

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIFERENÇAS ENTRE OS INTERNAMENTOS VOLUNTÁRIO E INVOLUNTÁRIO NA QUALIDADE DE VIDA DE FAMILIARES DE DEPENDENTES DE COCAÍNA/CRACK

Pesquisador: Michele Campos Almeida de Jesus

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49794915.7.0000.5628

Instituição Proponente: Universidade Católica do Salvador

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.310.247

Apresentação do Projeto:

A relevância deste anteprojeto deve-se ao fato da dependência química ser um problema de saúde pública frequente e atual, podendo-se desenvolver um trabalho biopsicossocial de impacto entre famílias com usuários de cocaína/crack. É evidente o aumento do número de familiares com prejuízos na qualidade de vida que procuram instituições públicas e/ou privadas de acompanhamento psicológico em busca de acolhimento, aconselhamento, psicoterapia individual ou grupal, maior conhecimento e apropriação sobre o tema, orientação e sugestão quanto aos parâmetros de conduta mais adequados e modelos de comportamentos mais assertivos em decorrência do sofrimento psíquico e emocional que repercute em várias dimensões da vida dos familiares que convivem com usuários de álcool e outras drogas. A dependência química é uma doença crônica, vivenciada com perdas significativas e expectativas frustradas por parte da família em relação ao abusador de substâncias psicoativas. Portanto, considerando a escassez de dados internacionais e nacionais referentes à temática e à política de assistência que visa a família como objeto de atenção, por meio deste trabalho, pretende-se conhecer essa população e fornecer informações que possam disponibilizar maiores dados para a pesquisa científica. Além disso, subsidiar o planejamento de intervenções na prática clínica, visando minimizar os prejuízos físicos, e colaterais, ocasionados pela dependência de

Endereço: Av. Cardoso da Silva, 17.215

Bairro: Federação

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)3203-9919

Fax: (71)3203-5575

CEP: 40.291-902

E-mail: cep@ucsal.br

Page 4 of 10

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Documento 4.1 | Versão 1.3 | 02/2017

cocaína/crack, resultando na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos envolvidos. Trata-se de uma pesquisa descritiva, comparativa e reflexiva (GIL, 2008). Utiliza-se de método quantitativo, com lógica dedutiva. Pretende-se trilhar pela narração realista, apostando no rigor metodológico e uma perspectiva de observação desocultada, de modo a escolher e descrever os fatos por certo distanciamento do pesquisador (sic). Busca-se, por tal estilo de narração, usar uma linguagem científica convencional, objetiva, plana e transparente, além da ênfase no controle dos fatos e na eliminação de qualquer fonte de distorção introduzida pelo pesquisador. Recorre-se ao estilo documental da exposição e detalhada descrição dos eventos. A precisão e a riqueza dos detalhes são necessárias para assinalar o cuidado e a completude da observação (COLOMBO, 2006 In MELUCCI, 2005). Optou-se por um desenho observacional (LEITE, 2008), através da realização de entrevistas individuais com familiares de dependentes de cocaina/crack, a partir de roteiros estruturados, com a utilização de instrumento validado, aplicados pela pesquisadora.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: verificar a qualidade de vida, em médio prazo, de familiares de dependentes de cocaína/crack após o internamento especializado.

Objetivos específicos: (1) Analisar as diferenças na qualidade de vida dos familiares entre os internamentos voluntários e involuntários; (2) Avaliar diferenças na reinserção social entre os pacientes internados voluntários e involuntários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes poderão sentir constrangimento pelo fato de serem abordados conteúdos íntimos de si ou da família. Caso isto ocorra, a entrevistadora lhes informará sobre seu direito de interromper a entrevista ou deixar de responder a questão que lhes cause mal estar.

Benefícios:

Os participantes poderão refletir sobre si e sua realidade familiar, além dos dados obtidos fornecerem subsídios para o trabalho educativo e terapêutico com famílias contemporâneas com usuários de drogas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa bem estruturado com grandes chances de factibilidade e viabilidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE e questionários obedecem normas prescritas no Res. 466/2012 e contemplam os

Endereço: Av. Carlos de Sá s/nº 205
 Bairro: Fátima CEP: 41.231-662
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3204-8913 Fax: (71)3204-8975 E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Distribuição do Parecer: 1.310.267

requisitos de benefícios, e, medidas para possíveis malefícios ou riscos que preservam os direitos dos participantes.

Recomendações:

Trabalhando na instituição, ficar atenta às medidas de distanciamento necessárias ao rigor ético e científico na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado, em reunião ocorrida em 04/11/15, acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO P PROJETO_599175.pdf	02/10/2015 22:14:56		Acato
Outros	Whoqoi_Abreviado.PDF	01/10/2015 11:27:59	Michele Campos Almeida de Jesus	Acato
Outros	Questionario.docx	01/10/2015 11:27:06	Michele Campos Almeida de Jesus	Acato
Declaração de Pesquisadores	CartaMicheleMary.doc	01/10/2015 11:24:41	Michele Campos Almeida de Jesus	Acato
Orçamento	Orçamento.docx	01/10/2015 11:23:39	Michele Campos Almeida de Jesus	Acato
Cronograma	Cronograma.docx	01/10/2015 11:18:25	Michele Campos Almeida de Jesus	Acato
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaRogerio.docx	01/10/2015 10:54:53	Michele Campos Almeida de Jesus	Acato
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado6_4.doc	01/10/2015 10:30:41	Michele Campos Almeida de Jesus	Acato
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TermoConsentimentoMGC.docx	01/10/2015 10:29:18	Michele Campos Almeida de Jesus	Acato
Folha de Rosto	folhaderoesto.pdf	01/10/2015 10:26:00	Michele Campos Almeida de Jesus	Acato

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Cardinal da Silva, nº 205

Bairro: Federação

CEP: 40231-900

UF: BA Município: SALVADOR

Telefone: (71)3203-2013

Fax: (71)3203-6875

E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Protocolo 1.450.247

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 05 de Novembro de 2015

Assinado por:
Ana Maria Fernandes Pitta
(Coordenador)

Endereço: Av. Carlos de Sá, nº 205
Bairro: Federação CEP: 40.201-002
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3203-8918 Fax: (71)3203-8175 E-mail: ouvidoria@ucsal.br