



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MAYCON ROGÉRIO SELEGHIM**

**RECURSOS E ADVERSIDADES NO AMBIENTE FAMILIAR DE INDIVÍDUOS**  
**USUÁRIOS DE *CRACK***

**MARINGÁ**

**2011**

**MAYCON ROGÉRIO SELEGHIM**

**RECURSOS E ADVERSIDADES NO AMBIENTE FAMILIAR DE INDIVÍDUOS  
USUÁRIOS DE *CRACK***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Gestão do cuidado em saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira

**MARINGÁ**

**2011**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

S464r Seleghim, Maycon Rogério  
Recursos e adversidades no ambiente familiar de  
indivíduos usuários de *crack* / Maycon Rogério Seleghim. --  
Maringá, 2012.  
136 f. : il.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magda Lúcia Félix de Oliveira.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de  
Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Drogas ilícitas. 2.Cocaína Crack. 3. Relações  
familiares. 4. Características familiares. Comunidade  
terapêutica. I. Oliveira, Magda Lúcia Félix de, orient. II.  
Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem. III. TÍTULO.

CDD 21. ed. 362.29

MAYCON ROGÉRIO SELEGHIM

**RECURSOS E ADVERSIDADES NO AMBIENTE FAMILIAR DE INDIVÍDUOS  
USUÁRIOS DE *CRACK***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Gestão do cuidado em saúde.

Aprovada em: 20 de dezembro de 2011.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira

Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sueli Frari Galera

Universidade de São Paulo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Dalva de Barros

Universidade Estadual de Maringá

### **Dedico este trabalho**

As duas grandes mulheres da minha vida, minha mãe, pela qual devo minha existência, e em especial a minha amada vó – Maria Umbelina Machado, a quem agradeço por mais essa conquista, não só minha, mas NOSSA! Te amo vó!

Ao meu pai pela compreensão e apoio em todos os momentos da minha vida, aos meus irmãos pelos momentos de convivência que lhes privei, e aos meus amigos, pessoas tão importantes na minha vida.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Magda Lúcia Félix de Oliveira, que por mais que tente, nunca conseguirei expressar a dimensão da minha gratidão.

À companheira de graduação e mestrado Jéssica, pelo incentivo e amizade em todos esses anos. Esse é o momento que em podemos dizer amiga: conseguimos!

Aos colegas de Mestrado que compartilharam comigo o cotidiano nesses dois anos de curso, pela ajuda nos momentos difíceis e palavras de conforto.

Ao Centro de Controle de Intoxicações, seus profissionais e alunos de incomparável estima.

Ao Hospital Universitário Regional de Maringá, em especial aos trabalhadores do Pronto Socorro, por me ensinaram o cuidado profissional.

Ao Programa e aos professores do Mestrado por me conduzir a novos conhecimentos, e em especial a secretária Cristiane pela humildade e paciência nesse período.

Ao Marev e seus profissionais pela oportunidade de desenvolver o estudo.

Aos professores da banca examinadora da defesa da dissertação, pela disponibilidade e pelas críticas construtivas.

Aos residentes do Marev e seus familiares que aceitaram em participar do estudo e relataram as suas vivências.

A todas as pessoas que estiveram comigo durante essa caminhada.

## Sintaxe à Vontade

Todo sujeito é livre para conjugar o verbo que  
quiser.

Todo verbo é livre para ser direto ou indireto.

Nenhum predicado será prejudicado,  
nem tampouco a frase, nem a crase, nem a  
vírgula e ponto final!

Afinal, a má gramática da vida nos põe entre  
pausas, entre vírgulas,

e estar entre vírgulas pode ser apostro,  
e eu aposto o oposto: que vou cativar a todos  
sendo apenas um sujeito simples.

Um sujeito e sua oração,  
sua pressa, e sua verdade, sua fé,  
que a regência da paz sirva a todos nós.

Cegos ou não,  
que enxerguemos o fato  
de termos acessórios para nossa oração.

Separados ou adjuntos, nominais ou não,  
façamos parte do contexto da crônica  
e de todas as capas de edição especial.

Sejamos também o anúncio da contra-capas,  
Pois ser a capa e ser contra a capa

é a beleza da contradição.

É negar a si mesmo.

E negar a si mesmo é muitas vezes  
encontrar-se com Deus.

(O Teatro Mágico)

SELEGHIM, M. R. **Recursos e adversidades no ambiente familiar de indivíduos usuários de crack**. 2011. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

## RESUMO

Considerando que as famílias exercem papel fundamental na iniciação e continuidade ao uso de drogas, o objetivo do estudo foi analisar a influência do ambiente familiar para o uso de *crack* em usuários habituais ou dependentes. Trata-se de uma pesquisa transversal, de natureza descritiva, com delineamento em série de casos, tendo como referencial teórico a Teoria Geral dos Sistemas, particularmente o uso do Genograma para a identificação de aspectos multigeracionais familiares associados ao uso de drogas de abuso. O estudo foi realizado no município de Maringá-Paraná, e os casos investigados, independentemente do município de procedência, foram originários de uma Comunidade Terapêutica (CT) da região Noroeste do Paraná. A amostra, constituída por critérios de funcionalidade do uso das drogas, foi de 20 usuários de *crack*, classificados, funcionalmente como habituais ou dependentes, do sexo masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, em tratamento na CT no mês de maio de 2011, e suas respectivas famílias, sendo escolhido um membro como informante familiar e efetivamente investigados 15 familiares. Os instrumentos de coleta de dados foram roteiros semi estruturados, incluindo espaço para desenho dos Genogramas – Roteiro Usuário e Roteiro Família, um questionário de classificação econômica das famílias, e diário de campo. Foram realizadas entrevistas individuais com foco nos antecedentes do uso de drogas de abuso e nas relações familiares, com posterior construção do Genograma de duas gerações. Os dados quantitativos foram submetidos à estatística descritiva simples, os dados qualitativos foram analisados por meio da análise de conteúdo temática, e os Genogramas foram incluídos no programa *power point* e analisados em um processo semelhante ao da análise do conteúdo. A maioria dos usuários tinha idade entre 20 a 39 anos, eram solteiros ou separados/divorciados, com baixa escolaridade, e desempregados. O padrão do uso de drogas caracterizou-se pelo uso múltiplo, com início de drogas lícitas e ilícitas na juventude. A trajetória confirmou uma escalada no uso das substâncias psicoativas, iniciando com o tabaco e/ou álcool e finalizando com o uso de *crack*. Os informantes familiares foram em sua maioria mães, com idade entre 19 a 62 anos, casados e com filhos, baixa escolaridade, católicos e empregados. A maioria das famílias pertencia à classe econômica C ou B, possuía religião,

utilizava o SUS, e apontou o almoço familiar como a atividade recreacional mais realizada. O 15 Genogramas analisados incluíram 378 familiares, com uma média de 25,2 familiares. As configurações familiares apresentaram-se diversificadas, sendo que nove famílias eram nucleares, quatro eram monoparentais, e duas comunitárias. Todas as famílias apresentaram pelo menos um relacionamento harmonioso com um membro familiar, 11 apresentou relacionamento distante com tios e avós maternos e/ou paternos, e sete algum relacionamento conflituoso, principalmente com nora, irmãos, filho, neto, esposo e ex-esposo. Quatorze famílias apresentavam antecedentes do uso de drogas de abuso, sendo que oito tinham história de uso de drogas ilícitas, principalmente maconha, cocaína e *crack*, e 91 pessoas foram identificadas como consumidores de álcool e/ou tabaco. Dentre os fatores determinantes para o uso de drogas, verificou-se a deficiência de suporte parental, a cultura familiar do uso de drogas e a presença de conflitos familiares. As famílias estudadas apresentaram vários elementos considerados desfavoráveis no ambiente familiar que atuaram como elemento facilitador ao uso de drogas de abuso, e conseqüentemente ao uso de *crack*. A análise dos Genogramas confirmou a reprodução multigeracional de comportamentos associado ao uso de drogas de abuso, com a influência de aspectos culturais, crenças e valores familiares.

**Palavras-chave:** Drogas ilícitas. Cocaína *crack*. Relações familiares. Características familiares. Comunidade terapêutica.

SELEGHIM, M. R. **Resources and adversities in *crack* users' family environment.** 2011. 136 f. Dissertation (Master's in Nursing)–State University of Maringá, Maringá, 2011.

## ABSTRACT

Since the family plays a key role in the initiation and continuation of illicit drug use, the influence of the family environment in the use of *crack* by regular users or in those people dependent on the cocaine-derived drug is analyzed. Survey is cross-sectional, descriptive and features a series of cases, with a theoretical framework based on the General Systems Theory, particularly a Genogram to identify multigenerational family issues associated with the use of illicit drugs. The study was conducted in Maringá PR Brazil, and the cases investigated, regardless of county of origin, hailed from a Therapeutic Community (TC) in the northwestern region of the state of Paraná. The sample consisted of 20 *crack* users who were classified as habitual or functionally dependent males, aged over 18, treated at the TC during May 2011. Their families were also surveyed through a chosen family member as informant. In fact, 15 family members were also investigated within the sample, characterized by criteria for functionality of drug use. Half-structured surveys were employed for data collection. These comprised space for the drawing of the Genogram - User Survey and Family Survey, a questionnaire for the social and economical conditions of the families and a field diary. Individual interviews were undertaken focusing on the history of the illicit drug users and their family relationships. The latter helped in the construction of a two-generation Genogram. Whereas quantitative data were submitted to descriptive statistics, qualitative data were analyzed by thematic content analysis. Genograms were inserted in Power Point program and analyzed in a process similar to content analysis. Most users were in the 20 - 39 years age bracket, single or separated / divorced, with low schooling, unemployed. Drug use pattern was characterized by frequency, with an initial onset of licit and illicit drugs when they were young. Their life trajectory confirmed an escalation in the use of psychoactive substances, starting from tobacco and / or alcohol and ending with *crack*. The family informants were mostly mothers, aged 19 to 62 years, married, with children, low schooling, Catholics and employees. Most families belonged to the economic classes C and B, with religious practice, users of the government medical care (SUS) and indicated the family lunch as their most frequent recreational activity. The fifteen Genograms analyzed included 378

family members, with an average of 25.2 members. Family frames were diverse: nine were nuclear families, four were single parent families, two community families. All families had at least a harmonious relationship with a family member; 11 had distant relationships with maternal or paternal grandparents and uncles; seven had a conflicting relationship, especially with daughter-in-law, brother, children, grandchildren, spouse and former spouse. Fourteen families revealed a history of drug use and eight had a history of illicit drug use, particularly marijuana, cocaine and *crack*. Ninety-one people were identified as consumers of alcohol and / or tobacco. Deficiency in parental support, a family culture in drug use and family conflicts were among the determining factors for drug use. The families studied had several issues which were unfavorable to the family environment. In fact, they facilitated the use of illicit drugs, especially *crack*. Analysis of Genograms confirmed multigenerational reproductive behaviors associated with illicit drug use through the influence of cultural aspects, beliefs and family values.

**Keywords:** Illicit drugs. *Crack*. Family relationships. Family characteristics. Therapeutic community.

SELEGHIM, M. R. **Recursos y adversidades en el ambiente familiar de usuarios de crack**. 2011. 136 f. Disertación (Maestría en Enfermería)–Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

## RESUMEN

Considerándose que las familias ejercen papel fundamental en la iniciación y continuidad al uso de drogas, el objetivo del estudio fue analizar la influencia del ambiente familiar para el uso de *crack* en usuarios habituales o drogadictos. Se trata de una investigación transversal, de naturaleza descriptiva, con delineamiento una serie de casos, teniendo como referencial teórico la Teoría General de los Sistemas, particularmente el uso del Genograma para la identificación de aspectos multigeneracionales familiares asociados al uso de drogas de abuso. El estudio se realizó en el municipio de Maringá-Paraná, y los casos investigados, independiente del municipio de procedencia, fueron originarios de una Comunidad Terapéutica (CT) de la región Noroeste de Paraná. La muestra, constituida por criterios de funcionalidad del uso de las drogas, fue de 20 usuarios de *crack*, clasificados, funcionalmente como habituales o drogadictos, del sexo masculino, con edad igual o superior a 18 años, en tratamiento en la CT en el mes de mayo de 2011, y sus respectivas familias, se eligió un miembro como informante familiar y efectivamente investigados 15 familiares. Los instrumentos de recolecta de datos fueron itinerarios semi estructurados, incluyéndose espacio para diseño de los Genogramas – Guión Usuario y Guión Familia, un cuestionario de clasificación económica de las familias, y diario de campo. Se realizó entrevistas individuales con enfoque en los antecedentes del uso de drogas de abuso y en las relaciones familiares, con posterior construcción del Genograma de dos generaciones. Los datos cuantitativos fueron sometidos a la estadística descriptiva simple, los datos cualitativos fueron analizados por medio del análisis de contenido temático, y los Genogramas fueron incluidos en el programa *power point* y analizados en un proceso semejante al del análisis do contenido. La mayor parte de los usuarios tenía edad entre 20 a 39 años, eran solteros o separados/divorciados, con baja escolaridad, y desempleados. El patrón del uso de drogas se caracterizó por el uso múltiple, con inicio de drogas lícitas e ilícitas en la juventud. La trayectoria confirmó una escalada en el uso de las sustancias psicoactivas, iniciando con el tabaco y/o alcohol y finalizando con el uso de *crack*. Los informantes familiares fueron, en su mayor número, madres, con edad entre 19 a 62 años, casados y con hijos, baja escolaridad, católicos y

empleados. La mayor parte de las familias pertenecía a la clase económica C o B, poseía religión, utilizaba el SUS, y apuntó el almuerzo familiar como la actividad recreacional más realizada. Los 15 Genogramas analizados incluyeron 378 familiares, con un promedio de 25,2 familiares. Las configuraciones familiares se presentaron diversificadas, siendo que nueve familias eran nucleares, cuatro eran monoparientales, y dos comunitarias. Todas las familias presentaron por lo menos un relacionamiento armonioso con un miembro familiar, 11 presentó relacionamiento distante con tíos y abuelos maternos y/o paternos, y siete algún relacionamiento con conflicto, principalmente con nuera, hermanos, hijo, nieto, esposo y ex-esposo. Catorce familias presentaban antecedentes del uso de drogas de abuso, siendo que ocho tenían historia de uso de drogas ilícitas, principalmente marihuana, cocaína y *crack*, y 91 personas fueron identificadas como consumidores de alcohol y/o tabaco. Entre los factores determinantes para el uso de drogas, se verificó a deficiencia de soporte parental, la cultura familiar del uso de drogas y la presencia de conflictos familiares. Las familias estudiadas presentaron varios elementos considerados desfavorables en el ambiente familiar que actuaron como elemento facilitador al uso de drogas de abuso, y consecuentemente al uso de *crack*. El análisis de los Genogramas confirmó la reproducción multigeneracional de comportamientos, asociado al uso de drogas de abuso, con la influencia de aspectos culturales, creencias y valores familiares.

**Palabras-clave:** Drogas ilícitas. Cocaína *crack*. Relaciones familiares. Características familiares. Comunidad terapéutica.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma de seleção da população em estudo. CT-Marev, Maringá-PR, 2011 .....	32
Figura 2	Símbolos utilizados para a construção dos genogramas, 2011 .....	34
<b>ARTIGO 1</b>		
Quadro 1	Trajetória do uso de drogas de abuso pelos usuários de <i>crack</i> . Maringá-PR, 2011 .....	49
<b>ARTIGO 2</b>		
Figura 1	Formas gráficas utilizadas para a construção dos genogramas .....	65
Quadro 1	Características das famílias estudadas. Maringá-PR, 2011 .....	67
Figura 2	Genograma familiar dos informantes F7, F11, e F17 .....	69
Figura 3	Genograma familiar dos informantes F2, F6, e F10 .....	70
Figura 4	Genograma familiar dos informantes F3, F4, e F13 .....	71
<b>ARTIGO 3</b>		
Figura 1	Categorias temáticas do estudo. Maringá-PR, 2011 .....	85
<b>ARTIGO 4</b>		
Figura 1	Genogramas dos jovens usuários de <i>crack</i> em tratamento na CT. Maringá-PR, 2011 .....	105

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

Tabela 1	Características socioeconômicas dos usuários de <i>crack</i> . Maringá-PR, 2011 .....	46
Tabela 2	Padrão do uso das principais drogas de abuso lícitas e ilícitas. Maringá-PR, 2011 .....	47
Tabela 3	Características comportamentais do padrão do uso de <i>crack</i> e gravidade. Maringá-PR, 2011 .....	50

### ARTIGO 4

Tabela 1	Caracterização de jovens usuários de crack em tratamento na CT. Maringá-PR, 2011 .....	100
Tabela 2	Seqüência e idade de início do uso de drogas por jovens usuários de crack em tratamento na CT. Maringá-PR, 2011 .....	101

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

A.A.	Alcoólicos Anônimos
ANEP	Associação Nacional de Empresas de Pesquisa
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial tipo II
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas
CCI	Centro de Controle de Intoxicações
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
COMAD	Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas
CT	Comunidade Terapêutica
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FETEB	Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil
HUM	Hospital Universitário Regional de Maringá
MAREV	Associação Maringá Apoiando a Recuperação de Vidas
SASC	Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SHRad	Serviços Hospitalares de Referência para Usuários de Álcool e Outras Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGS	Teoria Geral dos Sistemas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1	JUSTIFICATIVA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA .....	16
1.2	O FENÔMENO DO <i>CRACK</i> E AS RELAÇÕES FAMILIARES: BREVE DISCUSSÃO .....	19
1.3	ACOMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO AMBIENTE DE TRATAMENTO PARA USUÁRIOS DE DROGAS .....	23
2.	<b>OBJETIVOS</b> .....	27
2.1	OBJETIVO GERAL .....	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27
3	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	28
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	28
3.2	LOCAL DE ESTUDO .....	29
3.3	POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	31
3.4	FONTES E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS .....	33
3.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS .....	36
3.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	38
3.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	39
4.	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	40
4.1	ARTIGO 1 – PADRÃO DO USO DE DROGAS DE ABUSO EM USUÁRIOS DE <i>CRACK</i> EM TRATAMENTO EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA .....	41
4.2	ARTIGO 2 – ESTRUTURA FAMILIAR DE USUÁRIOS DE <i>CRACK</i> : UM ESTUDO DAS RELAÇÕES E DOS ANTECEDENTES FAMILIARES DO USO DE DROGAS DE ABUSO COM O AUXÍLIO DO GENOGRAMA .....	59
4.3	ARTIGO 3 – O USO DE <i>CRACK</i> NA <i>INTERFACE</i> COM A FAMÍLIA: FATORES DETERMINANTES PARA O USO DE DROGAS .....	79
4.4	ARTIGO 4 – ASPECTOS DA ESTRUTURA FAMILIAR DE JOVENS USUÁRIOS DE <i>CRACK</i> : UM ESTUDO DO GENOGRAMA .....	96
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	109
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	111
	<b>APÊNDICES</b> .....	121
	<b>ANEXOS</b> .....	129

## 1 INTRODUÇÃO

Considerando que as famílias podem exercer papel fundamental na iniciação e continuidade ao uso de drogas, o presente estudo tem como tema a influência do ambiente familiar para o uso abusivo de *crack* de um de seus membros.

Diante da constatação de que o aumento do uso de *crack* na atualidade não pode ser completamente compreendido apenas por estudos epidemiológicos, o estudo discutirá a problemática numa perspectiva mais social, privilegiando as relações familiares. A finalidade não será identificar a causa raiz para a manifestação do uso de *crack*, mas observar o problema desde as relações que os indivíduos mantêm com outras pessoas, neste caso, a família.

A família é compreendida como uma unidade primordial no âmbito da construção, formação e desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, transmitindo às gerações valores, regras, costumes, modelos e padrões de comportamentos, inclusive hábitos nocivos à saúde (MORENO; VENTURA; BRETAS, 2009). É necessário olhar para esse agrupamento humano como um núcleo no qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, e compartilham o cotidiano, transmitindo, por meio das relações interpessoais, tradições e valores (ALVARENGA; LUIS, 2004; OLIVEIRA; BITTENCOUR; CARMO, 2008).

Os fatores que levam à adesão ou à condenação do uso de drogas são influenciados pelo contexto sociocultural em que se inserem os indivíduos, mas os significados atribuídos ao uso de drogas diferem de grupo para grupo dentro de uma mesma cultura, incluindo a cultura familiar. Assim, a família é considerada de extrema importância para a compreensão do fenômeno das drogas entre seus membros (VELHO, 2008).

### 1.1 JUSTIFICATIVA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A experiência que vivenciei no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM) levou-me a um processo de (des)construção de crenças e conceitos envolvendo o uso de drogas, os usuários e suas famílias. A reflexão sobre essas experiências e a constatação do aumento do uso de *crack* na sociedade brasileira,

constatado por meio de pesquisas científicas e de divulgação na mídia, motivou a elaboração deste estudo.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV, para que o uso de substâncias de um indivíduo seja considerado abusivo, deve ser cumprido algum dos seguintes critérios (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002):

- consumo contínuo, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou aumentados pelos efeitos da substância;
- uso recorrente, em situações nas quais isto representa um perigo físico;
- uso recorrente que resulta em negligência de obrigações no trabalho, na escola ou em casa;
- problemas recorrentes relacionados a questões legais.

No geral, o uso abusivo de drogas é considerado um grave problema de saúde pública, por acarretar ônus ao sujeito, à família e à sociedade, na forma de repetência na escola, perda de emprego, ruptura familiares, violências e acidentes, crimes, e encarceramentos (SCHENKER, 2010). Cerca de 98% das cidades brasileiras possuem problemas relacionados ao uso de drogas e/ou de *crack*, sendo que no município de Maringá - PR e nos municípios do seu entorno, as graves consequências associadas ao abuso de drogas têm preocupado o poder público e a sociedade civil (CONFEDERAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, 2010).

Em Maringá, o Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas – Comad, órgão colegiado, normativo e deliberativo, instituído pela Lei Municipal nº 5375/2000, estabelece as diretrizes e acompanha a política municipal para prevenção, tratamento, redução de danos e de segurança pública das drogas (MARINGÁ, 2001). De acordo com relatório do Comad, o número de pessoas presas por envolvimento com drogas em Maringá passou de 296 em 2006, para 898 em 2008 – crescimento de 203,38% em dois anos. Já o número de atendimentos no sistema de saúde aumentou apenas 12,47% no mesmo período (CARVALHO, 2010).

Foi criada uma Comissão Especial de Estudo Sobre Uso de Drogas, para avaliar a situação do uso de *crack* no município que, segundo dados do relatório dessa Comissão em 2010, o perfil do usuário de drogas no município é de jovem, com baixa escolaridade e com falta de estrutura familiar sólida, o que tem facilitado o uso de drogas na região (MARINGÁ, 2010). Dados da Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania – SASC apontam que foram atendidos, em 2009, 4281 usuários de drogas nos serviços de saúde, sendo que a

grande parte era do sexo masculino, com idade entre 30 e 34 anos, e que fazia uso abusivo de *crack* e álcool (MARINGÁ, 2009).

Por outro lado, estudo realizado com jovens que utilizavam drogas e com suas famílias no município, constatou-se que, embora os serviços de saúde tenham impacto limitado na prevenção do uso de drogas de abuso, nenhuma das famílias estudadas, consideradas de alto risco epidemiológico no território em que habitavam, referiu vínculo com serviços ou equipes de saúde. A presença da equipe de Saúde da Família e do agente comunitário de saúde não foi percebida e citada em nenhum dos domicílios (BALLANI; OLIVEIRA, 2007).

Bernady e Oliveira (2010), investigando o histórico de consumo de drogas em famílias de 11 jovens infratores institucionalizados, encontraram vários eventos desfavoráveis no ambiente familiar, que atuaram como fator indutor ao uso de drogas de abuso, como famílias desestruturadas, condições socioeconômicas restritivas e violência familiar. Apontaram, também, não só a existência de fatores parentais de risco nas famílias, mas uma cultura familiar implícita de uso de drogas, disseminada entre a família não-nuclear e intergeracional.

Ainda, estudo realizado por Selegim et al. (2011), identificando o vínculo familiar de usuários de *crack* atendidos em uma Unidade de Emergência Psiquiátrica, encontrou antecedentes familiares de uso de drogas de abuso e presença de violência intrafamiliar entre os usuários investigados.

Tem-se observado um aumento de pesquisas relacionadas ao papel das famílias e das relações familiares, para o uso de drogas entre seus membros. A instituição familiar é considerada um dos elos mais fortes dessa cadeia multifacetada que pode levar ao uso abusivo de álcool e drogas, além de também atuar como importante fator de proteção (BERNADY; OLIVEIRA, 2010; CALDEIRAS, 1999; SCHENKER; MINAYO, 2003, 2004, 2005).

Schenker e Minayo (2004), em uma revisão de literatura sobre o tratamento para o uso indevido e/ou abusivo de drogas, apontam que a família apareceu como coautora tanto do surgimento do abuso de drogas quanto como instituição protetora para a saúde de seus membros. Os estudos apontaram para a complexa influência da família, da escola e do grupo de amigos no caso da manifestação do uso abusivo de drogas, principalmente na adolescência.

A complexidade que envolve o fenômeno do uso do *crack* e o fato de suas consequências atingirem os usuários, as famílias e a sociedade, com elevação dos índices de violências, tem apontado a necessidade de investigações nos múltiplos aspectos dessa

temática, na tentativa de contribuir para a formulação de políticas públicas específicas para o seu controle e tratamento (OLIVEIRA; NAPPO, 2007).

Além dos problemas físicos, o *crack* acarreta em distúrbios e mudanças de comportamento importantes, levando a graves perdas nos vínculos familiares, nas relações interpessoais, na frequência escolar e no trabalho, bem como a troca de sexo por drogas e a realização de atividades ilícitas para a aquisição da droga (OLIVEIRA; NAPPO, 2007, 2008a)

Há carência nacional de fontes específicas sobre o tema “ambiente familiar e uso de *crack*”, o que também motiva a produção de conhecimento nesta área, contribuindo para o avanço dos conhecimentos e práticas relacionadas ao uso de *crack*, de modo a conhecer as tradições, os valores e os costumes familiares, pois as famílias possuem papel fundamental na prevenção e no tratamento do uso de drogas (OLIVEIRA; BITTENCOUR; CARMO, 2008).

Também, faz-se necessário um olhar mais atento para a questão do uso de drogas e sua relação com a prática e o cuidado de Enfermagem, para que essa relação seja direcionada ao fortalecimento das práticas educativas em Enfermagem, a fim de promover o aumento de superfície de contato e de pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, e, assim, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema uso do álcool e outras drogas (ACIOLI, 2008).

A Enfermagem, enquanto profissão que tem na ação educativa, nos vários espaços da rede de cuidado e das práticas de saúde, um de seus principais eixos norteadores, contribui para a identificação de ambientes pedagógicos, inclusive com forte atuação junto às famílias (ACIOLI, 2008).

## 1.2 O FENÔMENO DO *CRACK* E AS RELAÇÕES FAMILIARES: BREVE DISCUSSÃO

O consumo de *crack* é considerado um problema emergente de Saúde Pública. Após os primeiros registros de sua introdução no Brasil, no final da década de 1980, observa-se um crescente aumento na prevalência de seu uso (DUNN et al., 1996). Autores relatam que o uso de *crack* persiste em território brasileiro apesar dos graves problemas que causa a quem a consome, como marginalidade, criminalidade e efeitos físicos e psíquicos devastadores (OLIVEIRA; NAPPO, 2008a).

O *crack* não é, quimicamente, uma substância encontrada de forma pura na natureza, mas a sua origem tem íntima relação com a produção de cocaína, principalmente a partir do

uso desta como droga de abuso. A cocaína ou benzoilmetilecgonina é um alcaloide branco, inodoro e cristalino, extraído das folhas da planta denominada de *Erythoxylum coca*, nativa e cultivada nos países do Altiplano Andino da América do Sul, principalmente na Bolívia, Colômbia e Peru (OGA; CARVALHO; BATISTUZZO, 2008; ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002).

*Crack* é, então, o termo usado para descrever a forma da cocaína-base que foi convertida pelo cloridrato de cocaína (forma alcalinizada). Conforme Bono (2006), o cloridrato de cocaína pode ser convertido em cocaína-base por dois procedimentos: a dissolução do cloridrato de cocaína em água, adicionando-se à solução bicarbonato de sódio ou amoníaco, e, pelo cloridrato de cocaína, a dissolução do sal em água. O bicarbonato sódico ou amoníaco é adicionado à mistura e agitado, seguido da inclusão de éter.

O *crack* pode ser fumado de diversas maneiras, em cachimbos de água produzidos artesanalmente em copos plásticos de água, na forma de cigarro e/ou associado com tabaco ou maconha (pistillos ou mezclados), entre outros utensílios. Em função do maior custo e da dificuldade de portabilidade dos cachimbos, os usuários brasileiros desenvolveram uma maneira de fumar pelo uso de latas de alumínio furadas, e com o auxílio de cinzas de cigarro, que aumentam a combustão (KESSLER; PECHANSKY; 2008).

Além de queimaduras labiais, com risco continuado de transmissão e/ou infecção pelo vírus HIV e pelo vírus da hepatite B - HBV, estudo recente identificou altos níveis de alumínio sérico em usuários que fumavam o *crack* em latas de alumínio, o que poderia aumentar danos ao sistema nervoso central (PECHANSKY et al., 2007).

A ação do *crack* no organismo está relacionada ao aumento do neurotransmissor dopamina nas terminações nervosas, apresentando como principais características, potente efeito recompensador, de curta duração (5-10 min), estimulando à administração repetida, de tal forma que depois de sua experimentação deflagra-se o uso intenso, compulsivo ou disfuncional, passando o *crack* a desempenhar papel central na vida do usuário, adquirindo prioridade em detrimento de comportamentos que antes tinham relevância (OGA; CARVALHO; BATISTUZZO, 2008; ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002).

Pela fissura (*craving*), ou seja, o desejo incontrolável em usar a droga, os usuários relatam a venda de pertences próprios e de familiares, roubos, sequestros e atividades ligadas ao tráfico e, à prostituição, seja feminina ou masculina, na forma de troca de sexo por drogas ou por dinheiro. Os inúmeros parceiros sexuais e a baixa adesão ao uso de preservativos têm potencializado o risco de contágio por agentes de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e pelo HIV (OLIVEIRA; NAPPO, 2008a).

No que compete ao risco de exposição ao HIV, um estudo publicado por Pechansky et al. (2006), analisando um *pool* de 1.449 usuários de drogas de Porto Alegre, demonstrou que o perfil dos usuários de *crack* é muito parecido com o dos usuários de cocaína injetável, por apresentarem baixo nível socioeconômico e maior tendência a trocar sexo por droga, o que termina se expressando pela altíssima taxa de soroprevalência quando comparada com a de usuários de cocaína inalada.

Oliveira et al. (2009), em um estudo com gestantes usuárias de *crack*, encontraram baixas condições socioeconômicas entre as mulheres estudadas; dificuldade do serviço de saúde em acessar este grupo populacional, indicado pelo baixo acesso e vínculo à assistência pré-natal; problemas na gestação e do feto/recém-nascido, indicadas por complicações pós-parto, baixo peso ao nascer e utilização de assistência de alta complexidade neonatológica; e a presença de casos de infecção pelo HIV no grupo estudado.

Uma pesquisa recente mostrou que, além da fissura induzida por fatores ambientais e emocionais e da fissura que ocorre na abstinência, os usuários de *crack* desenvolvem outro tipo de fissura: a causada pelo próprio efeito da droga. Assim que o usuário de *crack* dá a primeira tragada, desenvolve uma compulsão imediata pelo consumo, levando-o ao uso ininterrupto, até que o estoque da droga acabe ou ele chegue à exaustão. Esse tipo de fissura apareceu como forte fator mantenedor dos episódios de consumo denominados de *binge*, no qual o uso é prolongado, intenso e contínuo (CHAVES, 2009).

Os episódios *binge*, de acordo com a pesquisa, foram os maiores responsáveis pelo rebaixamento de valores do usuário, sujeitando-os a práticas não-convencionais para a obtenção da droga – como roubar e prostituir-se – e a fortes eventos de agressividade, provenientes da “noia” (abreviação de paranoia, um efeito típico do *crack*) ou do receio de que alguém ameace a continuidade do seu consumo do *crack* (CHAVES, 2009).

Quanto à epidemiologia do uso do *crack* no Brasil, o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino constatou que 2% dos estudantes até 18 anos usaram cocaína pelo menos uma vez na vida, e 0,7% usaram *crack*, e o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas em indivíduos de 12 a 65 anos nas 107 maiores cidades brasileiras apontou que a proporção de indivíduos que consumiram alguma vez na vida *crack* foi de 0,7%, sendo a maioria do sexo masculino (1,5%) e da faixa etária de 25 a 34 anos (1,6%) (CARLINI et al., 2006; GALDURÓZ et al., 2005).

Estudo coordenado pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em cinco centros de tratamento ambulatorial e

hospitalar de quatro capitais brasileiras, encontrou que 39,4% dos pacientes procuraram o atendimento pelo uso de *crack*. Entretanto, a avaliação do número de usuários dessa droga na população brasileira ainda não foi realizada e exigiria métodos de aferição mais complexos (KESSLER; PECHANESKY, 2008).

O perfil do usuário de *crack*, descrito pela primeira vez por Nappo, Galdurróz e Noto (1996), foi identificado como homem, jovem, de baixa escolaridade e sem vínculos empregatícios formais. Em 2008, foi publicada uma revisão sobre o perfil dos usuários de *crack* brasileiro, confirmando que a maior parte dos usuários ainda é jovem, de baixa renda e do sexo masculino (DUAILIB; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). Por outro lado, até algumas décadas atrás, as famílias poderiam ser facilmente caracterizadas como um grupo de pessoas que interagiam em uma rede completa de parentesco, de pelo menos três gerações, em que os vínculos tendiam a ser recíprocos e padronizados (HORTA; HORTA; PINHEIRO, 2006). Atualmente, essa compreensão de famílias necessita ser ampliada para incluir as novas configurações familiares, como casamentos sem filhos, casamentos que agrupam crianças de diferentes famílias, lares uniparentais, entre outras.

Segundo Shaurich (2009), as famílias é a base fundamental para a vida humana, sendo responsáveis pelo acolhimento, proteção e cuidado dos indivíduos; são unidades básicas para a sobrevivência de seus membros, com funções biológicas, educacionais, psicológicas, sociais, emocionais e históricas; representam entidades essenciais aos seres humanos, pois é por intermédio delas que os indivíduos passam a existir como ser no mundo.

Elas correspondem ao primeiro núcleo de aprendizado de muitos conhecimentos e crenças, que são construídos, compartilhados e imitados, sendo transmitidas às primeiras regras e valores associados ao convívio social. É, portanto, no ambiente familiar que os indivíduos se desenvolvem, onde compartilham os preceitos de ética e moralidade, e onde ocorre a humanização de seus membros, permitindo o desenvolvimento adequado ou não da personalidade (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008).

De um modo em geral, o papel das famílias pode ser compreendido a partir de três *locus* principais. O primeiro se refere à centralidade das famílias como fator de proteção social, o que implica ter presente seu caráter ativo e participante nos processos de mudança, o segundo ressalta a família como aquela que, paradoxalmente, pode formar ou destruir, dar identidade ou desintegrar o indivíduo em formação, e o último refere-se a sua importância na promoção e manutenção da saúde entre seus membros (OSÓRIO; VALLE, 2009).

Portanto, tem responsabilizado à família o monitoramento e a supervisão em relação aos filhos para a percepção das expectativas e o cumprimento das regras estabelecidas,

fazendo com que se possibilite a proteção de associação de pares desviantes, minimizando a oportunidade de uso ou abuso de drogas (OLIVEIRA; KESTEMBERG; SILVA, 2007; SCHENKER; MINAYO, 2003).

Matos, Pinto e Jorge (2008) apontam que, dentre os fatores sociais para o uso de drogas, encontram-se a cultura da sociedade, os rituais e costumes da comunidade e dos grupos, a oferta da droga, a informação e propaganda, e os hábitos familiares. Afirmam, ainda, a importância de conhecer a realidade do usuário de drogas e de seu modo de “adoecer”, buscando as possíveis causas que o levaram ao uso de drogas.

Estudos revelam que as práticas culturais familiares muitas vezes são estímulos para a experimentação e continuidade ao uso de drogas de abuso (ALAVARSE; CARVALHO, 2006; BERNARDY; OLIVEIRA, 2010). A família como geradora de cultura, transmite crenças e expectativas sobre os papéis sociais, sobre o modo de vida de homens e mulheres, sobre as relações interpessoais e também sobre uso de drogas de abuso (HORTA; HORTA; PINHEIRO, 2006).

Schenker e Minayo (2005) relatam que a família está implicada no desenvolvimento saudável ou não de seus membros, pois ela é compreendida como o elo entre as diversas esferas da sociedade, e reafirma a influência da família na iniciação e proteção ao uso abusivo de drogas, principalmente na juventude. A identificação dos fatores de risco e de proteção para o uso de drogas no âmbito da família permite o conhecimento das características que facilitam ou dificultam o uso de substâncias psicoativas pelos indivíduos, e contribui para o entendimento e para uma ação efetiva em relação às possibilidades de prevenção (DALGALARRONDO et al., 2005).

### 1.3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO AMBIENTE DE TRATAMENTO PARA USUÁRIOS DE DROGAS

A rede de serviços públicos destinados à assistência de pessoas com problemas decorrentes do consumo de drogas é formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios, Centros de Convivência e Cultura, Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais, Serviços Hospitalares de Referência para Usuários de Álcool e Outras Drogas (SHRad), além das Comunidades Terapêuticas (CT) (BRASIL, 2003).

As CT surgiram na Grã-Bretanha na década de 1940 e foi inicialmente utilizada para a atenção à saúde de portadores de doenças psiquiátricas diversas (DE LEON, 2003). No Brasil, sua expansão pode ser encarada como resposta ao aumento do uso de drogas, principalmente do álcool e do *crack*, associado à escassez de políticas públicas consistentes e abrangentes nessa área.

Ainda há muito desconhecimento e preconceito em relação às CT, principalmente entre os profissionais da área da saúde, os quais tendem a encaminhar as pessoas para esses ambientes de tratamento apenas “como último recurso”, geralmente por não encontrarem vagas em outros níveis de atenção da rede de saúde (RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008).

A filosofia de tratamento das CT é a de que o uso de drogas é apenas um de vários outros sintomas que estes indivíduos vivenciam, com uma vida em crise, incapaz de manter-se abstinente do uso de drogas e seriamente disfuncional do ponto de vista social e interpessoal (DE LEON, 2003). Em geral, os 12 passos dos Alcoólicos Anônimos (A.A.) associados a um referencial de espiritualidade e/ou a religião, são a base dos programas de recuperação oferecidos pelas CT (FRACASSO; RIBEIRO, 2010).

Em uma compreensão ampliada, a estrutura conceitual das CT pode ser compreendida por meio de cinco principais pilares (DICKEY; WARE, 2008):

- 1) democratização: refere-se à partilha de poder entre os membros da comunidade. Distinções hierárquicas rígidas entre equipe técnica e usuários são reduzidas por meio da vida em comunidade, da partilha dos alimentos, e da união para o trabalho em equipe. Todos compartilham em comunidade a tomada de decisão. No nível individual, os usuários são responsáveis em definir seus próprios objetivos e de participar das decisões sobre o tratamento para alcançar essas metas;
- 2) aceitação: refere-se à ênfase em tolerar os comportamentos que “fogem” às normas sociais, e ao mesmo tempo, administrar os comportamentos de ansiedade para gerar comportamentos benéficos;
- 3) comunitarismo: denota a expectativa de que todos os membros trabalharão para garantir o bem-estar da comunidade. A partilha de experiências produz situações que oferecem oportunidades de crescimento pessoal e grupal;
- 4) confrontação com a realidade: é o tema mais próximo do centro teórico da vida em comunidade. Na intimidade de viver e trabalhar juntos, os membros da comunidade devem estar conscientes e fazer comentários construtivos sobre seu

próprio comportamento e dos outros. Ao fazer isso, eles se colocam responsáveis pela saúde da comunidade;

- 5) relações recíprocas: representa a comunidade em ação. Íntimas ou profundas, as relações recíprocas são caracterizadas pelo acordo de respeito e dignidade de cada parte.

Como marco regulatório na Saúde, a CT tornou-se oficial desde a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 31 de maio de 2001, definindo-a como um “serviço de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial” (BRASIL, 2001). Em 2011, esta Resolução foi revogada pela RDC nº29, de 30 de julho, aprimorando os requisitos de segurança sanitária para o seu funcionamento (BRASIL, 2011a).

De acordo com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract), há 125 comunidades filiadas a esta instituição no país, e 258 encontram-se associadas à Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (Feteb), totalizando 383 comunidades (BRASIL, 2011b, 2011c). Estes dados são subestimados, pois há várias CT em funcionamento que não são filiadas a essas federações e não se encontram adequadas, estrutural e/ou funcionalmente, às normas mínimas exigidas para o funcionamento desses locais (RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008).

O Mapeamento de Instituições Governamentais e não-governamentais de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas no Brasil 2006-2007, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SENAD), cadastrou 9.503 serviços de atendimento a usuários de drogas, e a partir de uma amostra de 1.256 serviços, encontrou 483 (38,5%) CT, sendo que a quase totalidade (469 – 97,1%) eram entidades não-governamentais (BRASIL, 2007).

No município de Maringá, segundo dados da SASC, há sete CT, sendo apenas uma destinada ao atendimento de mulheres, totalizando 186 vagas para o tratamento de usuários de drogas (MARINGÁ, 2011).

Em 2010, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas (BRASIL, 2010a). Dentre as ações efetivamente realizadas por esse plano, destaca-se a ampliação de leitos em CT, com a transferência de recursos financeiros a municípios e ao Distrito Federal para o fortalecimento

da rede de atenção a usuários de *crack* e outras drogas sem comprometimento clínico grave, por meio da utilização de leitos de acolhimento em CT (BRASIL, 2010a).

No Estado do Paraná, 15 Comunidades receberam recursos financeiros para serem utilizados em novas vagas ou custear as existentes. Em Maringá, uma CT foi selecionada para receber esses recursos, com a disponibilização de 20 vagas para tratamento de usuários de drogas no município (BRASIL, 2011d).

Desse modo, observa-se atualmente uma mudança de paradigma em relação ao papel das CT no tratamento dos usuários de drogas, visto a criação de mecanismos para que elas se articulem com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com as políticas públicas voltadas para a questão do uso do álcool e de outras drogas, integrando a rede pública para tratamento de usuários de drogas, e mais especificamente no apoio ao controle do *crack*.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a influência do ambiente familiar para o uso de *crack* em usuários habituais ou dependentes.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários de *crack*;
- descrever o padrão do uso de *crack* e de outras drogas de abuso entre os usuários de *crack*;
- descrever a estrutura familiar dos usuários de *crack*;
- identificar antecedentes familiares do uso de drogas de abuso na população em estudo.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa transversal, de natureza descritiva, com delineamento preliminar de uma série de casos, tendo como referencial teórico a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), particularmente o uso do genograma para a identificação de padrões multigeracionais de comportamentos.

Segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2006), a pesquisa transversal é um tipo de estudo em que fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, permitem produzir instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseados na avaliação individual e possibilitando a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado.

O estudo em série de casos consiste na descrição de um grupo de dez ou mais indivíduos com uma doença ou problema em particular, sendo comum a realização de uma análise retrospectiva da vida do indivíduo (FLETCHER; FLETCHER, 2006)

A TGS se desenvolveu a partir do clássico conceito de Bertalanfly (2009, p. 84), que definiu sistema como “[...] um complexo de elementos em interação, um todo organizado ou, ainda, partes que interagem formando esse todo unitário e complexo”. De acordo com a TGS, a família é considerada como um sistema, ou seja, um grupo de pessoas que estão ligadas por laços biológicos, legais, culturais e/ou emocionais, e que tem história e perspectiva de futuro comuns. Essas pessoas constituem um sistema de relações significativas, no qual seus membros são interdependentes, ou seja, a mudança de comportamento/funcionamento em um membro repercute nos demais e no sistema familiar como um todo (CERVENY, 1994; MCGOLDRICK; GERSON; SHELLENBERGER, 2008).

O termo família de origem inclui o indivíduo, seus pais e avós, numa ascendência progressiva. As novas famílias, que se formam a partir de uniões nas gerações mais recentes, são denominadas famílias constituídas. Estas recebem forte influência dos valores, crenças, normas, vínculos e relações estabelecidas ao longo dessas gerações anteriores, que constituem o legado familiar (CERVENY, 1994).

As famílias constituídas tendem a repetir alguns padrões de comportamento de sua família de origem, isto é, o que acontece em uma geração frequentemente se repete na

seguinte. Assim, um estilo particular de funcionamento ou de lidar com problemas pode ser transmitido de geração em geração. Estes são denominados padrões multigeracionais (MCGOLDRICK; GERSON; SHELLENBERGER, 2008).

Padrões multigeracionais de comportamento podem ser estudados pelas diversas técnicas, entre as quais o genograma. Esse instrumento é um diagrama, semelhante a uma árvore genealógica, que permite retratar a estrutura familiar, seus padrões de relacionamentos, manutenção de conflitos, bem como reunir dados de sua história e dos indivíduos que a compõem. É, portanto, uma forma gráfica de apresentar informações que permite a rápida apreensão de complexos padrões familiares e a reflexão de como questões clínicas podem estar ligadas à evolução de problemas e da própria família ao longo do tempo (ATHAYDE; GIL, 2005; MCGOLDRICK; GERSON; SHELLENBERGER, 2008).

Esse instrumento tem sido apontado como útil na abordagem familiar, tanto na clínica quanto para pesquisa. Por meio dele é possível identificar datas, nomes, fatos marcantes e papéis desempenhados por membros da família. Além disso, por incluir dados de várias gerações, permite observar e compreender a transmissão de comportamentos, valores e crenças entre as gerações (ATHAYDE; GIL, 2005).

O genograma é considerado um bom instrumento para coleta de dados ao longo de entrevistas em profundidade. A organização gráfica da estrutura e dinâmica familiar, ao longo da entrevista, permite a boa interação entre entrevistador e entrevistado, além de encorajar este último a contar sua história. Essa riqueza de dados favorece a análise qualitativa da história multigeracional da família (MCGOLDRICK; GERSON; SHELLENBERGER, 2008).

### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado nos meses de maio a julho de 2011, no município de Maringá-Paraná, e os casos investigados foram originários da CT *Associação Maringá Apoiando a Recuperação de Vidas* (Marev).

De acordo com o censo 2010, o município de Maringá conta com uma população de 357.117 habitantes, e possui uma rede de tratamento em saúde mental composta por Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II), Centro Integrado de Saúde Mental (Cisam), Emergência

Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá, sete CTs, leitos em hospitais gerais contratualizados ao SUS, e Hospital Psiquiátrico.

A opção por acessar os sujeitos em estudo em uma CT deu-se pelo fato de que nesse ambiente de tratamento os usuários estão abstinente de *crack*, estabelecendo maior vínculo com o pesquisador, e as famílias de usuários de *crack* poderiam ser localizadas e abordadas com maior facilidade, visto que o rompimento dos vínculos sociais e familiares é frequentemente encontrado no contexto de vida desses usuários. Mais especificamente, a CT-Marev cumpre os critérios técnicos de funcionamento da Anvisa e está registrada no Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas de Maringá (Comad) e na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FBCT).

A CT-Marev é uma entidade não-governamental fundada no ano de 1997, com área de abrangência inicialmente definida para a região de Maringá, mas que atende também indivíduos de outras regiões paranaenses e Estados. De acordo com o relatório das atividades da Comunidade, até março de 2011 foram atendidos 1.451 usuários de drogas, sendo que 43,8% eram procedentes de Maringá. Possui capacidade para 40 residentes, atendendo exclusivamente em regime de residência, usuários de drogas do sexo masculino, a partir de 12 anos de idade.

O eixo do trabalho desenvolvido na instituição é a matricialidade sócio-familiar com base na Política Nacional de Assistência Social, que considera que a família “[...] independente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, delimitando, continuamente os deslocamentos entre público e o privado” (BRASIL, 2004, p. 34).

A internação na CT tem duração máxima de nove meses, dividida em três etapas, e o tratamento é baseado nos 12 passos dos Narcóticos Anônimos, associado à realização de atividades de laborterapia, de recreação/lazer, educacionais e outras. Tem como critérios de admissão o usuário desejar o tratamento, possuir referência familiar, e suas famílias frequentarem reuniões do Grupo Amor Exigente, que é um programa de autoajuda que desenvolve preceitos de organização familiar.

A equipe de profissionais da CT-Marev é constituída por supervisores técnicos, psicóloga, assistentes sociais, e enfermeiro, que atuam diretamente no tratamento aos usuários de drogas.

### 3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo, escolhida intencionalmente, segundo alguns critérios (THIOLLENT, 2004), compreendeu usuários classificados funcionalmente como habituais ou dependentes de *crack*, do sexo masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, em tratamento na CT-Marev no mês de maio de 2011, e suas respectivas famílias, independentemente do município de procedência. Adotou-se a ausência de referência familiar do usuário como critério de exclusão dos sujeitos no estudo.

A funcionalidade refere-se ao grau de rupturas que o usuário de *crack* apresenta em sua vida social em decorrência do uso da substância. Assim, a definição de usuário de drogas de abuso eleita para este estudo foi a mesma proposta pela Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) (BUCHER, 1995):

- **usuário experimental ou experimentador:** limita-se a experimentar uma ou várias drogas, por diversos motivos, como curiosidade, desejo de novas experiências, pressão de grupo etc. Na grande maioria dos casos, o contato com drogas não passa das primeiras experiências;
- **usuário ocasional:** utiliza um ou vários produtos, de vez em quando, se o ambiente for favorável e a droga disponível. Não há dependência, nem ruptura das relações afetivas, profissionais e sociais;
- **usuário habitual ou "funcional":** faz uso frequente de drogas. Em suas relações já se observam sinais de ruptura. Mesmo assim, ainda "funciona" socialmente, embora de forma precária e correndo riscos de dependência;
- **usuário dependente ou "disfuncional"** (dependente, toxicômano, drogadito, farmacodependente, dependente químico): vive pela droga e para a droga, quase que exclusivamente. Como consequência, rompe os seus vínculos sociais, o que provoca isolamento e marginalização, acompanhados eventualmente de decadência física e moral.

Foi composta uma amostra de usuários em tratamento, de caráter intencional por critérios, sendo incluídos os indivíduos que preenchessem critérios que possibilitassem riqueza de informações para a compreensão da questão estudada (THIOLLENT, 2004). A CT-Marev contava com um total de 34 residentes no mês de maio de 2011, dos quais 22

(64,7%) eram usuários de *crack* e classificados funcionalmente como habituais ou dependentes de *crack*. Desses, dois usuários tinham idade inferior a 18 anos, sendo efetivamente incluídos 20 usuários de *crack*. (Figura 1).

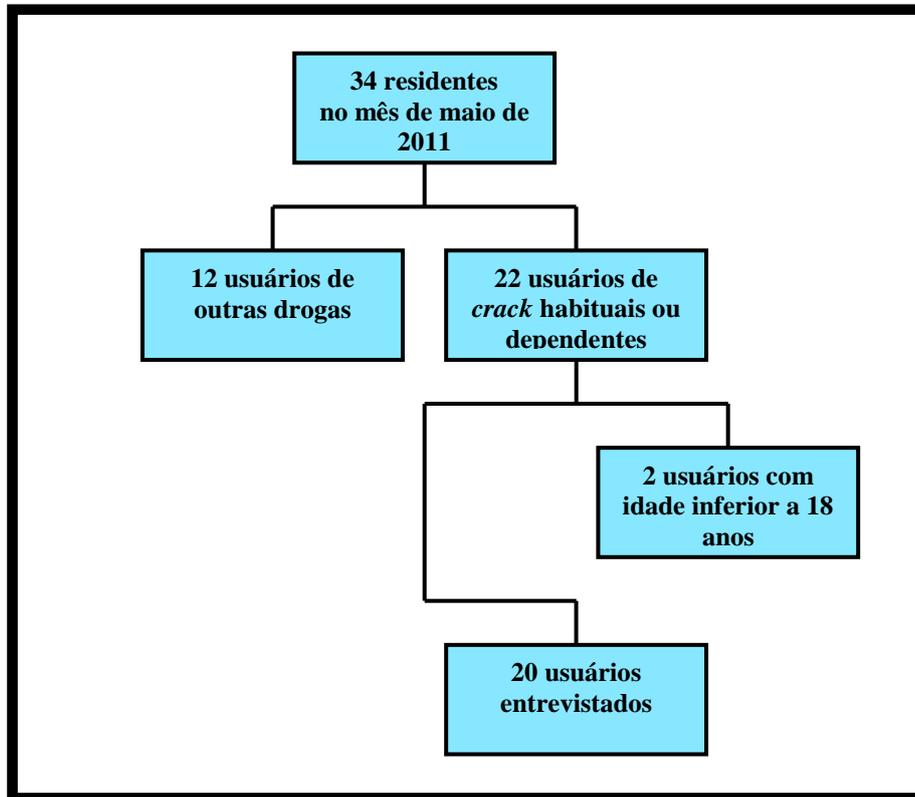


Figura 1 – Fluxograma de seleção da população em estudo. CT-Marev, Maringá-PR, 2011.

Respeitando a autonomia das famílias, as mesmas elegeram entre seus membros um informante familiar para participar do estudo. Observou-se que os critérios de seleção pautaram-se predominantemente naqueles indivíduos que possuíam maior ligação emocional com os usuários e maior conhecimento para relatar as experiências processadas no ambiente familiar.

Houve perda de cinco familiares durante a fase de coleta dos dados:

- família do usuário E8, de 25 anos e em tratamento na CT-Marev há seis meses. A família morava em Curitiba - PR e não possuía recursos financeiros para visitar o usuário;
- família do usuário E14, de 30 anos e em tratamento na CT-Marev há quatro meses. O usuário foi desligado da Comunidade por não-cumprimento às regras;
- família do usuário E15, de 31 anos e em tratamento na CT-Marev há cinco meses. A família morava em Iguaraniaçu - PR e não possuía recursos financeiros para visitar o usuário;

- família do usuário E18, de 25 anos e em tratamento na CT-Marev há seis meses. A família morava em Jandaia do Sul - PR e não possuía recursos financeiros para visitar o usuário;
- família do usuário E20, de 40 anos e em tratamento na CT-Marev há cinco meses. A familiar responsável, irmã do usuário, era deficiente visual e não retornou à estratégia adotada para responder o instrumento de pesquisa via *e-mail*.

Assim, foram entrevistados 15 familiares, sendo sete mães, cinco irmãos, dois pais e uma tia, que estavam intimamente ligados ao indivíduo índice, o usuário de *crack* em tratamento, e ao fenômeno estudado.

### 3.4 FONTES E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As fontes de dados foram dois documentos próprios da instituição, denominados de “Relatório de etapas” e “Relatório de internos”, próprios da Instituição e arquivados na Secretaria da CT-Marev (ANEXO A).

O “Relatório de etapas” é um impresso constituído pelos nomes dos usuários de acordo com a etapa do tratamento, e outras informações, tais como o período de saída da Comunidade e a finalização de cada etapa, no qual foram incluídos três itens: identificação do tipo de droga utilizada, idade dos internos, e classificação da funcionalidade do uso de *crack*, que foram preenchidos pelas informações dos supervisores e/ou dos profissionais de saúde que atuavam diretamente no tratamento aos usuários.

O “Relatório de internos” é um impresso dividido em duas partes: a primeira possui o nome dos internos e o número de telefone de dois contatos, e a segunda, o nome dos internos de acordo com o endereço dos responsáveis.

Os instrumentos de coleta de dados foram constituídos por dois roteiros de entrevista semiestruturadas – Roteiro Usuário e Roteiro Família (APÊNDICE A), um questionário de classificação econômica das famílias (ANEXO B), e o diário de campo (APÊNDICE B).

O Roteiro Usuário foi constituído por duas partes: a primeira, destinada à coleta de dados socioeconômicos e demográficos, e a informações sobre a internação; e a segunda parte, destinada à identificação do padrão de uso do *crack* e de outras drogas de abuso.

O Roteiro Família também foi constituído por duas partes. A primeira, destinada à coleta de informações pessoais do respondente, e de dados socioeconômicos e demográficos da família; e a segunda, permitiu a investigação das relações familiares e do consumo de drogas pelos membros da família, finalizando com o espaço para desenho genograma.

As perguntas abertas do Roteiro Família possibilitaram o diálogo entre o pesquisador e os entrevistados, contudo, também foi utilizado o diário de campo para o registro das percepções do investigador e para a melhor caracterização dos sujeitos investigados. O modelo de diário de campo utilizado no estudo foi adaptado de Bogdan e Biklen (1994), que segundo esses autores, é um instrumento de registro de dados do pesquisador, que permite “[...] o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiência e pensa no decurso da coleta de dados” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 150).

O desenho dos genogramas foi realizado manualmente em um espaço ao final do Roteiro Família, a partir de instruções para sua elaboração. Visando à padronização dos elementos gráficos, o modelo de símbolos utilizados no estudo foi adaptado de Mcgoldrick, Gerson e Shellenberge (2008), a seguir:

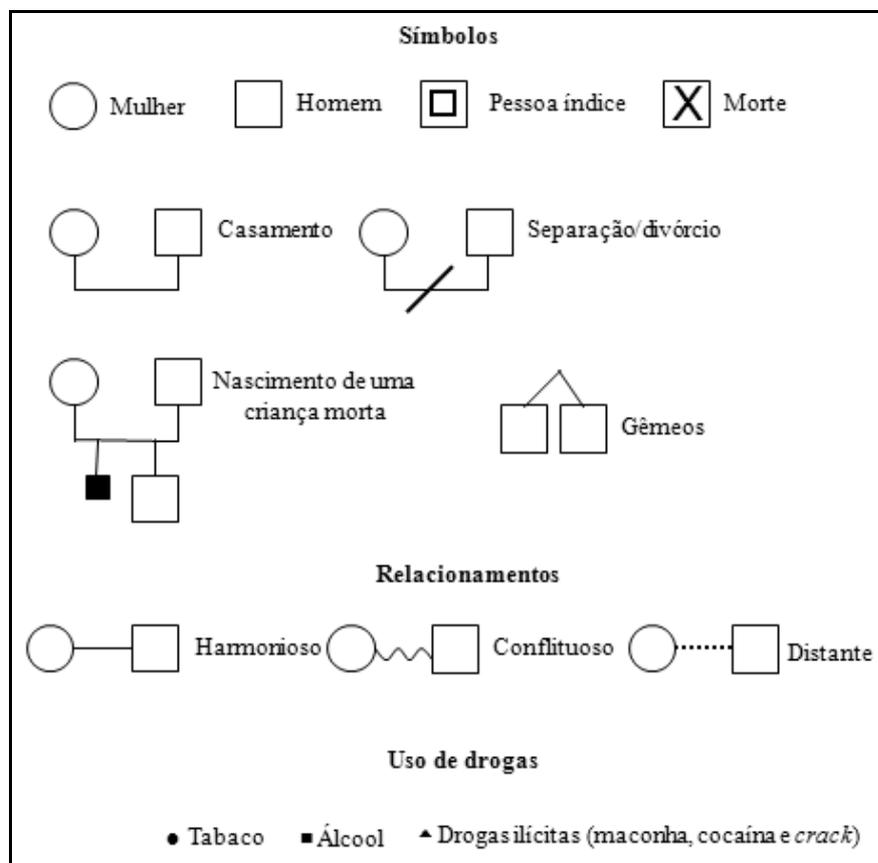


Figura 2 – Símbolos utilizados para a construção dos genogramas, 2011.

Para caracterização dos relacionamentos entre os membros da família, foram utilizados três tipos (WENDT; CREPALDI, 2008):

- relacionamento harmonioso: define-se como a experiência emocional de união entre dois ou mais membros familiares que nutrem sentimentos positivos um para com o outro e que possuem interesses, atitudes ou valores recíprocos. Inclui diferenciação dos membros entre si e com suas famílias de origem;
- relacionamento conflituoso: caracteriza-se pelas relações nas quais há constantes atritos que geram muita ansiedade e desavenças no meio familiar traduzidos por dificuldades de comunicação, tais como desqualificações e desconirmações do outro, podendo evoluir para padrões de comunicação simétricos capazes de gerar violência física;
- relacionamento distante: caracteriza a forma de relacionamento encontrada, principalmente, nas famílias desligadas, com fronteiras rígidas. O relacionamento entre os membros caracteriza-se por pouco contato, principalmente de ordem emocional.

O instrumento de classificação econômica utilizado no estudo foi o Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida pelas entidades é exclusivamente de classes econômicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010).

Previamente à utilização, os roteiros de entrevistas e o diário de campo foram avaliados pela banca de qualificação, por dois docentes pesquisadores da área de Saúde Mental, e um profissional de saúde com experiência em estudos no tema Drogas de Abuso, para certificação de que as questões eram pertinentes aos objetivos do estudo. Como principal contribuição, foi sugerida a adequação de algumas questões em nível de compreensão dos usuários e a formatação dos roteiros de entrevistas, sendo todas as sugestões acatadas.

### 3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi constituída por análise documental, aplicação dos roteiros de entrevista aos usuários e a um familiar, aplicação do instrumento de classificação econômica, e elaboração dos diários de campo.

A análise de documentos foi realizada inicialmente para seleção dos usuários em estudo, por meio de consulta ao “Relatório de etapas”, onde os itens adicionais ‘tipo de droga utilizado’, ‘idade dos usuários’ e ‘funcionalidade do uso de *crack*’ foram previamente preenchidos a partir de informações dos profissionais que atuavam na CT-Marev.

Os sujeitos foram abordados individualmente pelo pesquisador e um supervisor e/ou profissional de saúde da instituição para participar do estudo. Após esta aproximação inicial, os usuários eram encaminhados a uma sala reservada na Comunidade para o esclarecimento detalhado dos motivos e dos aspectos éticos referentes ao estudo. Em seguida, era assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, e se procedia à entrevista (APÊNDICE C).

Considerando que o período de internação na CT-Marev é de nove meses, foram entrevistados inicialmente os usuários que estavam na etapa final do tratamento (terceira etapa), de modo com que todos fossem entrevistados dentro do prazo estabelecido para a internação, visando reduzir o número de perdas.

Para a entrevista com as famílias, também se optou por entrevistar inicialmente aquelas que residiam no município de Maringá em suas próprias residências, e aquelas que residiam em outros municípios durante a visita familiar ao usuário na Comunidade, evitando reduzir o número de perdas, visto que essas ocorriam uma vez ao mês (primeiro domingo). No entanto, foi dada liberdade para que as famílias escolhessem o local da entrevista, sendo que estas poderiam ser realizadas em seu domicílio ou na CT-Marev.

Vale salientar que foi solicitado autorização prévia dos usuários para a entrevista familiar, com posterior consulta ao “Relatório de internos” para identificação dos telefones e endereços postais das famílias.

Para a abordagem telefônica com as famílias, foi adotada uma explicação única em todos os casos: “Estamos realizando uma pesquisa sobre o ambiente familiar e o uso de *crack*, e a partir da internação de (nome do indivíduo) na Associação Maringá Apoiando a Recuperação de Vidas (Marev), sua família foi selecionada para fazer parte desta pesquisa. Gostaríamos de agendar uma data para entrevistá-los em sua residência, ou mesmo durante a

visita família no Marev, como você achar melhor. A entrevista será realizada por mim, mestrando em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá”.

Assim, dos 11 familiares contactados, via telefone, cinco optaram por serem entrevistados no domicílio, e os demais preferiram ser entrevistados durante a visita familiar na CT-Marev.

Nas entrevistas realizadas no domicílio, adotou-se o conceito de visita domiciliar, que enquanto técnica de abordagem de grupo familiar reúne pelo menos três tecnologias: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam fatos de suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidas (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

As famílias entrevistadas na CT-Marev foram abordadas pelo próprio pesquisador, que, sempre que possível, era acompanhado por um supervisor e/ou profissional de saúde da instituição. Em seguida, a família elegia um informante familiar, sendo este encaminhado a um ambiente reservado da Comunidade para realização da entrevista. No total, dez familiares foram entrevistados na Comunidade, sendo que quatro residiam nos municípios de Cianorte, Cidade Gaúcha, Inajá e Londrina, e cinco já haviam optado, após o contato telefônico prévio, pela realização da entrevista na CT durante a visita. Desses, dois residiam no município de Maringá, dois em Sarandi e um no município de Paiçandu.

O desenho dos genogramas foi realizado manualmente pelo pesquisador, utilizando a explicação única sobre a sua finalidade, e apresentação dos símbolos que poderiam ser utilizados e seus significados, contudo, foi oportunizada a criação de símbolos e siglas que não estavam no modelo adaptado (MCGOLDRICK, GERSON; SHELLENBERGE, 2008).

Em seguida, procedia-se a elaboração da geração familiar do sujeito índice (1ª geração) – pais e irmãos, e a elaboração da geração antecessora (2ª geração) – avós e tios. Foram questionados aos entrevistados sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas pelos membros da família, presença de antecedentes psiquiátricos, e o tipo de relacionamento que eles possuíam com cada pessoa (harmônico, distante, ou conflituoso). Vale salientar, que nas famílias com prole extensa, deu-se prioridade para o desenho das linhas de relacionamento da geração familiar do sujeito índice. Ao final de cada genograma, eles puderam completar e alterar o desenho inicial.

Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital e tiveram duração média de 20 min nas entrevistas dos usuários, e 60 min nas entrevistas das famílias, sendo posteriormente

transcritas na íntegra. Durante a entrevista, foram abordados ainda outros aspectos como o momento do ciclo vital familiar, sentimentos e comportamentos relacionados à associação família-droga, características pessoais dos familiares e outros temas trazidos pelos próprios entrevistados.

Esta é uma das vantagens da entrevista semiestruturada, pois permite que assuntos não-eleitos previamente sejam investigados à medida que emergem, o que enriquece o relato e, conseqüentemente, a possibilidade de compreensão do tema em suas múltiplas dimensões (SMITH; EATOUGH, 2006). Vale salientar, que o diário de campo foi preenchido para todas as entrevistas, no período máximo de 1h após o seu término.

### 3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas dos usuários foram codificadas por meio da letra ‘E’ seguida de algarismos arábicos conforme a sequência da sua realização, e as entrevistas das famílias por meio da letra ‘F’, seguida do algarismo arábico referente à entrevista do usuário, visando à “associação” das entrevistas e ao anonimato dos entrevistados.

A transcrição na íntegra dos dados coletados foi realizado pelo pesquisador e por três acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem, após capacitação prévia por meio da leitura de textos relacionados com o tema e discussão dialogada, sendo todo o conteúdo das entrevistas conferido pelo pesquisador após as digitações.

Os dados quantitativos foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva simples no programa computacional *Statistical Analysis System*<sup>®</sup> 9.1.

Os dados qualitativos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado, e que operacionalmente abrange as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010). Para tanto, os registros das entrevistas foram lidos, seguido da organização dos dados em categorias temáticas.

Os genogramas foram incluídos no programa computacional *Power Point*<sup>®</sup>, e para sua análise foi conduzido um processo semelhante ao da análise de conteúdo: todos os genogramas foram cuidadosamente observados, de modo a ser possível agrupá-los em

categorias de princípio interpretativo (MCGOLDRICK; GERSON; SHELLENBERGE, 2008).

A análise do diário de campo foi baseada nos pressupostos de Bogdan e Biklen (1994), sendo que alguns dados foram utilizados para melhor caracterização dos usuários, das famílias e das relações familiares.

### 3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Visto que o estudo envolveu uma população considerada vulnerável (usuários de *crack* e suas famílias), no qual a capacidade de autodeterminação pode apresentar-se reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido, todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente.

Foi observado durante a realização de um estudo anterior com usuários de *crack*, um grande receio em participar de pesquisa sobre o uso de drogas, principalmente em relação ao uso de *crack*, o que exigiu maior esforço do pesquisador para o esclarecimento quanto aos objetivos da pesquisa (SELEGHIM et al., 2011).

Durante a abordagem aos usuários de *crack* do presente estudo, de modo semelhante ao estudo anterior, também se observou certo receio por parte de alguns usuários, e o momento de esclarecimento prévio dos objetivos do estudo foi utilizado para o estabelecimento de vínculo entre o pesquisador-entrevistado. A atitude acolhedora do pesquisador possibilitou o estreitamento do vínculo, assegurando maior qualidade e fidedignidade dos dados obtidos.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma destas ficou de posse dos entrevistados, e para garantia do anonimato dos participantes, todas as entrevistas foram codificadas com letras e números.

A realização do estudo foi autorizada pela Associação Maringá Apoiando a Recuperação de Vidas – Marev, e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 301/11) (ANEXO C). Todas as normas de diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridas (BRASIL, 1996).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando melhor organização, e a posterior publicação dos dados, os resultados e discussão são apresentados em formato de quatro artigos científicos:

- **Artigo 1** – Padrão do uso de drogas de abuso em usuários de *crack* em tratamento em uma comunidade terapêutica.
- **Artigo 2** – Estrutura familiar de usuários de *crack*: um estudo das relações e dos antecedentes familiares do uso de drogas de abuso com o auxílio do genograma.
- **Artigo 3** – O uso de *crack* na *interface* com a família: fatores determinantes para o uso de drogas
- **Artigo 4** – Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de *crack*: um estudo do genograma.

## 4.1 ARTIGO 1

**Padrão do uso de drogas de abuso em usuários de *crack* em tratamento em uma comunidade terapêutica\***

Maycon Rogério Selegim<sup>1</sup>, Magda Lúcia Félix de Oliveira<sup>2</sup>

**RESUMO**

A identificação do perfil de usuários de drogas de abuso é uma das primeiras ações para a elaboração de políticas públicas. Considerando as características culturais e sociais desse grupo, é possível maior estabelecimento de vínculo e obtenção de informações mais fidedignas em abstinentes de drogas de serviços especializados para tratamento da dependência. O objetivo do estudo é analisar o padrão do uso das principais drogas de abuso em usuários de *crack* em tratamento em uma Comunidade Terapêutica. Pesquisa descritiva, exploratória, realizada com 20 usuários de *crack* acessados em uma Comunidade do Estado do Paraná, utilizando entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples. A maioria dos usuários tinha idade entre 20 a 39 anos, eram solteiros ou separados/divorciados, com baixa escolaridade, pardos ou negros, e desempregados. O padrão do uso de drogas caracterizou-se pelo uso múltiplo, com início de drogas lícitas e ilícitas na juventude. A trajetória confirmou uma escalada no uso das substâncias psicoativas, iniciando com o tabaco e/ou álcool e finalizando com o uso de *crack*. Conclui-se pela necessidade de políticas de prevenção ao uso de tabaco e de álcool, no intuito de impedir uma progressão no consumo de drogas, e de capacitação dos profissionais de saúde para reconhecimento e abordagem precoce aos usuários.

**Palavras-chave:** Abuso de drogas. Drogas ilícitas. Cocaína *crack*. Comunidade terapêutica.

**Pattern of illicit drug abuse by *crack* users in treatment in a therapeutic community**

**ABSTRACT**

The identification of illicit drug users' profile is one of the first activities in the elaboration of public policies. Due to the cultural and social characteristics of the group, bonding may be established and more reliable information on drug abstinence may be obtained from specialized services for drug addiction treatment. Current investigation analyzes the usage pattern of the main illicit drugs by *crack* users treated in a Therapeutic Community (TC). A descriptive and exploratory survey, featuring semi-structured interview, was conducted with 20 *crack* users treated in a TC in the state of Paraná, Brazil. Data were analyzed by simple descriptive statistics. Most users were within the 20 - 39 year-old bracket, single or separated / divorced, low schooling, brown or black, and unemployed. The pattern of drug use is characterized by frequent use, with an onset of licit and illicit drugs in their youth. Their life

---

\* Artigo extraído da Dissertação intitulada "Recursos e adversidades no ambiente familiar de usuários de *crack*", realizada com apoio financeiro do CNPq e Ministério da Saúde, Edital nº 41/2010

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Hospital Paraná. E-mail: mselegim@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Graduação e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: mlfoliveira@uem.br

trajectory confirmed an escalation of the use of psychoactive substances, starting with tobacco and / or alcohol and ending with *crack*. These results emphasize the need for public policies to prevent tobacco use and alcohol to inhibit an increase in drug use and the training of health professionals to early identify and approach illicit drug users.

**Keywords:** Drug-related disorders. Illicit drugs. *Crack* cocaine. Therapeutic community.

### **Patrón del uso de drogas de abuso en usuarios de *crack* en tratamiento en una comunidad terapéutica**

#### **RESUMEN**

La identificación del perfil de usuarios de drogas de abuso es una de las primeras acciones para la elaboración de políticas públicas. Considerando las características culturales y sociales de ese grupo, es posible mayor establecimiento de vínculo y obtención de informaciones más fidedignas en abstinentes de drogas de servicios especializados para tratamiento da dependencia. El objetivo del estudio es analizar el patrón del uso de las principales drogas de abuso en usuarios de *crack* en tratamiento en una Comunidad Terapéutica. Pesquisa descriptiva, exploratoria, realizada con 20 usuarios de *crack* contactados en una Comunidad del estado de Paraná, utilizando entrevista semi-estructurada. Los datos fueron analizados por medio de estadística descriptiva simple. La mayor parte de los usuarios tenía edad entre 20 a 39 años, eran solteros o separados/divorciados, con baja escolaridad, pardos o negros, y desempleados. El patrón del uso de drogas se caracterizó por el uso múltiple, con inicio de drogas lícitas e ilícitas en la juventud. La trayectoria se confirmó una escalada en el uso de las sustancias psicoactivas, iniciando con el tabaco y/o alcohol y finalizando con el uso de *crack*. Se concluye por la necesidad de políticas de prevención al uso de tabaco y de alcohol, en el intuito de impedir una progresión en el consumo de drogas, y de capacitación de los profesionales de salud para reconocimiento y abordaje precoz a los usuarios.

**Palabras-clave:** Abuso de drogas. Drogas ilícitas. Cocaína *crack*. Comunidad terapéutica.

#### **INTRODUÇÃO**

O uso de drogas é um fenômeno complexo por acarretar ônus ao sujeito, à família e à sociedade, na forma de repetência escolar, perda de emprego, rupturas familiares, violências, acidentes e encarceramentos (SCHENKER, 2010). As drogas podem ser lícitas, como o álcool e o tabaco, ou ilícitas, como a maconha, a cocaína e o *crack*.

Geralmente, usuários de drogas estão escondidos da sociedade, por usar uma droga ilegal e pela criminalização social relacionada ao uso, ou pela dificuldade em assumir o “vício” de uma droga legal, o que ocasiona dificuldades em caracterizar este grupo, bem como estabelecer o padrão de uso das substâncias psicoativas (ZILBERMAN, 1998).

Os usuários podem ser encontrados em delegacias de polícia, nas cadeias e nos presídios, onde pelos crimes relacionados às drogas; em hospitais, em consequência de violência, ou para cuidados de saúde pelas drogas ou outras condições a elas relacionadas

(comorbidades); e em serviços especializados para tratamento da dependência química, onde são internados para recuperação ou por “overdose” (ZILBERMAN, 1998).

Estudo realizado com usuários de *crack*, atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica do estado do Paraná, encontrou que, além da perda dos vínculos relacionais com a família e com o meio social, presença de drogas e violência no ambiente familiar, a procura pelo atendimento surgiu como um meio de “aliviar” os longos períodos de uso da droga na rua, sem uma motivação real para cessar o uso do *crack* (SELEGHIM et al., 2011).

Ainda, pesquisa desenvolvida com coorte de 131 usuários de *crack* com histórico de tratamento, encontrou que a recorrência e a persistência do consumo nos anos pós-alta de tratamento refletem novas modalidades de uso do *crack*, indicando que investigações futuras deveriam se voltar para a elucidação de momentos do curso de vida dos indivíduos em que outros dispositivos (de saúde, sociais e culturais) que não os tratamentos formais, compareçam como apoiadores da alteração da relação de exclusividade com a droga (DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011).

As drogas de abuso são definidas como substâncias consumidas por qualquer forma de administração, que altera o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do sistema nervoso central. O *crack* é um subproduto da cocaína e um potente estimulador do sistema nervoso central que surgiu no Brasil no final da década de 1980, e seu uso é considerado um problema de saúde pública emergente, pela ocorrência de violências, ao seu impacto no financiamento do sistema de saúde, e aos prejuízos individuais e familiares (RAUPP; ADORNO, 2011; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

A determinação dos diversos padrões de uso de substâncias psicoativas permite aos profissionais de saúde classificar os usuários para constituição de grupos quanto aos tipos de drogas, estabelecer o nível de consumo de cada uma das drogas, identificar as razões de uso, e avaliar a gravidade do quadro da dependência, que permitirão avaliar a eficácia dos esquemas terapêuticos e os resultados da terapêutica pela mudança no padrão de consumo e doenças orgânicas (BORINI; GUIMARÃES; BORINI, 2003).

A identificação do perfil do usuário e do padrão do consumo são aspectos relevantes na avaliação inicial do uso das drogas de abuso, sendo considerada uma das primeiras ações para a elaboração de políticas públicas e auxiliar no estabelecimento de estratégias de mudança (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Poucos são os estudos que envolvem usuários de drogas internados em serviços especializados para tratamento da dependência química, incluindo as Comunidades Terapêuticas. Esse ambiente de tratamento surgiu na Grã-Bretanha na década de 1940 e foi inicialmente

utilizado para a atenção à saúde de pacientes psiquiátricos, e é uma modalidade de serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, devendo funcionar segundo modelo psicossocial (BRASIL, 2011; DE LEON, 2003).

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi analisar o padrão do uso das principais drogas de abuso em usuários de *crack* em tratamento em uma Comunidade Terapêutica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório, realizada em uma Comunidade Terapêutica (CT) da região Noroeste do Estado do Paraná.

A CT é uma entidade não-governamental, fundada no ano de 1997, localizada em área rural. Possui capacidade para 60 residentes, e assiste a usuários de drogas do sexo masculino a partir dos 12 anos de idade, em regime de residência (9 meses); a entidade segue os critérios de funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, é registrada na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FBCT) e no Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas de Maringá (Comad).

A população em estudo foi constituída por amostra intencional por critérios, incluindo 20 indivíduos do sexo masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, classificados funcionalmente como habituais ou dependentes de *crack*, e em tratamento na Comunidade no mês de maio de 2011.

Considerando os diversos sistemas de classificação do padrão de uso das substâncias psicoativas, adotou-se no presente estudo a definição de padrão de uso como o conjunto de variáveis que fornecem dados sobre o início e a continuidade do consumo de uma substância psicoativa (OLIVEIRA, NAPPO, 2008).

A funcionalidade refere-se ao grau de ruptura que o indivíduo apresenta em sua vida social em decorrência do uso de drogas. Adotou-se a classificação proposta pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco):

- usuário experimental: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, como curiosidade, desejo de novas experiências, pressão de grupo;
- usuário ocasional: utiliza uma ou várias substâncias de vez em quando, se o ambiente for favorável e a droga disponível;
- usuário habitual: faz uso frequente de drogas e em suas relações já se observam sinais de ruptura. Mesmo assim, ainda "funciona" socialmente, embora de forma precária e com riscos de dependência;

- usuário dependente: vive pela droga e para a droga, quase que exclusivamente. Como consequência, rompe os seus vínculos sociais, o que provoca isolamento e marginalização, acompanhados eventualmente de decadência física e moral (BUCHER, 1995).

A CT contava com um total de 34 residentes no primeiro dia da coleta dos dados. Para seleção dos sujeitos em estudo recorreu-se à consulta ao Relatório de Etapas, um impresso próprio da Comunidade que identifica os usuários de acordo com a etapa do tratamento, compilando os itens droga de uso, funcionalidade, e idade.

Foram encontrados 22 usuários de *crack* classificados como habituais ou dependentes, no entanto, respeitando a maioridade legal, dois usuários foram excluídos por terem idade inferior a 18 anos.

Para coleta dos dados, utilizou-se entrevista semiestruturada, orientada por um roteiro constituído por dados socioeconômicos do usuário e do padrão do uso de drogas de abuso. Foram utilizados para o presente estudo: 1) dados socioeconômicos: faixa etária, raça/cor, anos de estudo, situação conjugal e filhos, religião e situação ocupacional; 2) dados sobre o padrão do uso das principais drogas de abuso (tabaco, álcool, maconha, cocaína e *crack*): idade de início – criança (até 10 anos), jovem (10 a 24 anos), e adulto (24 a 60 anos) (NUGENT, 2006); funcionalidade – experimental, ocasional, habitual e dependente; tempo de uso – 5-9, 10-19, 20-29, e  $\geq 30$  anos; e trajetória do uso – da primeira a quinta droga utilizada.

No caso do padrão do uso de *crack*, também foram estabelecidos aspectos comportamentais específicos, como o instrumento de uso – latas de alumínio, cachimbos de metais, e outros; a socialização do uso – isolado, grupal, ou aos pares; e marcadores de gravidade – atividades criminosas, e a venda de pertence próprio ou familiar para aquisição da droga.

A sequência do uso das drogas de abuso foi realizada pelos próprios usuários, sendo oportunizada a inclusão de outras drogas além das pesquisadas. O início concomitante de mais de uma droga foi considerado desde que o uso tivesse ocorrido no mesmo ano.

Os usuários foram abordados individualmente pelo pesquisador e um supervisor e/ou profissional de saúde da comunidade. Após essa aproximação inicial, os usuários eram encaminhados a uma sala reservada para o esclarecimento dos motivos e dos aspectos éticos referentes à pesquisa, quando então era assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Os dados foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva simples no programa computacional *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup>, e serão apresentados em forma de tabelas e quadros por meio de números absolutos.

A realização do estudo foi autorizada pela Comunidade Terapêutica e aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 301/11). Todas as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa com seres humanos foram cumpridas.

## RESULTADOS

### Caracterização dos sujeitos

O perfil socioeconômico dos 20 usuários de *crack* investigados pode ser observado na Tabela 1. Verificou-se que a idade variou de 18 a 44 anos, com uma média de 28,9 anos, no entanto, a maioria tinha idade entre 20 e 39 anos (16 casos). O número médio de anos de estudo foi de 7,4, com variação de dois a 11 anos estudados.

No que se refere à raça/cor, a maioria dos usuários se autotranscreveram pardos (6 casos) e negros (5 casos). Mais da metade (11 casos) deles eram solteiros e apenas um era casado. Onze informaram ter filhos, sendo que o número médio de filhos por indivíduo foi de um (Tabela 1).

Tabela 1 – Características socioeconômicas dos usuários de *crack*. Maringá-PR, 2011. (n=20)

<i>Variáveis</i>	<i>Descritores</i>	<i>n</i>
<i>Faixa etária (anos)</i>	18 – 19	02
	20 – 29	08
	30 – 39	08
	40 – 44	02
<i>Anos de estudo</i>	1 – 4	03
	5 – 8	10
	9 – 11	07
<i>Raça/cor</i>	Branca	09
	Parda	06
	Negra	05
<i>Situação conjugal</i>	Solteiro	11
	Relação estável	04
	Separado/divorciado	04
	Casado	01
<i>Religião</i>	Católico	17
	Não possui	02
	Testemunha de Jeová	01
<i>Situação ocupacional</i>	Desempregado	13
	Empregado	07

Quase a totalidade relatou possuir religião, sendo que 17 eram católicos, mas dois afirmaram não ser adeptos de nenhuma religião sem, contudo se consideraram ateus. Apesar da situação ocupacional indefinida pela institucionalização na CT, 13 usuários afirmaram estar desempregados, e sete relataram algum tipo de vínculo empregatício formal ou estarem empregados (Tabela 1).

### O padrão de uso das principais drogas de abuso

Evidenciou-se entre os usuários de *crack* o uso múltiplo de drogas ou poliuso, em oposição ao uso exclusivo de *crack*, visto que 16 indivíduos também faziam o uso de tabaco, 19 o uso de álcool, 18 o uso de maconha, e oito relataram ser usuários de cocaína. (Tabela 2).

Tabela 2 – Padrão do uso das principais drogas de abuso lícitas e ilícitas. Maringá-PR, 2011. (n=20)

<i>Variáveis</i>	<i>Drogas lícitas</i>		<i>Drogas ilícitas</i>		
	<i>Tabaco</i> (n=16)	<i>Álcool</i> (n=19)	<i>Maconha</i> (n=18)	<i>Cocaína</i> (n=08)	<i>Crack</i> (n=20)
<b><i>Idade de início</i></b>					
Criança	03	01	-	-	-
Jovem	13	18	18	07	14
Adulto	-	-	-	01	06
<b><i>Funcionalidade</i></b>					
Experimental	04	01	01	12	-
Ocasional	04	03	03	06	-
Habitual	12	06	15	02	07
Dependente	-	10	01	-	13
<b><i>Tempo de uso (anos)</i></b>					
≤ 5	02	01	01	02	-
6-9	05	04	04	01	14
10-19	06	11	11	04	05
20-29	01	02	02	01	01
≥ 30	02	01	01	-	-

De um modo em geral, a idade de início do uso de drogas lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas (maconha, cocaína e *crack*) foi predominante na juventude. Em relação ao uso de tabaco e de álcool, a maioria dos entrevistados apontou o início na juventude, porém, três usuários relataram o uso de tabaco e um o uso de álcool na infância (Tabela 2).

A idade média do início do uso de tabaco foi de 14,4 anos, sendo que o uso habitual por um período entre seis a 19 anos (11 casos) foi de maior ocorrência. Por outro lado, os entrevistados iniciaram o uso de álcool mais precocemente do que o uso de tabaco, visto que a idade média de início foi de 13,7 anos, e foi identificada maior

gravidade no uso de álcool, pois metade dos usuários fazia o uso dependente por um período superior a dez anos (Tabela 2).

No que se refere às drogas ilícitas, o uso de maconha também foi predominante na juventude, com uma idade média de início de 14,2 anos. Observou-se forte aceitação e agregação do consumo de maconha entre os entrevistados, pois a maioria fazia uso habitual por um período superior a dez anos (14 casos) (Tabela 2).

A idade média de início do uso de cocaína foi a maior entre as drogas investigadas – 17,1 anos, com a ocorrência de um caso iniciando na fase adulta do ciclo vital. Nenhum usuário fazia o uso dependente de cocaína em pó aspirada ou endovenosa, sendo que a maioria relatou o uso experimental (12 casos) ou ocasional (6 casos). Entre aqueles que relataram o uso ocasional e habitual, o tempo de uso foi superior a seis anos (8 casos) (Tabela 2).

O padrão do uso de *crack* apresentou-se diferente das demais drogas investigadas, visto que a idade média de início foi de 15 anos, e apesar de ocorrer de forma predominante na juventude (14 casos), seis usuários relataram o início do uso na fase adulta do ciclo vital. A grande maioria também fazia o uso dependente de *crack* por um período entre seis a nove anos (13 casos) (Tabela 2).

Após a consolidação das informações referentes às principais drogas de abuso, foi identificada a trajetória do uso de drogas (Quadro 1). Verificou-se que as primeiras drogas utilizadas pelos usuários de *crack* foram o tabaco e/ou álcool, e em cinco casos estas drogas estavam associadas a solventes e/ou maconha. A segunda droga mais consumida foi a maconha (15 casos), iniciada concomitantemente com a cola de “sapateiro” em sete usuários. Chama atenção que dois usuários iniciaram uso do *crack* já neste período.

A terceira droga mais utilizada pelos usuários foi a cocaína (13 casos), e em cinco casos o uso de *crack* foi iniciado neste período. Como quarta ou quinta droga utilizada pelos entrevistados, o *crack* foi de maior ocorrência (10 e 2 casos, respectivamente). Em geral, o *crack* foi a última droga de uso em metade dos usuários.

<i>Usuário</i>	<i>Primeira</i>	<i>Segunda</i>	<i>Terceira</i>	<i>Quarta</i>	<i>Quinta</i>
<i>U1</i>	Tabaco/Álcool	Maconha	Cocaína	<b>Crack</b>	
<i>U2</i>	Tabaco/Álcool	Maconha	Cocaína	<b>Crack</b>	-
<i>U3</i>	Tabaco/Álcool	Maconha	Cocaína	<b>Crack</b>	Heroína
<i>U4</i>	Tabaco/Álcool	Maconha/Cola	Cocaína/ <b>Crack</b>	<i>Tinner</i>	-
<i>U5</i>	Álcool	Maconha	Cocaína	<b>Crack</b>	-
<i>U6</i>	Tabaco/Álcool/ <i>Tinner</i> / Éter/Benzeno	Maconha/Cola	Cocaína/ <b>Crack</b>	-	-
<i>U7</i>	Álcool	Tabaco/Maconha	Cola	Cocaína	<b>Crack</b>
<i>U8</i>	Álcool	Maconha	Cocaína	<i>Ecstasy</i>	<b>Crack</b>
<i>U9</i>	Tabaco/Álcool	Maconha/Cola	Cocaína	<b>Crack</b>	-
<i>U10</i>	Álcool	Maconha	Cocaína	<b>Crack</b>	-
<i>U11</i>	Tabaco	Álcool/Cola/Maconha	<b>Crack</b>	Cocaína	-
<i>U12</i>	Tabaco	Maconha/Cola	Álcool	<b>Crack</b>	Cocaína
<i>U13</i>	Tabaco/Álcool	Maconha	<b>Crack</b>	-	-
<i>U14</i>	Tabaco/Álcool	Maconha/Cola	Cocaína	<b>Crack</b>	
<i>U15</i>	Tabaco/Álcool/ Maconha	<b>Crack</b>	Cocaína	-	-
<i>U16</i>	Tabaco/ Álcool/ <i>Tinner</i> Maconha/Cola	Cocaína	<b>Crack</b>	-	-
<i>U17</i>	Álcool	Maconha/Cola	Tabaco/Cocaína	<b>Crack</b>	LSD
<i>U18</i>	Tabaco/Maconha	<b>Crack</b>	-	-	-
<i>U19</i>	Tabaco/Álcool/Cola	Maconha	Cocaína	<b>Crack</b>	-
<i>U20</i>	Tabaco/Álcool	Maconha	Cocaína	<b>Crack</b>	-

Quadro 1 – Trajetória do uso de drogas de abuso pelos usuários de *crack*. Maringá-PR, 2011.

Quanto aos aspectos comportamentais relacionados ao padrão do uso de *crack*, as latas de alumínio como instrumento de uso foi apontado por quase todos os entrevistados (19 casos). No entanto, quatro usuários também relataram o consumo da droga em cachimbo de metal improvisado, e quatro faziam o uso de *crack* associado com tabaco ou maconha, denominado por eles de “pitolho” ou “mesclado” (Tabela 3).

No que se refere à socialização do uso de *crack*, o uso isolado (11 casos), caracterizado pelos entrevistados com uma estratégia para lidar com o possível risco de lesões decorrentes de brigas e desentendimentos entre os membros do grupo, foi o mais citado, mas foi indicado por sete destes o uso em grupo (7 casos), como uma forma de proteção dos efeitos audiovisuais da droga.

Tabela 3 – Características comportamentais do padrão do uso de *crack* e gravidade. Maringá-PR, 2011. (n=20)

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>
<b>- Características comportamentais</b>	
<b>Instrumento de uso</b>	
Lata de alumínio	19
Cachimbo de metal	04
Associado com maconha e/ou cigarro	04
<b>Socialização do uso</b>	
Isolado	11
Grupo	07
Pares	02
<b>- Marcadores de gravidade</b>	
<b>Atividade criminosa</b>	
Sim	13
Não	07
<b>Venda de pertences próprios e/ou familiares</b>	
Sim	19
Não	01

Os marcadores da gravidade do uso de *crack* apontaram que a maioria dos usuários já havia praticado alguma atividade criminosa, como a venda de drogas, roubos e assaltos, ou vendido algum pertence próprio ou da família para adquirir o *crack*.

## DISCUSSÃO

O perfil socioeconômico encontrado foi semelhante ao descrito na literatura sobre usuários de drogas no Brasil. Apesar da carência de estudos com usuários de *crack* em tratamento: jovens, em fase economicamente ativa e reprodutiva, sem vínculo empregatício e com baixo poder aquisitivo; nível de escolaridade incompatível para idade, conformando o ciclo vicioso da repetência e da evasão escolar (GUIMARÃES et al., 2008; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

No entanto, chama atenção no grupo estudado a maioria da raça/cor parda ou negra em uma região onde grande parte da população se declara branca. As pessoas brancas representam 51,4% da população do país, sendo esta proporção maior na Região Sul (82,8%). Em termos regionais, a composição por raça/cor é bastante diferenciada, refletindo a origem das várias correntes migratórias que se distribuíram de formas diversas no território nacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Este resultado pode estar associado ao fato do uso de *crack* ser maior nas populações mais pobres, na qual esta combinação de raça/cor está fortemente presente, ou

ainda pelas características específicas da CT, que recebe usuários de parcelas mais vulneráveis da sociedade (GUIMARÃES et al., 2008; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

A idade dos usuários de *crack* tem sido foco de investigação pelas altas taxas de mortalidade ou da longevidade de consumo, o que poderia indicar uma adaptação do usuário à cultura da droga. Estudo realizado com coorte de 131 usuários de *crack*, localizou 107 indivíduos ao final de 12 anos de acompanhamento, e 27 mortes foram confirmadas, sendo a maioria por homicídio (DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011).

Estudo realizado sobre as estratégias desenvolvidas por usuários para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga indicou que as mudanças na cultura do *crack* podem contribuir, em alguns casos, para aumentar a expectativa de vida dos consumidores, visto que é corrente encontrar usuários com mais de cinco anos de consumo (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

O predomínio de usuários com idades entre 20 e 39 anos, aponta desfiliação social na fase produtiva da vida, com perda total ou parcial de vínculos econômicos e afetivos, indicado nesse estudo pela informação de desemprego e pela situação de solteiros, que pelo uso da droga ainda não constituíram famílias (BRASIL, 2010).

A baixa escolaridade também é frequentemente evidenciada entre usuários de *crack*, podendo implicar, entre outros aspectos, em menor inserção no mercado de trabalho formal, medido no estudo pela grande ocorrência de usuários desempregados, menor disponibilidade financeira e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade ao uso de drogas (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010; BRASIL, 2010; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Em relação ao padrão do uso das principais drogas de abuso, chamou atenção a existência do uso múltiplo de drogas ou poliuso. Na literatura internacional, o uso múltiplo de drogas foi dividido em *concurrent polydrug use* (CPU) e *simultaneous polydrug use* (SPU), diferenciados entre si pelo contexto temporal de uso. Enquanto o CPU faz referência ao uso de mais de uma substância em ocasiões diferentes (ainda sem denominação em português), o SPU envolve o emprego de duas ou mais drogas em uma mesma sessão de consumo (uso múltiplo do tipo simultâneo) (MIDANIK, TAM; WEISNER, 2007).

O uso múltiplo de drogas é empregado propositadamente com os fins estratégicos de aumentar o efeito agradável, suavizar o efeito desagradável ou ainda controlar o uso da outra droga que coadministram. Autores apontam que o uso múltiplo de drogas em usuários de *crack* é empregado predominantemente para dar continuidade ao consumo de *crack*. No entanto, no presente estudo, também se observou o uso isolado de outras drogas, consumidos em diferentes ocasiões (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

O uso múltiplo pode dificultar a identificação apropriada dos transtornos de uso de substâncias existentes, servindo como um fator de confusão sobre a interferência de uma dada substância sobre a saúde, além de dificultar a adesão e o sucesso de uma possível abordagem terapêutica a que o usuário possa a submeter-se (GOUZOULIS-MAYFRANK; DAUMANN, 2006).

Em geral, os usuários iniciaram o uso de drogas na adolescência, fase de extrema curiosidade e da valorização do grupo de amigos, e, apesar da iniciação ocorrer muitas vezes de maneira experimental nesta faixa etária, verificam-se comportamentos que continuarão na vida adulta (SCHENKER, 2010).

Ao identificar a trajetória do uso de drogas, segundo a memória de abstinentes do *crack*, realiza-se, indiretamente, um processo semelhante ao do acompanhamento de uma coorte. No presente estudo, verificaram-se três trajetórias distintas de consumo e fatores associados: tabaco/álcool como drogas de iniciação; maconha como primeira droga ilícita; e cocaína/*crack* como a droga utilizada antes do início do tratamento.

O uso de outras substâncias além do *crack* é uma característica bastante presente entre os usuários, com relatos de utilização de diferentes substâncias, tanto no curso de vida quanto no último ano e o estabelecimento da trajetória por meio da memória dos usuários do presente estudo ratificaram essa tendência, porém sem estabelecer com clareza como as associações se processaram e os significados delas (DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011).

Apesar de os usuários de *crack* iniciarem o uso de tabaco em média aos 14,4 anos de idade, a maioria fazia o uso habitual, de forma recorrente, por um período entre seis a 19 anos. A dependência física e psicológica causada pelo uso de tabaco pode levar ao uso frequente e persistente por um período prolongado, como observado nos casos estudados (SANTOS; GOECKING; GOULARTET, 2010).

Adicionalmente, verificou-se que o padrão do uso de álcool entre os usuários de *crack* foi semelhante ao do tabaco, sendo que a maioria iniciou o uso de bebidas alcoólicas em média aos 13,7 anos, fazendo o uso dependente por um período superior a dez anos. Isso remete ao fato de que o início do álcool, geralmente, está associado ou próximo ao uso do tabaco, porém o uso de álcool apresenta maior gravidade, indicado no estudo pela ocorrência de uso dependente (SANTOS; GOECKING; GOULARTET, 2010).

Medidas legais adotadas por governos são importantes para impedir o acesso dos adolescentes às drogas. No Brasil, a venda do álcool e do tabaco é proibida para jovens até 18 anos por meio da Lei no 8.069/9, art. 243 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Porém, a legislação nem sempre é comprida, o que predispõe a aquisição de drogas consideradas lícitas

a menores de 18 anos (BRASIL, 1990). O consumo de álcool, mesmo que em pequena quantidade, pode levar a problemas sociais, físicos e psicológicos, internações hospitalares e problemas familiares.

Estudo realizado com dados de um centro de informação e assistência toxicológica, que se refere ao uso de álcool por crianças e adolescentes do sexo masculino, aponta que as crianças e os adolescentes do sexo masculino têm 3,4 vezes mais chance de intoxicação alcoólica, comparados com os do sexo feminino, de intoxicação alcoólica (OLIVEIRA, ARNAUTS, 2011). Assim, medidas de enfrentamento que considerem o sexo como fator de risco para o início do uso de álcool devem ser levadas em consideração, no intuito de deter a exposição aumentada ao uso de drogas.

Quanto ao padrão do uso de maconha, a maioria dos usuários fazia uso habitual por um período superior a dez anos. Estudo realizado com o objetivo de avaliar a relação entre o consumo precoce de tabaco e álcool e o risco de consumir maconha, encontrou associação significativa com o início precoce e a frequência aumentada do consumo de tabaco, e com o consumo simultâneo de álcool, apontando que as estratégias de prevenção devem ser orientadas para evitar o consumo precoce dessas substâncias na adolescência (IGLESIAS et al., 2007).

O uso associado com maconha surgiu como a possibilidade de reduzir os efeitos negativos do *crack*. Baseado em tal efeito, autores apontam a adoção da maconha como importante estratégia à redução dos danos associados ao uso crônico de *crack* de forma a diminuir a fissura e os demais sintomas associados à síndrome de sua abstinência, o que possibilitaria, em longo prazo, a reintegração sócio-laboral do usuário (LABIGALINI; RODRIGUES; SILVEIRA, 1996).

O início do uso de cocaína, assim como as demais drogas investigadas, foi predominante na adolescência, sendo que a maioria já havia feito o uso experimental ou usava ocasionalmente, contudo sem sinais de dependência dessa substância. Essa situação diferiu da literatura, em que, em uma coorte de usuários de *crack*, a transição da primeira via de utilização da cocaína (forma aspirada), mais comumente utilizada como via inicial, para a segunda (forma inalada) não implicou necessariamente no abandono daquela (DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011).

De acordo com os entrevistados do presente estudo, a cocaína em sua forma aspirada era utilizada somente em situações de festas e geralmente associada álcool. Nesse sentido, autores apontam que a combinação entre cocaína e álcool tende a reforçar os efeitos positivos

da cocaína, sendo ambas as substâncias administradas em maior quantidade (DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011; FALCK; WANG; CARLSON, 2007).

Apesar de os usuários em estudo consumirem o *crack* de maneira habitual ou dependente, considerados de maior gravidade, outros tipos de funcionalidade devem ser investigados, como o uso ocasional, principalmente quanto às estratégias adotadas para seu alcance, visto que os usuários que fazem este tipo de consumo apresentam menos rupturas com sua rede de relações social, de trabalho e familiar (OLIVEIRA; NAPPO, 2008; BRASIL, 2010).

A importância da identificação da sequência do uso de drogas é justificada por ser uma ferramenta eficaz na construção de estratégias para deter a exposição, cada vez maior, ao risco proporcionado por uma progressão de drogas (SANCHEZ; NAPPO, 2002). A maioria dos entrevistados iniciou o uso de drogas com o álcool e/ou tabaco, de ampla disponibilidade comercial entre os jovens, ainda que a venda seja proibida por lei, e figura como elemento de grande aceitação cultural, difundido em todas as classes socioeconômicas (OLIVEIRA; ARNAUTS, 2010; BRUSAMARELLO et al., 2010).

A precocidade de início do uso de álcool é um dos fatores preditores mais relevantes de problemas futuros, aumentando significativamente o risco para beber pesado na idade adulta, em ambos os sexos (VIEIRA; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2007). Ainda, o uso precoce de álcool, de tabaco, ou de ambos pode conduzir ao uso de maconha e de outras drogas, como verificado no presente estudo, ou ainda a graves problemas de comportamento na vida adulta (IGLESIAS et al., 2007).

O uso do *crack*, como última droga, também é relatado na literatura. Estudo realizado com usuários de *crack*, cujo objetivo é identificar uma progressão no uso de drogas, encontrou que o *crack* foi a última droga de uso em 31 entrevistados, e concluiu que os usuários de drogas avançam em uma busca de emoções até se depararem o *crack*, impossibilitando a troca ou a volta pela dependência e/ou compulsão que se instala com o uso (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Sobre os instrumentos utilizados para o consumo do *crack*, o uso de latas de alumínio é bastante frequente entre os usuários, em função do menor custo e da dificuldade de portabilidade dos cachimbos de metais. A identificação do consumo em latas de alumínio merece atenção em função dos danos que esta forma de uso pode acarretar, que além do risco continuado de queimaduras labiais, elevados níveis sérico de alumínio nos usuários pode trazer mais danos ao sistema nervoso central (KESSLER; PECHANSKY, 2008).

O uso isolado do *crack* é uma estratégia frequentemente adotada pelos usuários para lidar com o possível risco de lesões, decorrentes dos desentendimentos entre os membros do grupo, provocados pela fissura e paranoia, e também pelo medo da violência em geral, normalmente brigas nos grupos pelo aumento de agressividade (RIBEIRO; NAPPO, 2011).

Em relação aos marcadores de gravidade, a venda de pertences próprios e/ou familiares, e a realização de atividades criminosas, também são bastante comuns entre os usuários de *crack*, entre outros fatores, pela sensação de urgência pela droga, podendo levar o usuário a praticar atividades ilícitas, ou a troca de sexo por dinheiro para aquisição da droga (RIBEIRO; NAPPO, 2011; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a cultura do *crack* apresenta características contextuais específicas, a escolha por uma CT que atende exclusivamente usuários de drogas do sexo masculino foi pautada na maior ocorrência deste sexo na cultura do *crack*. Também, estudos desenvolvidos em serviços especializados para tratamento da dependência química permitem maior proximidade para o estabelecimento de vínculo, dando maior fidedignidade aos dados obtidos.

O perfil socioeconômico dos usuários de *crack* investigados foi de indivíduos com idade entre 20 e 30 anos, com baixa escolaridade, da raça/cor parda ou negra, solteiros ou separados, com filhos, católicos e desempregados.

O uso múltiplo de drogas, em oposição ao uso exclusivo de *crack*, foi evidenciado entre os usuários. De um modo geral, a idade de início do uso de drogas lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas (maconha, cocaína e *crack*) foi predominante na juventude, entretanto, chamou atenção o uso precoce das drogas lícitas ainda na infância, e o início do uso das drogas ilícitas na fase adulta do ciclo vital.

A trajetória do uso de drogas confirmou uma escalada no uso de substâncias psicoativas, iniciando com o tabaco e/ou álcool e finalizando com o uso de *crack*. Neste estudo destacou o uso de solventes e cola de “sapateiro” pelos usuários, o que necessita de um controle mais rígido, restringindo o acesso facilitado a estes produtos tóxicos.

Esses resultados sugerem a necessidade de uma reflexão profunda sobre as políticas de prevenção ao uso de tabaco e de álcool, com a elaboração de programas preventivos mais eficientes, com enfoque na escola e no ambiente familiar. A fragilidade do acolhimento e da captura precoce de usuários na rede de atenção básica, a fim de evitar a trajetória progressiva

do uso de drogas e a ausência de profissionais especializados na área, para atenção direta ou matricial, são entraves para a prevenção e o tratamento dos usuários de drogas, e do *crack* em particular.

A identificação do consumo pode auxiliar os profissionais de saúde no direcionamento do tratamento aos usuários de *crack*, com enfoque nas características do uso que dificultam ou facilitam a abstinência às drogas, ou ainda propor medidas de redução de danos que considerem, além de outros aspectos, o impacto desse padrão de uso para a efetividade do tratamento.

Apesar de que temas desta natureza são transversais a quaisquer categorias profissionais, há a necessidade urgente da articulação dessa temática com o cuidado de Enfermagem, que, enquanto profissão que tem na ação educativa um de seus principais eixos norteadores, contribui para a identificação e a realização de ações de prevenção, especialmente os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, pela maior proximidade com a comunidade e com os usuários.

Ainda, estudos longitudinais que avaliam o desenvolvimento do consumo de substâncias oferecem importante contribuição para o planejamento de intervenções em saúde. Contudo, seguimentos de longo prazo voltados ao registro dos desdobramentos do uso de *crack* ainda necessitam ser melhor explorados.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Casa civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>. Acesso em: 19 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagemsus.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 29, 30 de junho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 jul. 2011. Seção 1, p. 62-63.

BORINI, P.; GUIMARÃES, R. C.; BORINI, S. B. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 3, p. 171-179, 2003.

BRUSAMARELLO, T. et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 766-773, 2010.

BUCHER, R. **Prevenindo contra drogas e DST/Aids: populações em situação de risco.** Brasília, DF: CDIC, 1995.

BUSTER, M. C. et al. Transitions in drug use in a new generation of problem drug users in Amsterdam: a 6-year follow-up study. **European Addiction Research**, Basel, v. 15, no. 4, p. 179-187, 2009.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.** São Paulo: Edições Loyola, 2003.

DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de *crack* em coorte com histórico de tratamento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 938-948, 2011.

FALCK, R. S.; WANG, J.; CARLSON, R. G. *Crack* cocaine trajectories among users in a midwestern american city. **Addiction**, Oxford, v. 102, no. 9, p. 1421-31, 2007

GOUZOULIS-MAYFRANK, E.; DAUMANN, J. The confounding problem pf polydrug use in recreacional ecstasy/MDMA users: a brief overview. **Journal Psychopharmacology**, London, v. 20, no. 2, p. 188-93, 2006.

GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de *crack* e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 101-108, 2008.

IGLESIAS, V. et al. Consumo precoz de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 517-522, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga estudo especial da PME sobre cor ou raça.** Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=737](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=737)>. Acesso em: 21 nov. 2011.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. H. P. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. **Revista de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

LABIGALINI, J. E.; RODRIGUES, L. R.; SILVEIRA, D. X. Therapeutic use of cannabis by *crack* addicts in brazil. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 31, no. 4, p. 519-527, 1996.

MIDANIK, L. T.; TAM, T. W.; WEISNER, C. Concurrent and simultaneous drug and alcohol use: results of the 2000 National Alcohol Survey. **Drug Alcohol Dependence**, Baltimore, v. 90, no. 1, p. 72-80, 2007.

NUGENT, R. Quiénes son los jóvenes. In: ASHFORD, L.; CLIFTON, D.; KANEDA, T. **La juventud mundial.** Washington, D.C.: Population Reference Bureau, 2006. p. 12.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de *crack* na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.

OLIVEIRA, M. L. F.; ARNAUTS, I. Intoxicação alcoólica em crianças e adolescentes: dados de um centro de assistência toxicológica. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 83-89, 2011.

RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Circuitos de uso de *crack* na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2613-2622, 2011.

RIBEIRO, L.; SANCHEZ, Z. L.; NAPPO, S. A. Surviving *crack*: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. **BMC Public Health**. London, v. 10, no. 671, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-671.pdf>>. Acesso em: 26 ago 2011.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SANTOS, R.; GOECKING, C. C.; GOULART, Y. N. Uso de tabaco entre adolescentes: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 350-364, 2010.

SCHENKER, M. O desafio da drogadicção na sociedade contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 618-18, 2010.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de *crack* atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2011.

VIEIRA, D. L.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Evidence of association between early alcohol use and risk of later problems. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 222-227, 2007.

ZILBERMAN, M. L. **Características clínicas da dependência de drogas em mulheres**. 1998. 169 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

## 4.2 ARTIGO 2

**Estrutura familiar de usuários de *crack*: um estudo das relações e dos antecedentes familiares do uso de drogas de abuso com o auxílio do genograma**

Maycon Rogério Selegim<sup>1</sup>, Magda Lúcia Félix de Oliveira<sup>2</sup>.

**RESUMO**

O objetivo do estudo foi analisar a estrutura familiar de usuários de *crack* com o auxílio do genograma, identificando as relações e os antecedentes familiares de uso de drogas de abuso. Pesquisa transversal, descritiva, tendo como referencial teórico a Teoria Geral dos Sistemas, particularmente o uso do genograma para a identificação de aspectos multigeracionais associados ao uso de drogas. Participaram do estudo 15 familiares de usuários habituais ou dependentes de *crack*, em tratamento em uma Comunidade Terapêutica do Paraná no mês de maio de 2011. Os instrumentos de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturada com espaço para desenho dos genogramas, e questionário de classificação econômica das famílias. Foram realizadas entrevistas individuais com posterior construção do genograma de duas gerações. Os dados quantitativos foram submetidos à estatística descritiva simples, e os genogramas foram incluídos no programa *power point* e analisados em um processo semelhante ao da análise do conteúdo. Os informantes familiares foram em sua maioria mães, com idade entre 19 a 62 anos, casados e com filhos, baixa escolaridade, católicos e empregados. A maioria das famílias pertencia à classe econômica C ou B, possuía religião, utilizava o SUS, e apontou o almoço familiar como a atividade recreacional mais realizada. Os 15 genogramas analisados incluíram 378 familiares, com uma média de 25,2 familiares. Nove famílias eram nucleares, quatro eram monoparentais, e duas comunitárias. Todas as famílias apresentaram pelo menos um relacionamento harmonioso com um membro familiar, 11 apresentaram relacionamento distante, e sete algum relacionamento conflituoso. Quatorze famílias apresentavam antecedentes do uso de drogas de abuso, sendo que oito <sup>2</sup>tinham história de uso de drogas ilícitas, e 91 pessoas foram identificadas como consumidores de álcool e/ou tabaco. Evidenciou-se a reprodução multigeracional de comportamentos associados ao uso de drogas, com a influência de aspectos culturais, crenças e valores familiares.

**Palavras-chave:** Estrutura de grupo. Drogas ilícitas. Cocaína *crack*. Relações familiares. Características familiares. Comunidade terapêutica.

---

\* Artigo extraído da Dissertação intitulada “Recursos e adversidades no ambiente familiar de usuários de *crack*”, realizada com apoio financeiro do CNPq e Ministério da Saúde, Edital nº 41/2010

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Hospital Paraná. E-mail: mselegim@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: mlfoliveira@uem.br

## **Family structure of *crack* users: a study of relationships and family history of illicit drug users with a Genogram**

### **ABSTRACT**

The family structure of *crack* users was analyzed by a Genogram which identified the relationships and family history of illicit drug users. The cross-sectional and descriptive survey was based on the theoretical reference of General Systems Theory, particularly by Genogram, to identify multigenerational aspects associated with drug use. The study included 15 family members or dependents of regular *crack* users treated in a Therapeutic Community in the state of Paraná, Brazil, in May 2011. Data were collected by semi-structured interviews, with spaces for the drawing the genogram, and a questionnaire on the families' economic situation. Individual interviews were held and Genogram for two generations was constructed. Quantitative data were submitted to descriptive statistics, and genograms were included in Power Point program and analyzed in a process similar to content analysis. The family informants were mostly mothers, aged 19 to 62 years, married, with children, low schooling, Catholics and employees. Most families belonged to the economical classes C or B, with religious practice, users of the governmental medical system (SUS), and revealed the family lunch as their recreational activity. The 15 Genograms included 378 family members, with an average of 25.2 family members. Nine families were nuclear, four were single parent families and were two community families. All families had at least a harmonious relationship with a family member; 11 had distant relationships; some seven conflicted relationships. Fourteen families had a history of drug abuse, and eight had a history of illicit drug use. On the whole, 91 people were identified as consumers of alcohol and / or tobacco. The multigenerational reproductive behavior associated with drug use was revealed through an influence of cultural aspects, beliefs and family values.

**Keywords:** Group structure. Illicit drugs. *Crack* cocaine. Family relationships. Family characteristics. Therapeutic community.

### **Estructura familiar de usuarios de *crack*: un estudio de las relaciones y de los antecedentes familiares del uso de drogas de abuso con el auxilio del genograma**

### **RESUMEN**

El objetivo del estudio fue analizar la estructura familiar de usuarios de *crack* con la ayuda del Genograma, identificando las relaciones y los antecedentes familiares de uso de drogas de abuso. Pesquisa transversal, descriptiva, teniendo como referencial teórico la Teoría General de los Sistemas, particularmente el uso del Genograma para la identificación de aspectos multi-generacionales asociados al uso de drogas. Participaron del estudio 15 familiares de usuarios habituales o dependientes de *crack*, en tratamiento en una Comunidad Terapéutica de Paraná en el mes de mayo de 2011. Los instrumentos de colecta de datos fue la entrevista semi-estructurada con espacio para diseño de los Genogramas, y cuestionario de clasificación económica de las familias. Fueron realizadas entrevistas individuales con posterior construcción del Genograma de dos generaciones. Los datos cuantitativos fueron sometidos a la estadística descriptiva simple, y los Genogramas fueron incluidos en el programa *power point* y analizados en un proceso semejante al de la análisis del contenido. Los informantes familiares fueron en su mayoría madres, con edad entre 19 a 62 años, casados y con hijos, baja escolaridad, católicos y empleados. La mayoría de las familias pertenecía a la clase económica C o B, poseía religión, utilizaba el SUS, y apuntó el almuerzo familiar como la

actividad recreacional más realizada. El Genograma analizado incluyeron 378 familiares, con un promedio de 25,2 familiares. Nueve familias eran nucleares, cuatro eran monoparentales, y dos comunitarias. Todas las familias presentaron por lo menos un relacionamiento armonioso con un miembro familiar, 11 presentó relacionamiento distante, y siete algún relacionamiento con conflicto. Catorce familias presentaban antecedentes de uso de drogas de abuso, siendo que ocho tenían historia de uso de drogas ilícitas, y 91 personas fueron identificadas como consumidores de alcohol y/o tabaco. Se evidenció la reproducción multi-generacional de comportamientos asociados al uso de drogas, con la influencia de aspectos culturales, creencias y valores familiares.

**Palabras-clave:** Estructura de grupo. Drogas ilícitas. Cocaína *crack*. Relaciones familiares. Características familiares. Comunidad terapéutica.

## INTRODUÇÃO

O uso de *crack* é considerado um problema emergente de Saúde Pública. Após os primeiros registros de sua introdução no Brasil, no final da década de 1980, houve crescente aumento na prevalência de seu uso (DUNN et al., 1996). Acarreta em distúrbios e mudanças de comportamento importantes, como a troca de sexo pela droga ou dinheiro, a realização de atividades criminosas para aquisição da droga, bem como a graves perdas na frequência escolar e no trabalho, nas relações interpessoais, e nos vínculos afetivos e familiares (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Quanto à epidemiologia do uso, pesquisa realizada com indivíduos de 12 a 65 anos de idade nas 108 maiores cidades brasileiras encontrou que a proporção de indivíduos que consumiram *crack* alguma vez na vida foi de 0,7%, e entre estudantes, dados recentes indicam que esta porcentagem é de 0,4 (CARLINI et al., 2006; CARLINI, 2011).

Pesquisa realizada com gestores municipais de 4.430 cidades brasileiras aponta que cerca de 90% das cidades possuem problemas relacionados ao uso de *crack*, sendo que no Estado do Paraná esta porcentagem é de 92,8%, com consequências danosas em diversos setores públicos, principalmente Saúde, Assistência Social, Segurança e Educação (BRASIL, 2011).

Entre os fatores contextuais de risco para o uso de *crack*, as relações e os antecedentes familiares de uso de drogas de abuso são importantes fatores que favorecem à aproximação inicial e à continuidade ao uso de drogas (SHENKER; MINAYO, 2003). No contexto deste estudo, drogas de abuso podem ser definidas como substâncias consumidas por qualquer forma de administração, que alterem o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do sistema nervoso central (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010).

A importância da participação das famílias nas diversas etapas do desenvolvimento humano é um paradigma estabelecido e citado por diversos autores (ELSEN; MARCON; SILVA, 2004; SHENKER; MINAYO, 2003). De um modo geral, as famílias correspondem ao primeiro núcleo de aprendizado de muitos conhecimentos e crenças, que são construídos, compartilhados e imitados, sendo transmitidas as primeiras regras e valores associados ao convívio social. É, portanto, no ambiente familiar que os indivíduos se desenvolvem, compartilham os preceitos de ética e moralidade, e onde ocorre a humanização de seus membros, permitindo o desenvolvimento adequado ou não da personalidade (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008).

Estudo sobre o vínculo familiar de usuários de *crack*, atendidos em um serviço de emergência psiquiátrica, encontrou graves perdas nas relações dos usuários com as famílias e com o meio social, e a presença de drogas e violência no ambiente familiar (SELEGHIM et al., 2011).

A família pode ser considerada como um sistema, ou seja, um grupo de pessoas que estão ligadas por laços biológicos, legais, culturais e/ou emocionais, e que têm história e perspectiva de futuro comuns. Essas pessoas constituem um sistema de relações significativas, no qual seus membros são interdependentes, ou seja, a mudança de comportamento/funcionamento em um membro repercute nos demais e na estrutura familiar como um todo (MCGOLDRICK et al., 2008; CERVENY, 1994).

Padrões multigeracionais de comportamento podem ser estudados a partir de diversas técnicas, entre as quais o genograma. Esse instrumento é um diagrama que permite retratar a estrutura familiar, os padrões de relacionamentos, manutenção de conflitos, bem como reunir dados de sua história e dos indivíduos que a compõem. É, portanto, uma forma gráfica de apresentar informações que permite rápida apreensão de complexos padrões familiares e a reflexão de como questões clínicas podem estar ligadas à evolução de problemas e da própria família ao longo do tempo (MCGOLDRICK et al., 2008; ATHAYDE; GIL, 2005).

Os usuários de *crack* sendo uma população em vulnerabilidade social, torna-se importante analisar aspectos de sua estrutura familiar que possam ter motivado o uso de drogas, em razão de que isto é influenciado pelo contexto no qual o indivíduo está inserido. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar a estrutura familiar de usuários de *crack* com o auxílio do genograma, identificando as relações e os antecedentes familiares de uso de drogas de abuso em duas gerações.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, de natureza descritiva, realizada em uma Comunidade Terapêutica (CT) da Região Noroeste do Estado do Paraná. Comunidades terapêuticas são serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, devendo funcionar segundo modelo psicossocial (BRASIL, 2011).

A CT em estudo é destinada ao atendimento de usuários de drogas do sexo masculino, com idade superior a 12 anos, considerando que a cultura do *crack* apresenta características contextuais específicas, a escolha por uma CT que atende exclusivamente usuários de drogas do sexo masculino foi pautada na maior ocorrência deste sexo na cultura do *crack* (SELEGHIM et al.; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010). Também, estudos desenvolvidos em serviços especializados para tratamento da dependência química permitem maior proximidade para o estabelecimento de vínculo, dando maior fidedignidade aos dados obtidos.

O estudo teve como referencial teórico a Teoria Geral dos Sistemas (TGS). A TGS se desenvolveu a partir do clássico conceito de Bertalanffy (2009, p.84), que definiu sistema como “[...] um complexo de elementos em interação, um todo organizado ou, ainda, partes que interagem formando esse todo unitário e complexo”. Pensando nas relações do grupo familiar segundo essa teoria, o comportamento de cada um dos membros é interdependente do comportamento dos outros, e o que aconteceu em uma geração tende a acontecer nas demais.

A seleção das famílias foi realizada indiretamente, por meio da amostragem intencional por critérios de usuários de *crack* em tratamento na CT, ao considerar como critério de inclusão a quantidade e a periodicidade em que a droga é usada e maior grau de ruptura social (THIOLLENT, 2004). De acordo com este critério amostral, foram identificados 20 usuários de *crack*, com idade igual ou superior a 18 anos, classificados funcionalmente como habituais ou dependentes, para posterior abordagem à família.

Usuário habitual é aquele que faz uso frequente de drogas, e em suas relações se observam sinais de ruptura, mesmo assim, ainda "funciona" socialmente, embora de forma precária e correndo riscos de dependência. Já o usuário dependente ou disfuncional, é aquele que vive pela droga e para a droga, rompe os seus vínculos sociais, o que provoca isolamento e marginalização, acompanhados eventualmente de decadência física e moral (BUCHER, 1995).

Após essa identificação preliminar, os usuários foram abordados em uma sala privativa na Comunidade para informá-los sobre a realização do estudo e solicitar autorização para a abordagem familiar. Este procedimento foi adotado pela especificidade da população em estudo, e a necessidade do estreitamento do vínculo entre o pesquisador, os usuários e as famílias estudadas.

Fizeram parte deste estudo 15 famílias de usuários de *crack* em tratamento na CT no mês de maio de 2011. Cinco famílias não foram investigadas, porque três não compareceram à CT no mês da coleta de dados, pela falta de recursos financeiros; uma aconteceu desligamento do usuário da CT, e uma informante familiar era deficiente visual e não retornou à estratégia adotada para responder o instrumento de pesquisa, via *e-mail*.

As famílias que residiam no município de localização da CT foram convidadas a participar do estudo por meio de contato telefônico, sendo informados os objetivos da pesquisa e agendado um dia para a realização da entrevista, sendo que esta poderia ser efetuada na própria residência, ou mesmo durante a visita ao usuário na CT. Dessa forma, seis familiares foram entrevistados na CT, e cinco em seus domicílios.

Quatro famílias que residiam em outros municípios foram abordadas durante a visita familiar aos usuários na CT, e, após a aceitação em participar da pesquisa, se procedia à realização da entrevista, em ambiente privativo.

Respeitando a autonomia das famílias, as mesmas elegeram entre seus membros, durante o contato telefônico ou na abordagem durante a visita, um informante familiar para participar da entrevista. Observou-se que os critérios de seleção pautaram-se predominantemente naqueles indivíduos que possuíam maior ligação emocional com os usuários e maior conhecimento para relatar as experiências processadas no ambiente familiar.

O roteiro de entrevista semiestruturada foi constituído pelos seguintes itens: 1) dados pessoais do informante familiar – sexo, parentesco, idade, situação civil, filhos, escolaridade, religião e situação ocupacional; 2) características da família – classificação econômica, religião, tipo de assistência à saúde, e atividades recreacionais; e 3) desenho do genograma – configuração, relacionamento e antecedentes familiares de uso de drogas de abuso.

O instrumento de classificação econômica utilizado no estudo foi o Critério de Classificação Econômica Brasil, que divide as classes econômicas em: A1 (R\$11.490,00), A2 (R\$8.295,00), B1 (R\$4.754,00), B2 (R\$2.656,00), C1 (R\$1.459,00), C2 (R\$962,00), D

(R\$680,00), e E (R\$415,00) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010).

O modelo gráfico utilizado para construção dos genogramas foi adaptado de autores que trabalham com esta técnica de coleta de dados. O desenho dos genogramas foi realizado manualmente pelo pesquisador, após uma explicação única sobre a sua finalidade e a apresentação dos símbolos que poderiam ser utilizados e seus significados, contudo foi oportunizada a criação de símbolos e siglas que não estavam no modelo apresentado (MCGOLDRICK; GERSON; SHELLENBERGE, 2008) (Figura 1).

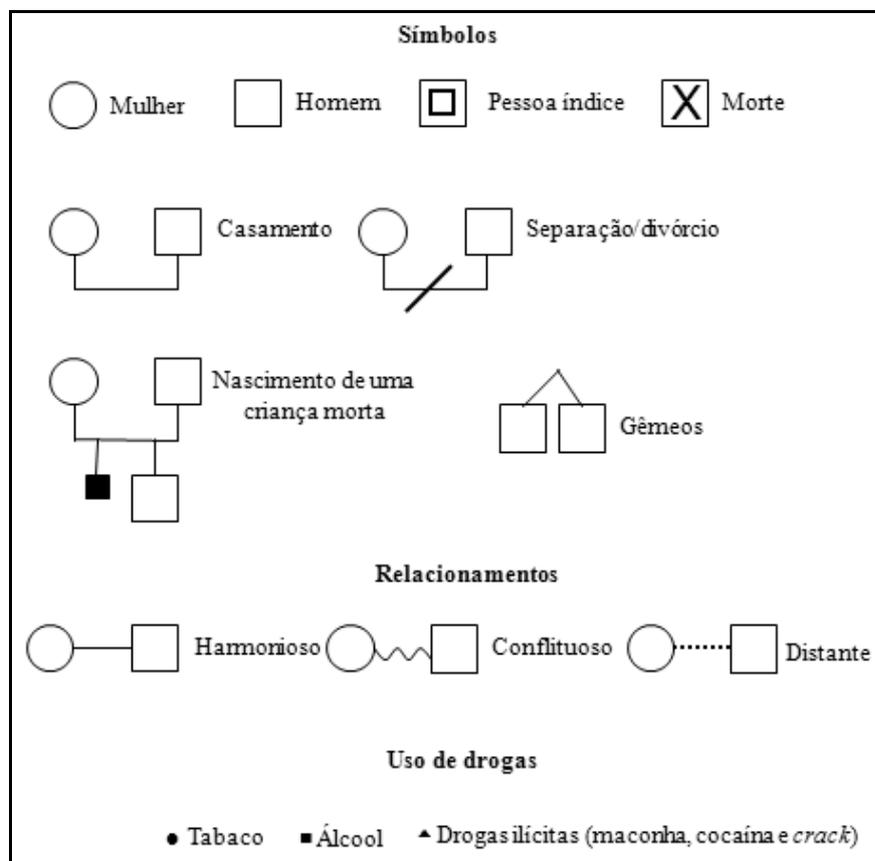


Figura 1 – Formas gráficas utilizadas para a construção dos genogramas.

Fonte: Adaptado de Mcgoldrick, Gerson e Shellenberge, 2008.

Inicialmente, procedeu-se à elaboração da geração familiar do sujeito índice (1ª geração) – pais e irmãos, e a elaboração da geração antecessora (2ª geração) – avós e tios. Em seguida, os familiares foram questionados sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas pelos membros da família, e o tipo de relacionamento que eles possuíam com cada pessoa. Nas famílias com prole extensa, deu-se prioridade para o desenho das linhas de relacionamento da primeira geração do sujeito índice. Ao final de cada genograma, os entrevistados puderam completar ou alterar o desenho inicial.

Para caracterização do relacionamento familiar foram utilizados três tipos de representação (WENDT; CREPALDI, 2008): 1) relacionamento harmonioso: a experiência emocional de união entre dois ou mais membros familiares que nutrem sentimentos positivos um para com o outro e que possuem interesses, atitudes ou valores recíprocos. 2) relacionamento conflituoso: relações nas quais há constantes atritos que geram muita ansiedade e desavenças no meio familiar traduzidos por dificuldades de comunicação, tais como desqualificações e desconirmações do outro, podendo evoluir para padrões de comunicação simétricos capazes de gerar violência física; e 3) relacionamento distante: forma de relacionamento encontrada principalmente nas famílias desligadas, com fronteiras rígidas. O relacionamento entre os membros caracteriza-se por pouco contato, principalmente de ordem emocional.

As entrevistas foram individuais e os entrevistados tomaram ciência dos objetivos da pesquisa e confirmaram sua participação assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Os dados foram coletados por meio de um único encontro com cada participante, durante o qual foi inicialmente construído o genograma familiar, seguido de uma entrevista semiestruturada em profundidade.

Cada entrevista, com duração aproximada de 60 min, foi gravada na sua totalidade e transcrita literalmente, para permitir a análise de seu conteúdo. Durante a entrevista, foram abordados ainda outros aspectos como o momento do ciclo vital familiar, sentimentos e comportamentos relacionados à associação família-droga, características pessoais dos familiares e outros temas trazidos pelos próprios entrevistados. Esta é uma das vantagens da entrevista semiestruturada, pois permite que assuntos não-eleitos previamente sejam investigados à medida que emergem, o que enriquece o relato e, conseqüentemente, a possibilidade de compreensão do tema em suas múltiplas dimensões (SMITH; EATOUGH, 2006).

Os genogramas foram incluídos no programa computacional *Power Point*<sup>®</sup>, e para sua análise foi conduzido um processo semelhante ao da análise de conteúdo: todos os genogramas foram cuidadosamente observados, de modo a ser possível agrupá-los em categorias de princípio interpretativo (MCGOLDRICK; GERSON; SHELLENBERGE, 2008). Desse modo, os dados obtidos foram agrupados em três unidades de análise: as configurações familiares dos usuários de *crack*; o relacionamento familiar na perspectiva da família, e os antecedentes familiares do uso de drogas de abuso.

Quanto ao processamento e análise dos dados, cada entrevista foi codificada por meio da letra 'F' seguida de algarismos arábicos conforme a sequência de realização das

mesmas, visando ao anonimato dos entrevistados. Os dados pessoais dos informantes e das famílias foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva simples no programa computacional *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup>, e serão apresentados por meio de números absolutos.

A realização do estudo foi autorizada pela CT e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 301/11), e todos os aspectos éticos foram cumpridos.

## RESULTADOS

### Caracterização dos familiares e das famílias estudadas

Os informantes familiares foram sete mães, cinco irmãos, dois pais, e uma tia. Em relação às características pessoais dos informantes, a idade variou de 19 a 62 anos, sendo que a maioria era casada (11 casos), possuía mais de um filho (12 casos), tinha em média 7,9 anos estudados, era católica (11 casos), e estava trabalhando no momento da entrevista (9 casos).

As características das famílias estudadas podem ser observadas no Quadro 1. Verificou-se que a maioria pertencia à classe econômica C (7 casos) ou B (7 casos), independente das suas subdivisões. Somente três famílias não eram adeptas a nenhuma religião, sendo que a maioria informou a fé católica.

<i>Família</i>	<i>Classe econômica</i>	<i>Religião</i>	<i>Assistência à saúde</i>	<i>Atividades recreacionais</i>
<b>F1</b>	C1	Não	SUS	Almoço familiar
<b>F2</b>	C2	Não	SUS	Almoço familiar
<b>F3</b>	B1	Católica	Privada	Almoço familiar
<b>F4</b>	B1	Católica	Privada	Almoço familiar
<b>F5</b>	C2	Católica	SUS	Almoço familiar
<b>F6</b>	C2	Católica	SUS	Almoço familiar/Assistir filmes
<b>F7</b>	B1	Católica	SUS	Almoço familiar/Confraternizações com vizinhos
<b>F9</b>	B1	Católica	Privada	Almoço familiar
<b>F10</b>	B2	Católica	SUS	Almoço familiar/Confraternizações com vizinhos
<b>F11</b>	C2	Não	Privada	Igreja
<b>F12</b>	C2	Evangélica	SUS/Privada	Almoço familiar/Igreja
<b>F13</b>	C2	Católica	SUS	Nenhuma
<b>F16</b>	B2	Evangélica	SUS	Almoço familiar
<b>F17</b>	A2	Católica	Privada	Não relatou
<b>F19</b>	B2	Católica	SUS	Almoço familiar

Quadro 1 – Características das famílias estudadas. Maringá-PR, 2011. (n=15)

Quanto à assistência à saúde, a utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a mais relatada pelas famílias (10 casos), no entanto, algumas (5 casos) faziam a utilização do sistema privado por meio de planos e convênios de saúde. Dentre as atividades recreacionais realizadas em conjunto pelas famílias, o almoço familiar foi apontado como a de maior frequência (12 casos) (Quadro 1).

### **Unidades de análise**

Considerando a metodologia que orientou a análise dos dados, foi possível identificar características favoráveis para o início e a continuidade ao uso de drogas, sendo os dados agrupados em três categorias analíticas, apresentadas a seguir.

#### ***As configurações familiares dos usuários de crack***

De um modo em geral, os 15 genogramas analisados incluíram duas gerações, 378 familiares, com uma média de 25,2 familiares por genograma; o número mínimo de pessoas encontrado por família foi de 13, e o máximo de 39 pessoas.

O número total de indivíduos na primeira geração (pais e irmãos) foi proporcionalmente menor que na segunda geração (avós e tios), visto que a primeira foi constituída por 133 familiares – mínimo de quatro, máximo de 18, e média de 18 pessoas, e a segunda por 245 familiares – mínimo de cinco, máximo de 27, e média de 16,3 pessoas.

Foi possível classificar a estrutura familiar em três principais configurações, considerando como referência a primeira geração dos usuários (WHALEY; WONG, 1999): família nuclear ou conjugal, família monoparental e família comunitária. Assim, nove famílias eram nucleares, formada por um homem, uma mulher e seus filhos (biológicos ou adotivos); quatro eram monoparentais, com uma estrutura formada de pais únicos pelos fenômenos sociais, como o divórcio e óbito; e apenas duas eram comunitárias, constituídas por pessoas com vínculos afetivos e familiares diversos (Figura 2).

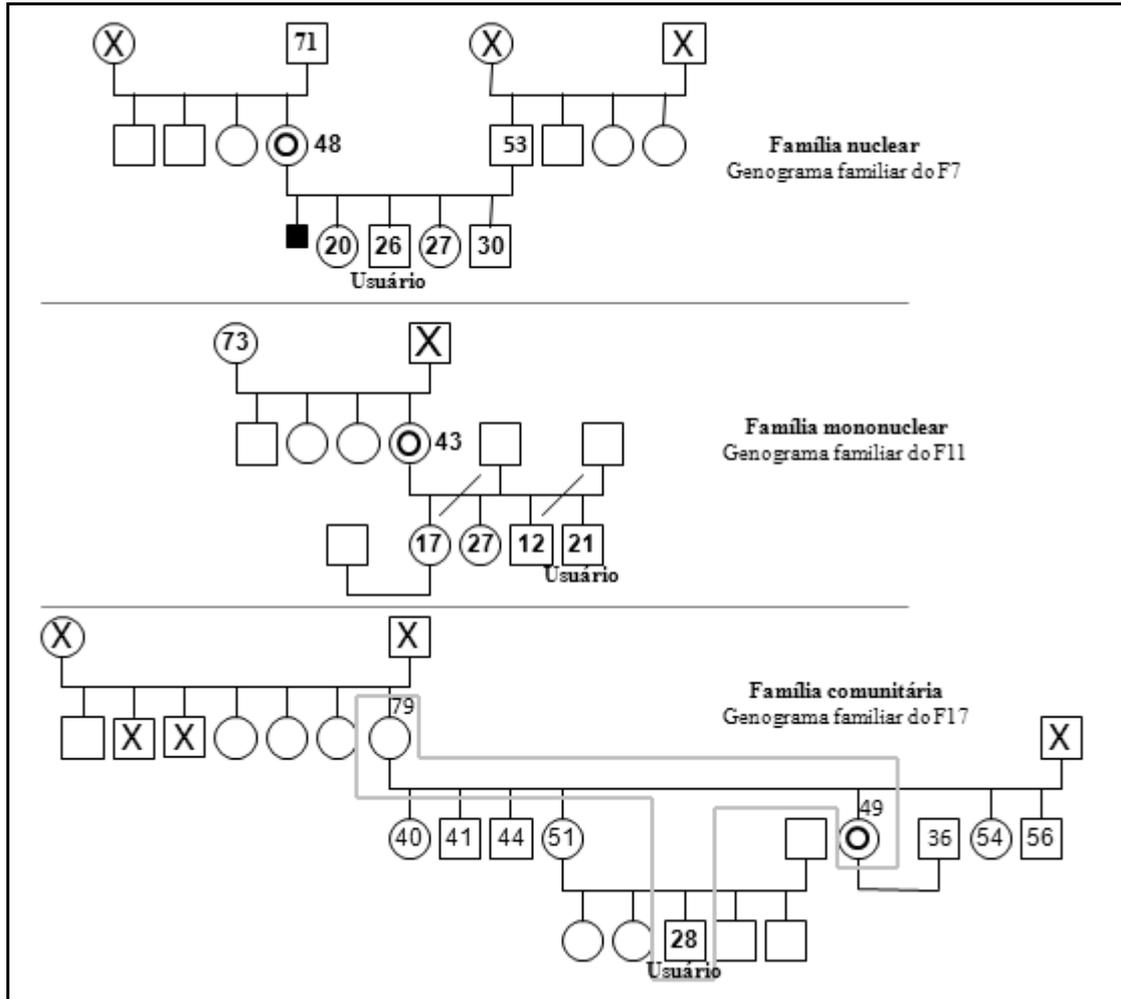


Figura 2 – Genograma familiar dos informantes F7, F11, e F17.

### *O relacionamento familiar na perspectiva do informante*

Nesta categoria de análise são apresentados os relacionamentos familiares na perspectiva do informante familiar, considerando a tipologia de relacionamento que orientou a elaboração dos genogramas; todas as famílias apresentaram pelo menos um relacionamento harmonioso com um membro familiar, 11 famílias apresentaram relacionamento distante, e sete, algum relacionamento conflituoso (Figura 3).

Em relação aos relacionamentos harmoniosos, estes se apresentaram diversificados, sendo de maior ocorrência na primeira geração (36 casos) e menor na segunda geração (6 casos). Em adição, os relacionamentos distantes foram mais frequentes na segunda geração (15 casos), representado pelos tios e avós maternos e/ou paternos, e menor na primeira geração (8 casos), representado por sobrinhos, cunhada, e esposo ou ex-esposo. Em relação ao relacionamento conflituoso, quase a totalidade encontrava-se na primeira geração (8 casos), e

apenas um na segunda geração, sendo representados principalmente por nora, irmãos, filho, neto, esposo e ex-esposo.

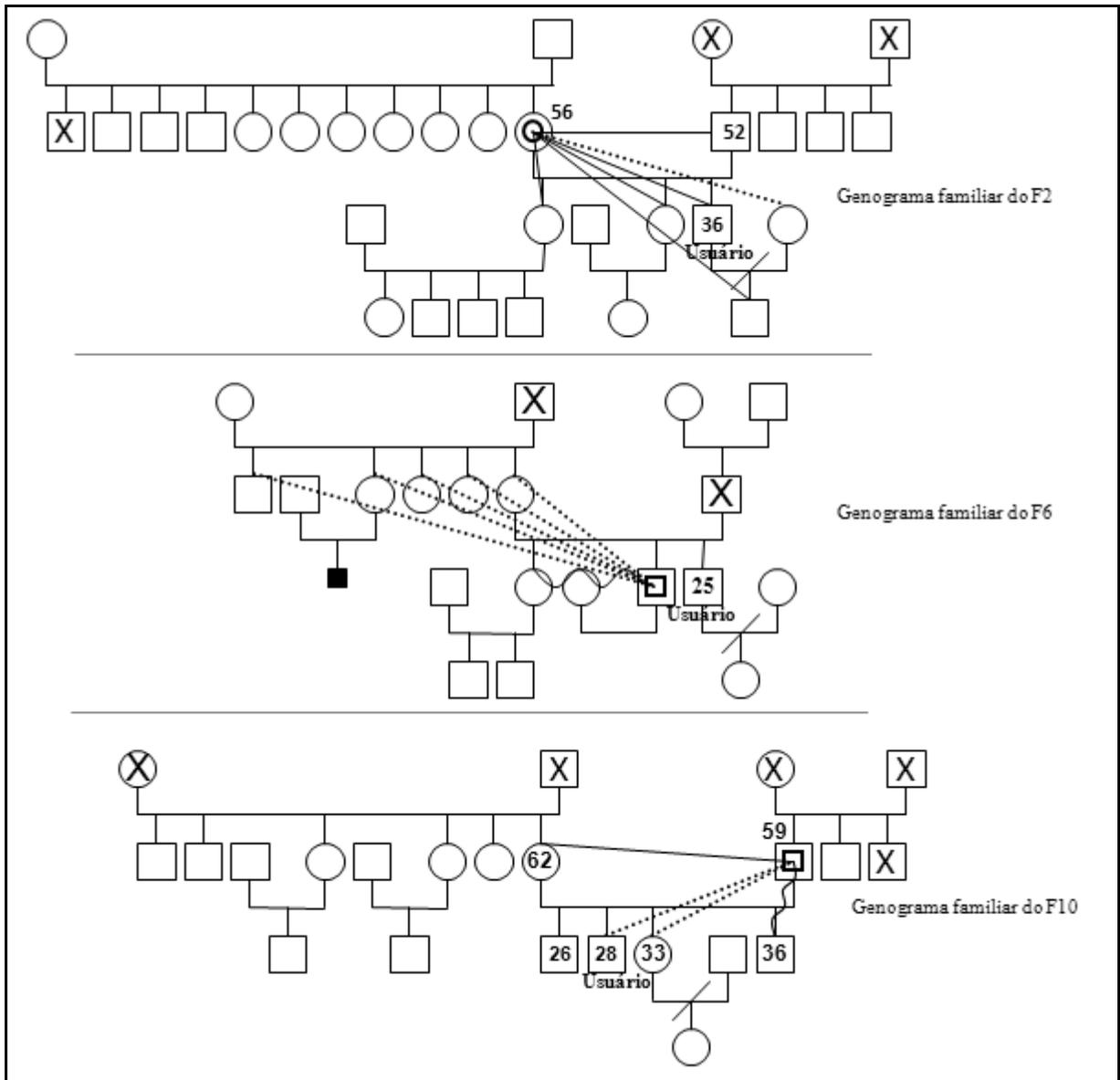


Figura 3 – Genograma familiar dos informantes F2, F6, e F10.

### *Os antecedentes familiares de uso de drogas de abuso*

O uso de drogas pelos membros da família foi uma característica frequentemente encontrada nos genogramas analisados. De um modo em geral, 14 famílias apresentavam antecedentes de uso de drogas de abuso, sendo que oito tinham história de uso de drogas ilícitas, principalmente maconha, cocaína e crack (Figura 4).

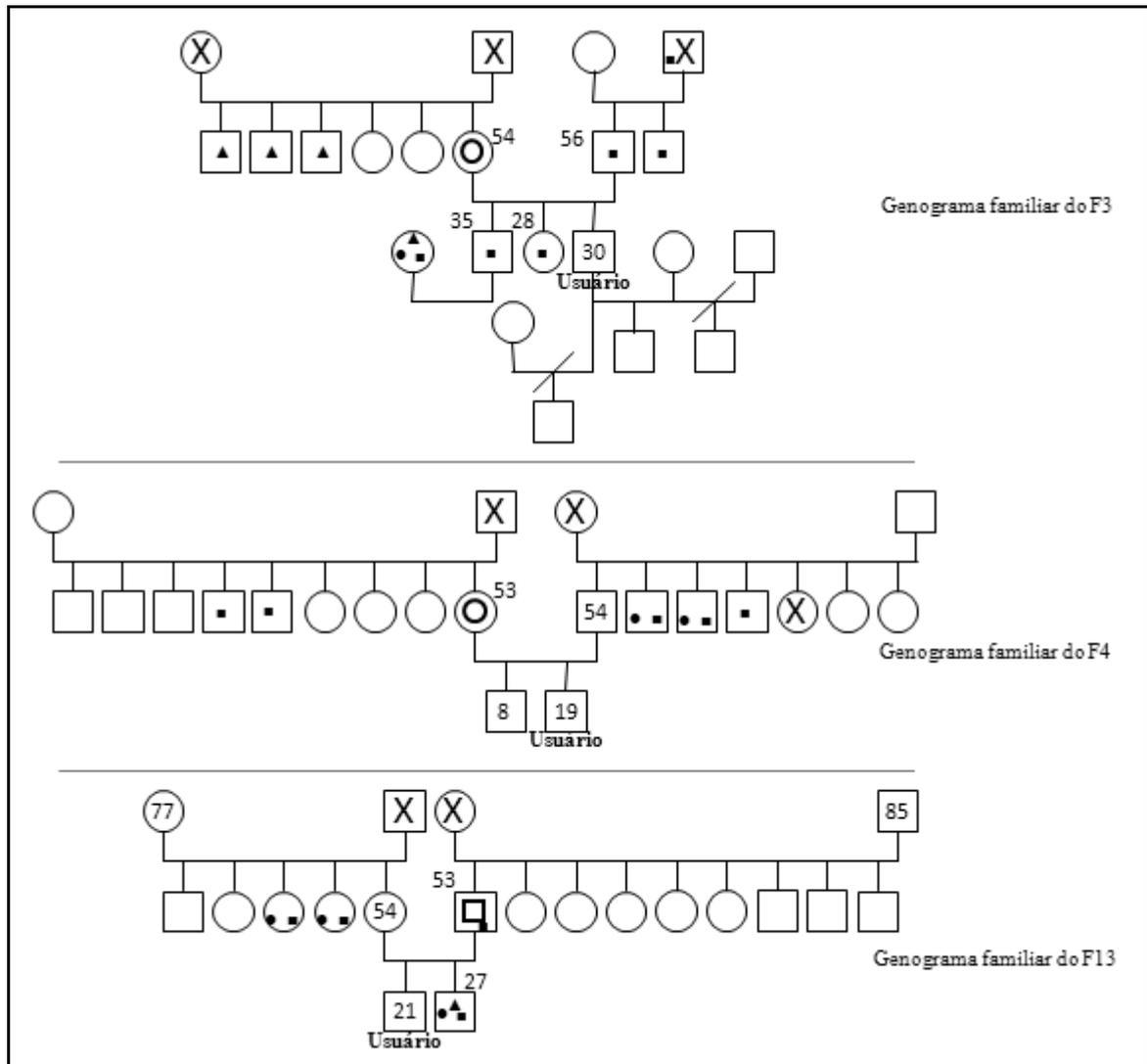


Figura 4 – Genograma familiar dos informantes F3, F4, e F13.

No que se refere ao uso de álcool e/ou tabaco, 91 pessoas foram identificadas como consumidores dessas drogas, com uma média de 6,0 pessoas por família, e a maioria pertencente à segunda geração (70 casos). Adicionalmente, o uso de drogas ilícitas foi identificado em 16 pessoas, sendo que a maioria (10 casos) também se encontrava nessa geração.

## DISCUSSÃO

Os informantes familiares foram representados em sua maioria por mães, escolhidas como informantes-chave para relatar o fenômeno drogas no ambiente familiar. Historicamente, a mulher ocupa papel importante dentro das famílias, sendo colocada como elemento agregador imprescindível, sem a qual a unidade familiar não sobrevive. As mães são

as que permitem as trocas afetivas, marcantes para o indivíduo e decisórias no modo de ser e agir consigo mesmo e com os outros, possuindo importante papel na prevenção ao uso de drogas (OLIVEIRA; BITTENCOURT; CARMO, 2008).

Em relação às características socioeconômicas das famílias, verificou-se certa homogeneidade quanto às classes econômicas, visto que sete famílias pertenciam à classe B e sete a classe C, independentemente de suas subdivisões. A classe C abrange uma renda média familiar de R\$962,00 a R\$1.459,00, e a classe B de R\$2.656,00 a R\$4.754,00 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Pesquisa sobre as características sociais, demográficas e econômicas das famílias das principais regiões metropolitanas do Brasil aponta que 48,8% das famílias brasileiras pertencem à classe C, e 28,4% à classe B (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

A frequência constante a uma igreja, a prática dos conceitos propostos por uma religião e a importância dada à religião e à educação religiosa na infância são considerados por muitos autores como fatores protetores do consumo de drogas (SANCHEZ; NAPPO, 2007). No estudo, a maioria das famílias estudadas relatou possuir alguma religião, e apesar disso, esta prática parece não ter atuado como fator protetor ao uso de drogas.

A maioria das famílias utilizava o SUS como sistema de assistência à saúde de seus membros. O SUS tem se deparado com o aumento do número de usuários de *crack* que procuram tratamento, exigindo uma rede estruturada de atenção com garantia de continuidade da assistência. Apesar de a redefinição do modelo de atenção à Saúde Mental no país representar um avanço, no sentido de evitar que os doentes fossem excluídos da sociedade, o Brasil ainda não foi capaz de criar serviços substitutos adequados e em quantidade compatível com a demanda (SELEGHIM et al., 2011).

Considerando a carência de estudos sobre a estrutura familiar de usuários de drogas que impossibilita comparações em profundidade, pode-se afirmar que a composição das famílias caracterizou-as como numerosas, visto que a média de indivíduos por família foi de 25,2. Estudo sobre padrões multigeracionais de violência familiar, associada ao abuso de bebidas alcoólicas por meio da análise de 42 genogramas, encontrou uma média de 21 indivíduos por família (TONDOWSKI, 2008). Também, verificou-se maior número de pessoas na segunda geração, indicando, na microestrutura, a queda na taxa de fecundidade observada nas últimas décadas em nosso país (CONFEDERAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, 2010).

As configurações familiares dos usuários de *crack* se apresentaram diversificadas, visto que há algumas décadas as famílias poderiam ser caracterizadas como um grupo de

peessoas que interagiam em uma rede completa de parentesco, de pelo menos três gerações, em que os vínculos tendiam a ser recíprocos e padronizados (HORTA; HORTA; PINHEIRO, 2006). Atualmente, essa compreensão de famílias necessita ser ampliada para incluir novas configurações familiares, como as uniões homoafetivas.

Essas transformações no interior das famílias podem ser entendidas, principalmente, pelas mudanças que ocorreram na rede social, sendo de natureza política, econômica, religiosa e jurídica. Entende-se, então, que é na confluência desses diversos aspectos presentes na teia social que se deve compreender os novos modos de ser família (SHAURICH, 2009).

A variedade de configurações assumidas pelas famílias exige a necessidade de compreendê-la não como entidades fixas, mas como formas variadas de manifestação, assim, “[...] não se pode falar de família, mas de famílias, para que se possa tentar contemplar a diversidade de relações que se convivem na sociedade” (GOMES; PEREIRA, 2005, p. 358).

Por outro lado, a maior parte das famílias possuía estrutura tradicional ou nuclear, formadas por um homem, uma mulher e seus filhos, biológicos ou adotivos. Esse modelo de família é organizada hierarquicamente em torno de uma rígida divisão sexual de papéis, em que o homem é responsável pelo sustento da família e a esposa pela educação dos filhos, inclusive com a função de prevenção ao uso abusivo de drogas (WHALEY; WONG, 1999).

Muitas famílias também eram monoparentais, reconhecidas constitucionalmente como entidade familiar e conceituada por esta como a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes. As crianças, inseridas neste modelo familiar, têm de crescer e conviver com situações e diferentes problemas advindos da monoparentalidade, sendo o primeiro deles a ausência de um dos pais no convívio cotidiano, e independente do lugar de sua manifestação, a monoparentalidade vem, em geral, atrelada a uma queda do poder aquisitivo dessas famílias, ou mesmo à uma situação de pobreza (SANTOS; SANTOS, 2008).

Ao que se refere aos relacionamentos familiares, vale destacar que é necessário olhar para as famílias como um núcleo no qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham dentro do ambiente familiar o cotidiano, transmitindo por meio das relações interpessoais tradições, e onde planejam o seu futuro e acolhem-se (OLIVEIRA; BITTENCOUR; CARMO, 2008; SOUZA et al., 2009).

Observou-se que todas as famílias apresentaram pelo menos um relacionamento harmonioso com algum membro familiar. Relações familiares saudáveis desde o nascimento da criança servem como fator de proteção para toda a vida e, de forma muito particular, para o adolescente. Também, os padrões de relações familiares relacionam-se intrinsecamente a uma

rede de apoio que possa ser ativada, em momentos críticos, fomentando o sentimento de pertença, a busca de soluções e atividades compartilhadas (DESSEN; POLONIA, 2007).

Diante de eventos traumáticos, os elementos de proteção assumem papel facilitador no caminho da construção da resiliência que pode ser entendida como fatores ou processos intrapsíquicos e sociais que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, apesar de experiências de vida traumáticas (SHENKER; MINAYO, 2005).

Os estudiosos têm identificado três categorias de fatores de proteção em crianças e adolescentes resilientes: (a) individuais: temperamento que favoreça o enfrentamento do problema, autoimagem positiva e a capacidade de criar e desenvolver estratégias ativas na forma de lidar com problemas; (b) familiares: que se traduzem em suporte, segurança, bom relacionamento e harmonia com pais e no ambiente de relações primárias; e (c) extrafamiliares ou ambientais, quando se referem ao suporte de pessoas significativas e experiências escolares positivas (SHENKER; MINAYO, 2005).

O âmbito familiar tem um efeito potencialmente forte e durável para o ajustamento infantil. O vínculo e a interação familiar saudável servem de base para o desenvolvimento pleno das potencialidades das crianças e dos adolescentes. Inúmeros estudos mostram que os padrões de relação familiar, a atitude e o comportamento dos pais e irmãos são modelos importantes para os adolescentes, inclusive no caso do uso de drogas. Descobriu-se que uma interação familiar gratificante é um forte fator protetor, mesmo no caso dos pais adictos, quando esses são capazes de prover um contexto amoroso, afetuoso e de cuidado (SHENKER; MINAYO, 2005; BERNARDY; OLIVEIRA, 2010).

Por outro lado, muitas famílias representaram relacionamentos distantes e conflituosos nos desenhos dos genogramas. Estudos apontam que a presença de violência e conflitos familiares são situações potenciais para gerar danos para a criança e o adolescente, inclusive distúrbios comportamentais e uso abusivo de drogas (SHENKER; MINAYO, 2005; BERNARDY; OLIVEIRA, 2010).

Evidenciou-se que quase a totalidade das famílias possuía antecedentes do uso de drogas, e que oito apresentava a presença de uso de drogas ilícitas. Dentre os fatores de risco para o uso de drogas, a cultura familiar é sem dúvida uma das mais importantes e relevantes causas que pode levar ao uso abusivo de drogas. Diversos estudos têm demonstrado forte associação entre a presença de antecedentes familiares de uso de drogas e o abuso de drogas na adolescência e na fase adulta da vida (RUDOLPH et al., 2011; FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2008; BRUSAMARELLO et al., 2010).

Entre os casos investigados, verificou-se a presença de uma cultura familiar implícita do uso de drogas, disseminada entre a família nuclear e intergeracional, influenciando o uso de drogas pelos constituintes familiares. O desenvolvimento do uso e abuso de drogas ilícitas na adolescência envolve a acumulação de diversos fatores de risco, incluindo a exposição a adversidades na infância, fatores individuais de personalidade e antecedentes familiares de uso de drogas de abuso (FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2008).

Chama atenção que o uso de álcool foi uma característica constante nos genogramas analisados, e uma prática culturalmente aceita no universo familiar. Estudo confirma a reprodução multigeracional da violência associada ao abuso de bebidas alcoólicas, com influência de aspectos culturais, crenças e valores familiares (TONDOWSKI, 2008).

Assim, há a necessidade de se desenvolver propostas preventivas direcionadas para as comunidade e famílias, visando prevenir o abuso de álcool, tendo a criança e o adolescente como foco principal, pois essa população é responsável pela introdução de novas crenças, novas práticas, novos valores e novas possibilidades de mudanças na sociedade (OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011; BRUSAMARELLO et al., 2010).

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se que os informantes familiares foram em sua maioria mães, com idade entre 19 a 62 anos, casados e com filhos, com baixa escolaridade, católicos e empregados. A maioria das famílias estudadas pertencia à classe econômica C ou B, possuía alguma religião, utilizava o SUS como sistema de assistência à saúde, e apontou o almoço familiar como a atividade recreacional mais realizada pelos constituintes familiares.

Por meio da análise dos genogramas, foi possível identificar que as configurações familiares dos usuários de *crack* apresentaram-se diversificadas, e apesar disso, a maioria possuía estrutura familiar do tipo nuclear. Quanto ao relacionamento familiar, apesar do relato de vínculos harmoniosos, verificou-se que 11 famílias possuíam relacionamentos distantes, e sete relacionamentos conflituosos. Outra característica evidenciada foi a presença de antecedentes familiares de uso de drogas de abuso, principalmente o álcool e/ou tabaco.

Os resultados deste trabalho parecem confirmar a hipótese de que a presença de eventos desfavoráveis no ambiente familiar, como famílias desestruturadas, condições socioeconômicas restritivas, e antecedentes familiares de uso de drogas lícitas e ilícitas, podem atuar como importantes fatores de risco para o uso de drogas, considerando que as

práticas familiares muitas vezes são estímulos para a fase de experimentação e continuidade ao uso de drogas.

Por meio da investigação da estrutura familiar dos usuários de *crack*, observa-se a necessidade de se desenvolver propostas preventivas direcionadas para as famílias, com a elaboração de políticas públicas específicas direcionadas a este grupo populacional.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em:

<<http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=197>>. Acesso em 20 jul. 2010.

ATHAYDE, E. S.; GIL, C. R. R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 6, n. 2, p. 13-22, 2005.

BERTALANFLY, L. V. **Teoria geral dos sistemas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 29, 30 de junho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 jul. 2011. Seção 1, p. 62-63.

BRUSAMARELLO, T. et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 766-773, 2010.

BUCHER, R. **Prevenindo contra drogas e DST/Aids: populações em situação de risco**. Brasília, DF: CDIC, 1995.

CARLINI, E. A. **VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública e privada nas capitais brasileiras**.

Disponível em:

<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Apresentacoes/328356.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

CARLINI, E. A et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: Cebrid, 2006.

CERVENY, C. M. O. **A família como modelo**: desconstruindo a patologia. 1. ed. São Paulo: Psy II, 1994.

- CONFEDERAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS. **Pesquisa sobre a situação do crack nos municípios brasileiros**. Disponível em: <[http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010\\_Mapeamento\\_do\\_Crack\\_nos\\_municipios\\_brasil\\_geral.pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010_Mapeamento_do_Crack_nos_municipios_brasil_geral.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2010.
- DESSEN, M. A.; POLÔNIA, A. C. A Família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007.
- DUNN, J. et al. *Crack cocaine: an increase in the use among patient attending clinics in São Paulo 1990-1993*. **Substance Use & Misuse**, London, v. 31, no. 4, p. 519-527, 1996.
- ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004.
- FERGUSON, D. M.; BODEN, J. M.; HORWOOD, L. J. The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. **Drug and Alcohol Dependence**, Baltimore, v. 96, no. 1, p. 65-177, 2008.
- GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 20, p. 357-363, 2005.
- HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 268-272, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Fecundidade, natalidade e mortalidade**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html#anc3>>. Acesso em: 21 nov. 2011.
- MCGOLDRICK, M.; GERSON, R.; SHELLENBERGER, S. **Genograms assessment and intervention**. 2. ed. New York: W.W.Norton & Company, 2008.
- OLIVEIRA, E. B.; BITTENCOURT, L. P.; CARMO, A. C. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. **Revista Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 1-16, 2008.
- OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de *crack* na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.
- OLIVEIRA, M. L. F.; ARNAUTS, I. Intoxicação alcoólica em crianças e adolescentes: dados de um centro de assistência toxicológica. **Escola Anna Nery : Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 83-89, 2011.
- RIBEIRO, L.; SANCHEZ, Z.L.; NAPPO, S.A. Surviving *crack*: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. **BMC Public Health**. London, v. 10, n. 671, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-671.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

- ROEHRS, H.; LENARDT, M. H.; MAFTUM, M. A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Escola Anna Nery : Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 353- 357, 2008.
- RUDOLPH, A. E. et al. The association between parental risk behaviors during childhood and giving high risk networks in adulthood. **Drug and Alcohol Dependence**, Baltimore, v. 118, no. 2, p. 437-43, 2011.
- SANTOS, J. B.; SANTOS, M. S. C. Família monoparental brasileira. **Revista Jurídica**, Brasília, DF, v. 10, n. 92, p. 1-30, 2009.
- SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, A. S. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 73-81, 2007.
- SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de *crack* atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2011.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.
- \_\_\_\_\_. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-17, 2005.
- SHAURICH, D. Compreensões de acadêmicos de enfermagem sobre família. **Escola Anna Nery : Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 415-420, 2009.
- SMITH, J. A.; EATOUGH, V. Interpretative phenomenological analysis. In: HAMMOND, S.; FIFE-SHAW, C.; SMITH, J. A. **Research methods in psychology**. 1. ed. London: SAGE Publication, 2006. p. 322-341.
- SOUZA, M. D. et al. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 124-132, 2009.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- TONDOWSKI, C. S. **Padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: um estudo com genograma**. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.
- WHALEY, L. F.; WONG, D. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A Utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicologia: Reflexão Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008.

## 4.3 ARTIGO 3

**O uso de *crack* na interface com a família: fatores determinantes para o uso de drogas\***Maycon Rogério Selegim<sup>3</sup>, Magda Lúcia Félix de Oliveira<sup>2</sup>.**RESUMO**

Considerando a importância da inclusão de fatores familiares na compreensão da magnitude sanitária das drogas, o objetivo do estudo foi analisar a influência do ambiente familiar para o uso de *crack* em usuários habituais ou dependentes. Pesquisa qualitativa, realizada com 15 familiares de usuários de *crack* em tratamento em uma Comunidade Terapêutica do Paraná, utilizando entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática, e organizados em categorias. Os informantes familiares foram em sua maioria mães, com idade entre 19 a 62 anos, e com baixa escolaridade. A maioria das famílias pertencia à classe econômica C ou B, possuía religião, e utilizava o Sistema Único de Saúde. Dentre os fatores determinantes para o uso de drogas, verificou-se a deficiência de suporte parental, com regras familiares muito rígidas ou permissivas, a superproteção dos filhos, a presença de uma cultura implícita do uso de drogas, disseminada entre a família nuclear e intergeracional, a existência de conflitos e violências, a desinformação sobre a temática das drogas, e o desconhecimento familiar sobre o uso de drogas pelos usuários. Constatou-se que as famílias estudadas apresentaram vários elementos considerados desfavoráveis no ambiente familiar que atuaram como elemento facilitador ao uso de drogas pelos usuários de *crack*.

**Palavras-chave:** Drogas ilícitas. Cocaína *crack*. Relações familiares. Características Familiares. Comunidade terapêutica.

**The use of *crack* in the interface with the family: Determining factors in illicit drug use****ABSTRACT**

Since the inclusion of family factors in understanding the relevance in health with regard to drug usage is highly important, current study analyzes the influence of family environment in the use of *crack* cocaine by regular users or drug dependents. Qualitative research with semi-structured interviews was undertaken with 15 families of *crack* users in treatment at a Therapeutic Community in the state of Paraná, Brazil. Data were analyzed foregrounded on thematic content analysis and organized into three categories: deficiency of parental support, a family culture of illicit drug use and family conflicts, and the misinformation and ignorance on the families' illicit drug use. The family informants were mostly mothers, aged 19 to 62 years, with low schooling. Most families belonged to the economic classes C or B, practiced religion, and used the government health system (SUS). Deficiency of parental support, with very strict or permissive family rules, overprotection of children, implicit culture of illicit

\* Artigo extraído da Dissertação intitulada "Recursos e adversidades no ambiente familiar de usuários de *crack*", realizada com apoio financeiro do CNPq e Ministério da Saúde, Edital nº 41/2010.

<sup>3</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Hospital Paraná. E-mail: mseleghim@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: mlfoliveira@uem.br

drug use in the nuclear family and between generations, the existence of conflicts and violence, misinformation on drugs, and lack of knowledge by the family on its illicit drug users, may be among the determining factors for drug use. In fact, the families studied had several members giving bad example who facilitated the use of drugs by *crack* users within the family environment.

**Keywords:** Illicit drugs. *Crack* cocaine. Family relationships. Family characteristics. Therapeutic community.

## **El uso de *crack* en la *interfaz* con la familia: factores determinantes para el uso de drogas**

### **RESUMEN**

Considerando la importancia de la inclusión de factores familiares en la comprensión de la magnitud sanitaria de las drogas, el objetivo del estudio fue analizar la influencia del ambiente familiar para el uso de *crack* en usuarios habituales o dependientes. Pesquisa cualitativa, realizada con 15 familiares de usuarios de *crack* en tratamiento en una Comunidad Terapéutica de Paraná, utilizando entrevista semi-estructurada. Los datos fueron analizados por intermedio del análisis de contenido temático, y organizados en categorías. Los informantes familiares fueron en su mayoría madres, con edad entre 19 a 62 años, y con baja escolaridad. La mayoría de las familias pertenecía a la clase económica C o B, poseía religión, y utilizaba e Sistema Único de Salud. Entre los factores determinantes para el uso de drogas, se verificó la deficiencia de soporte parental, con reglas familiares muy rígidas o permisivas, la súper protección de los hijos, la presencia de una cultura implícita del uso de drogas, diseminada entre la familia nuclear e ínter generacional, la existencia de conflictos y violencias, la desinformación sobre la temática de las drogas, y el desconocimiento familiar sobre el uso de drogas por los usuarios. Se constató que las familias estudiadas presentaron varios elementos considerados desfavorables en el ambiente familiar que actuaron como elemento facilitador al uso de drogas por los usuarios de *crack*.

**Palabras-clave:** Drogas ilícitas. Cocaína *crack*. Relaciones familiares. Características familiares. Comunidad terapéutica.

### **INTRODUÇÃO**

*O crack* é um subproduto da cocaína e potente estimulador do sistema nervoso central que surgiu no Brasil no final da década de 1980 (RAUPP; ADORNO, 2011). Apesar da sua recente introdução, a magnitude das consequências individuais, sociais e familiares associadas ao seu uso tem causado preocupação por parte do poder público e da sociedade organizada.

Entre os danos individuais e sociais, destaca-se a ocorrência de comportamentos sexuais de risco para aquisição da droga ou dinheiro com maior exposição ao vírus da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, envolvimento em atividades violentas e ilícitas como roubos, assaltos e tráfico de drogas, além de danos à saúde, como desnutrição, lesões pulmonares pela utilização da droga em latas de alumínio, problemas neurológicos e

comorbidades psiquiátricas (DIAS et al., 2011; NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA; NAPPO, 2008; STORY; BOTHAMLEY; HAYWARD, 2008).

No entanto, observa-se carência de estudos com enfoque nas consequências familiares associadas ao uso de *crack*. Estudo realizado, com o objetivo de conhecer o vínculo familiar de usuários atendidos em um serviço de emergência psiquiátrica, identificou graves perdas nos vínculos relacionais dos usuários com a família e com o meio social, presença de drogas e violência no ambiente familiar (SELEGHIM et al., 2011).

Há a necessidade da realização de pesquisas para o avanço dos conhecimentos e práticas relacionadas ao uso de *crack*, visando estabelecer alianças com as famílias, de modo a conhecer as tradições, os valores e os costumes, pois estas desenvolvem papel fundamental na prevenção e no tratamento ao uso de drogas (SELEGHIM et al., 2011).

A importância da participação das famílias nas diversas etapas do desenvolvimento humano é um paradigma estabelecido e citado por diversos autores (ELSEN; MARCON; SILVA, 2004; OSÓRIO; VALLE, 2009). Na convivência com as famílias, os indivíduos assimilam o seu sistema de normas, crenças e valores que acompanham todo o seu desenvolvimento e influenciam seu relacionamento na sociedade.

Entre os fatores contextuais para o uso de drogas, a instituição familiar é considerada um dos elos mais fortes da cadeia multifacetada que pode levar ao uso abusivo de drogas, além de também atuar como importante fator de proteção (BERNADY; OLIVEIRA, 2010; SCHENKER; MINAYO, 2003).

Estudos revelam que as práticas culturais familiares muitas vezes são estímulos para a experimentação e continuidade ao uso de drogas, pois a família, como geradora de cultura, transmite crenças e expectativas sobre os papéis sociais, sobre o modo de vida de homens e mulheres, sobre as relações interpessoais e também sobre uso de drogas (BERNADY; OLIVEIRA, 2010; HORTA; HORTA; PINHEIRO, 2006).

A ausência de suporte social – entendido como a presença de emprego, estabilidade do núcleo familiar e disponibilidade de rede de tratamento adequado – e a deficiência no acesso e vínculo aos serviços de saúde primários, pouco acessíveis àquelas pessoas que mais necessitam, tem agravado a situação do uso de *crack* na atualidade, exigindo investigações nos múltiplos aspectos dessa temática (SELEGHIM et al., 2011).

Considerando que o problema do uso de *crack* na atualidade não pode ser completamente compreendido apenas por estudos epidemiológicos, o presente estudo discutirá a problemática numa perspectiva social mais abrangente, privilegiando as relações

familiares. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a influência do ambiente familiar para o uso de *crack* em usuários habituais ou dependentes.

## **METODOLOGIA**

Utilizou-se de metodologia qualitativa, que permitiu investigar com maior profundidade questões relativas às relações familiares e ao ambiente familiar, com ênfase nos elementos determinantes ou facilitadores ao uso de *crack* e outras drogas.

A complexidade que envolve o fenômeno *crack* e a necessidade de investigações que considerem, além de outros aspectos, o papel da família na iniciação e continuidade ao uso de drogas, levou à escolha dessa metodologia, que privilegia não a quantidade de sujeitos investigados, mas a capacidade de refletir o fenômeno em suas múltiplas dimensões (SELEGHIM et al., 2011; MINAYO, 2010).

A seleção das famílias foi realizada indiretamente, por meio da amostragem intencional por critérios de usuários de *crack* em tratamento em uma Comunidade Terapêutica (CT) do Estado do Paraná, ao considerar como critério de inclusão a quantidade e a periodicidade em que a droga é usada, e um maior grau de ruptura social do usuário e idade legal para informações à pesquisa (THIOLLENT, 2004). De acordo com estes critérios, foram identificados 20 usuários de *crack*, com idade igual ou superior a 18 anos, classificados funcionalmente como habituais ou dependentes, para posterior abordagem à família.

Usuário habitual é aquele que faz uso frequente de drogas, e em suas relações se observam sinais de ruptura, mesmo assim, ainda "funciona" socialmente, embora de forma precária e correndo riscos de dependência. Já o usuário dependente ou disfuncional é aquele que vive pela droga e para a droga, rompe os seus vínculos sociais, o que provoca isolamento e marginalização, acompanhados eventualmente de decadência física e moral (BUCHER, 1995).

Dada a especificidade da população em estudo e a necessidade do estreitamento do vínculo entre o pesquisador e os usuários e as famílias estudadas, após essa definição amostral preliminar, os usuários foram abordados em uma sala privativa na Comunidade e informados sobre a realização do estudo, com solicitação de autorização para a abordagem familiar.

Fizeram parte deste estudo 15 famílias de usuários de *crack* em tratamento na CT no mês de maio de 2011. Cinco famílias não foram investigadas, porque três não compareceram à CT no mês da coleta de dados pela falta de recursos financeiros para o trânsito entre a cidade de origem e Maringá; em uma aconteceu desligamento do usuário da CT pelo não-

cumprimento às normas da Instituição, e uma informante familiar era deficiente visual e não retornou à estratégia adotada para responder o instrumento de pesquisa, via *e-mail*.

As famílias que residiam no município de localização da CT foram convidadas a participar do estudo por meio de contato telefônico, onde eram informados os objetivos da pesquisa e agendada uma data para a realização da entrevista, sendo que esta poderia ser efetuada na própria residência ou durante a visita familiar ao usuário na CT. Dessa forma, foram entrevistados seis familiares na CT, e cinco familiares em seus domicílios.

As quatro famílias que residiam em outros municípios foram abordadas durante a visita familiar aos usuários na CT, e, após a aceitação em participar da pesquisa, procedeu-se à realização da entrevista, em ambiente privativo.

Respeitando a autonomia das famílias, as mesmas elegeram entre seus membros, durante o contato telefônico ou na abordagem durante a visita, um informante-chave familiar para participar da entrevista. Observou-se que os critérios de seleção pautaram-se predominantemente naqueles indivíduos que possuíam maior ligação emocional com os usuários e maior conhecimento para relatar as experiências processadas no ambiente familiar.

Nas entrevistas realizadas no domicílio, adotou-se a técnica de visita domiciliar, que, enquanto técnica de abordagem de grupo familiar reúne pelo menos três tecnologias: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam fatos de suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidas (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

O roteiro aplicado de entrevista ao familiar foi constituído por duas partes. A primeira, destinada à coleta de informações pessoais do respondente, e de dados socioeconômicos da família; e a segunda, com questões abertas, permitiu a investigação das relações familiares e dos fatores de risco para o uso de drogas de abuso. Anteriormente à aplicação do roteiro de entrevista, foi realizada a classificação econômica das famílias por meio do instrumento Critério de Classificação Econômica Brasil, que divide as classes econômicas em: A1 (R\$11.490,00), A2 (R\$8.295,00), B1 (R\$4.754,00), B2 (R\$2.656,00), C1 (R\$1.459,00), C2 (R\$962,00), D (R\$680,00), e E (R\$415,00) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010).

Cada entrevista foi codificada por meio da letra 'F' seguida de algarismos arábicos conforme a sequência de realização das mesmas, visando o anonimato dos entrevistados. Todas foram gravadas em sua totalidade em meio digital e tiveram duração média de 60 min, sendo posteriormente transcritas na íntegra.

Os dados obtidos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado, e que, operacionalmente, abrange as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010).

Para tanto, os registros das entrevistas foram lidos, seguido da organização dos dados em três categorias temáticas: deficiência de suporte parental; cultura familiar do uso de drogas e os conflitos familiares, e desinformação e o desconhecimento familiar sobre o uso de drogas.

A realização do estudo foi autorizada pela CT e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 301/11). Durante a abordagem familiar, observou-se certo receio por parte de alguns familiares em participar de uma pesquisa sobre o uso de drogas, e particularmente sobre o uso de *crack*, o que exigiu maior esforço do pesquisador para o esclarecimento quanto aos objetivos da pesquisa, aproveitando o momento para o estabelecimento de vínculo entre o pesquisador-entrevistado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização dos familiares e das famílias estudadas**

Os informantes familiares foram sete mães, cinco irmãos, dois pais, e uma tia. Observou-se que estas pessoas possuíam maior ligação emocional com os usuários, e que as famílias tinham grande interesse em participar da pesquisa, indicado pelo relato frequente de que se era necessário investigar o problema das drogas, e mais especificamente o *crack*.

Quanto às características pessoais dos informantes, a idade variou de 19 a 62 anos, sendo que a maioria era casada (11 casos), possuía mais de um filho (12 casos), tinha em média 7,9 anos estudados, era católica (11 casos), e estava trabalhando no momento da entrevista (9 casos).

A maioria das famílias pertencia à classe econômica C (7 casos) ou B (7 casos), independente das suas subdivisões. A classe C abrange uma renda média familiar de R\$962,00 a R\$1.459,00, e a classe B de R\$2.656,00 a R\$4.754,00 (BRASIL, 2010). Pesquisa sobre as características sociais, demográficas e econômicas das famílias das principais regiões metropolitanas do Brasil aponta que 48,8% das famílias brasileiras pertencem à classe C, e 28,4% a classe B.

Somente três famílias não eram adeptas a nenhuma religião, mas a maioria informou a fé católica. Quanto à assistência à saúde, a utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a mais relatada pelas famílias (10 casos), no entanto, algumas (5 casos) faziam a utilização do sistema privado por meio de planos e convênios de saúde. Dentre as atividades recreacionais realizadas, o almoço familiar foi a de maior frequência (12 casos).

### **Fatores determinantes para o uso de drogas no ambiente familiar**

A finalidade do presente estudo não foi identificar a causa raiz para a manifestação do uso de *crack*, mas observar o problema a partir das relações que os indivíduos mantêm na família. Foram identificados, por meio da leitura dos registros obtidos, fatores determinantes para o uso de drogas pelos usuários de *crack*, organizados em três categorias temáticas: deficiência de suporte parental; cultura familiar do uso de drogas e a presença de conflitos familiares, e desinformação e o desconhecimento familiar sobre o uso de drogas (Figura 1).

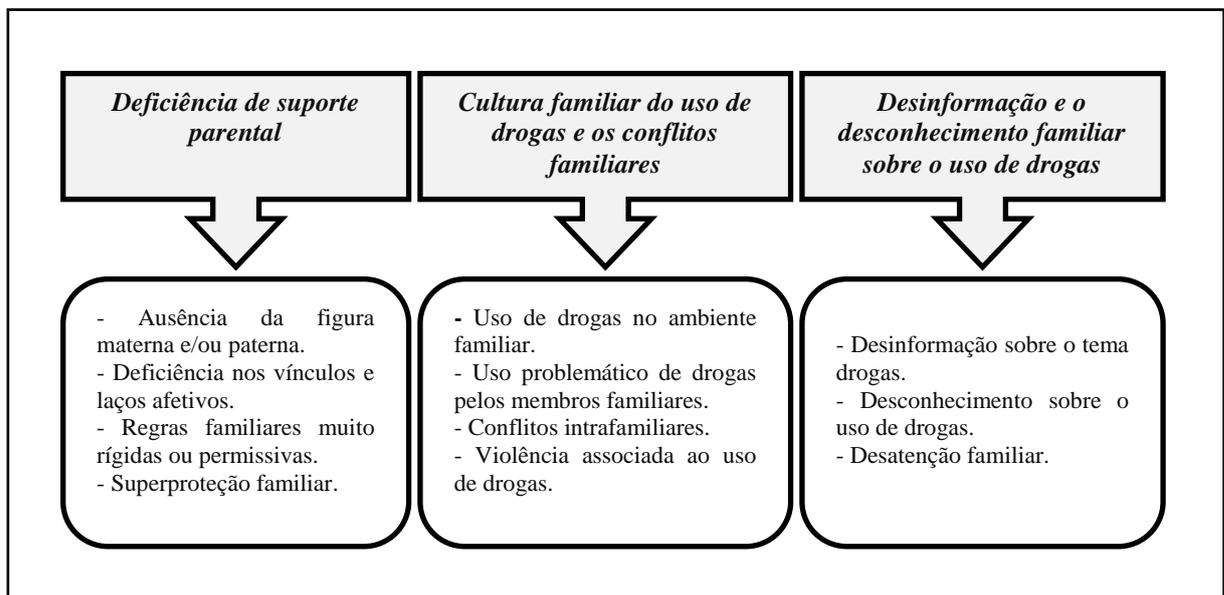


Figura 1 – Categorias temáticas do estudo. Maringá-PR, 2011.

#### ***Deficiência de suporte parental***

Nesta categoria, cinco principais temas relacionados à deficiência de suporte parental foram identificados. O primeiro tema refere-se à ausência da figura materna e/ou paterna no

ambiente familiar, com consequências diretas sobre as relações familiares e o desenvolvimento comportamental e educacional dos usuários.

*A mãe sempre teve que trabalhar muito, doze horas por dia, então ela não ficava em casa [...] a criação dele (o usuário) foi praticamente ele mesmo que se criou (F6).*

*Foi a minha mãe quem criou a gente sozinha e fora da família não nos dávamos muito bem não, era só nos quatro mesmo (F6).*

Dentre os motivos relatados para a ausência parental, destacaram-se com maior frequência as separações e divórcios, violências no âmbito familiar, dificuldades financeiras, jornada extensa de trabalho dos pais, e a não-aceitação da gravidez por um dos pais.

*Na verdade eu tive ele mãe solteira, quando eu descobri que estava grávida o pai dele rompeu comigo porque ele não aceitava a gravidez (F12).*

*A gente achou que estava fazendo bem ele estando comigo e com a avó, e separado dos pais para não ficar em uma creche e tal, e isso acabou prejudicando, porque por mais que seja bem cuidado, tem todo o conforto e tal, é essencial os filhos ficar junto com os pais (F17).*

No caso específico da monoparentalidade, as crianças inseridas neste modelo familiar crescem e convivem com situações e diferentes problemas, sendo o primeiro deles a ausência de um dos pais no convívio cotidiano. Independente do lugar de sua manifestação, a monoparentalidade vem, em geral, atrelada a uma queda do poder aquisitivo dessas famílias, ou mesmo a situação de pobreza, o que acabaria por influenciar o uso de drogas (SANTOS; SANTOS, 2009).

O segundo tema identificado se refere à deficiência nos vínculos e nos laços afetivos entre os membros da família, indicando inversão dos valores familiares, observados nos depoimentos a seguir:

*O meu pai nunca foi de fazer carinho em nós, realmente ele nunca foi, ele é um pai que nesse caso ele foi ausente (F1).*

*A família dele é assim [...] não é aquela família que dá carinho e amor, de conversar né (F5).*

*A gente não sai de casa, e cada um fica no seu canto em casa. Eu faço terapia aí eu sempre falo pra minha psicóloga, a minha fuga é sentar no computador e jogar, então eu sento e esqueço que o mundo existe né. O meu marido derrepente bebe uma cerveja a mais NE [...] então a gente procura assim... parece que a gente não consegue se unir (F3).*

Estudo realizado com usuários de *crack* aponta que os vínculos familiares muitas vezes são estímulos para o início e continuidade ao uso de drogas. Entre os casos investigados do referido estudo, poucos usuários ainda mantinham contato com as famílias, sendo que a maioria dos vínculos familiares encontrava-se fragilizados ou totalmente rompidos (SELEGHIM et al., 2011).

O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento apropriadas é influenciado pela qualidade das relações afetivas, coesão, segurança, ausência de discórdia e organização, quer na família ou na instituição. Tais aspectos constituem importantes fatores de proteção para o indivíduo, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e competências sociais e, conseqüentemente, sua capacidade de adaptação às situações cotidianas e negação ao uso de drogas (CHAVES et al., 2003).

A falta de suporte parental, o uso de drogas pelos próprios pais, atitudes permissivas dos pais perante o consumo e incapacidade dos pais de controlar os filhos são fatores predisponentes à iniciação ou continuação de uso de drogas (BAHR; HOFMANN; YANG, 2005). Nesta perspectiva, estudos apontam que os diferentes estilos parentais de socialização e as práticas educativas que permeiam a relação entre pais e filhos funcionam como variáveis psicossociais capazes de exercer grande influência na adoção de diferentes comportamentos prejudiciais à saúde entre os jovens, entre eles o consumo de substâncias psicoativas (PAIVA; RONZANI, 2009).

A presença de regras familiares rígidas, oriundas de pais extremamente autocráticos, foi o terceiro tema encontrado nesta categoria, levando a cobranças e frustrações pelos usuários.

*Ele era muito julgado quando era criança, e bastante cobrado também. Depois na adolescência acostumou a ficar meio sozinho (F9).*

As figuras parentais exercem grande influência na construção dos vínculos afetivos, e também constroem modelos de relações que são transferidos para outros contextos e momentos de interação social (VOLLING; ELINS, 1998). Por exemplo, pais punitivos e coercitivos podem provocar em seus filhos comportamentos de insegurança, dificuldades de estabelecer e manter vínculos com outras crianças, além de problemas de risco social na escola e na vida adulta. Os laços afetivos asseguram o apoio psicológico e social entre os membros familiares, ajudando no enfrentamento do estresse provocado por dificuldades do cotidiano (OLIVEIRA; BASTOS, 2000).

Paradoxalmente, o quarto tema foi a existência de regras familiares permissivas, representadas por pais, avós ou tias que não conseguiram estabelecer controle sobre os usuários, indicando superproteção familiar.

*Olha, pra falar a verdade não era assim muita exigência não, mas a gente sempre exigiu o quarto arrumado, mas nunca fizeram né (risos) (F3).*

*Quando ele era adolescente a gente nunca impôs para ele fazer nada (F16).*

*É assim, eu não sou muito de falar, agora a mãe protege de mais, como sempre ela passa a mão na cabeça dele [...] (F1).*

*Os parentes falam que eu mimava muito ele, que eu fazia tudo o que ele queria, que eu superprotegia demais ele (F17)*

A compreensão do papel das práticas parentais pode contribuir para que pais estejam mais conscientes do seu papel na consolidação de crenças, valores e atitudes contrárias a comportamentos prejudiciais à saúde e ao desenvolvimento mental de seus filhos. Os jovens que têm maior apoio e suporte e se sentem compreendidos pela família apresentam menor padrão do consumo de drogas. Ainda, o afeto e o interesse mostrados pelos pais, o tempo que passam com seus filhos e a firmeza de medidas disciplinares mantêm a relação com a abstenção do uso de drogas (PAIVA; RONZANI, 2009).

### ***Cultura familiar do uso de drogas e a presença de conflitos familiares***

Dentre os fatores de risco para o uso de drogas, a cultura familiar é sem dúvida uma das mais importantes e relevantes causas que pode levar ao uso abusivo de drogas. Diversos estudos têm demonstrado forte associação entre a presença de antecedentes familiares de uso de drogas e o abuso de drogas na adolescência e na fase adulta da vida (FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2008; RUDOLPH et al., 2011).

Entre os casos investigados, verificou-se a presença de uma cultura familiar implícita do uso de drogas, disseminada entre a família nuclear e intergeracional, influenciando o uso de drogas pelos constituintes familiares.

*Cerveja acho que eu sou a única que não bebe (risos). Eu até bebo, mais eu faço assim: um golinho e só, e acabou, de vez em quando. Mas o meu marido bebe, o irmão mais velho dele também, e a irmã (F3).*

*Os irmãos da minha mãe bebem, um morreu de cirrose né, o outro tá lá, não come nada, só bebe pinga pura né, e eu moro lá do lado deles. E tem o meu pai também, que no começo quando a minha mãe conheceu ele, ela dizia que ele bebia até cair (F1).*

Apesar de muitas famílias não compreenderem os fatores de risco no ambiente familiar, o uso de drogas apareceu como um fenômeno sociocultural amplamente aceito entre as famílias estudadas.

*Eu morava no sítio, e quando íamos na feira na cidade, chegava lá e eu falava assim: vamos tomar um golinho para gente ir embora? (F2).*

Estudo longitudinal de 25 anos sugere que o desenvolvimento do uso e abuso de drogas ilícitas na adolescência envolve a acumulação de diversos fatores de risco, incluindo a exposição a adversidades na infância, fatores individuais de personalidade e antecedentes familiares de uso de drogas de abuso (FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2008).

No presente estudo, chamou atenção a presença do uso problemático de drogas por um ou mais dos membros da família, como observado nos relatos abaixo.

*O meu outro filho também usa drogas, mas agora ele está largando porque ele está em tratamento em uma outra comunidade (F13).*

*A minha irmã também bebe muito, e a maioria dos parentes também, só crentes evangélicos que não. A minha irmã fuma um baseado também, ela diz que não, mas fuma sim (F6).*

Estudos apontam que a presença de violência e conflitos familiares são situações potenciais para gerar danos para a criança e o adolescente, inclusive distúrbios comportamentais e uso abusivo de drogas (FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2008; RUDOLPH et al., 2011). Nesta categoria, também foi identificada a presença de eventos desfavoráveis, como conflitos e brigas no ambiente familiar dos usuários de *crack*.

*A gente foi sempre muito separado, cada um no seu canto, então não tinha muita briga... a gente não ficava junto dentro de casa (F6).*

*O ambiente não era muito dos melhores não, eu e meu marido não se dá bem, nunca se deu (F7).*

*Nosso ambiente familiar sempre foi conflituoso, bastante agitado, bastante atribulado (F11).*

A violência associada ao uso de drogas também foi frequentemente evidenciada entre as famílias estudadas.

*Eu tive uma gravidez bem difícil né, eu apanhei na minha gravidez, ele, o pai dele, usava droga (F12).*

*Quando nós éramos pequenos o ambiente familiar era conflituoso, meu pai e minha mãe brigavam bastante, meu pai era bem agressivo, ele bebia muito (F9).*

*O pai dele bebe bastante, a maioria deles também (da família), então ele bebe e aí não fala coisa com coisa, coloca ele mais pra baixo (F5).*

*Ele (o usuário), já tem o histórico que o pai dele é dependente químico, então talvez ele já tinha uma pré-disposição (F17).*

Estudo sobre padrões multigeracionais de violência familiar, associada ao abuso de bebidas alcoólicas por meio da análise de 42 genogramas, encontrou uma reprodução multigeracional da violência associada ao abuso de bebidas alcoólicas, com influência de aspectos culturais, crenças e valores familiares (TONDOWSKI, 2008).

### ***Desinformação e o desconhecimento familiar sobre o uso de drogas***

A disponibilidade e o conhecimento de informações sobre drogas e implicações de seu uso são apontados como importantes fatores de proteção contra a iniciação ao uso de drogas. Dentre os meios de divulgação, a informação trazida pela família é considerada a de maior impacto e a mais eficiente na prevenção ao uso de drogas (SANCHEZ et al., 2010).

Nesta categoria, a desinformação, considerada como a ausência de conhecimento sobre o tema drogas, englobando efeitos, consequências do uso, abuso e dependência, foi observada na maioria das famílias estudadas (SANCHEZ et al., 2010). O desconhecimento sobre os efeitos e consequências do consumo de drogas impediu que muitas famílias atuassem no sentido de prevenir ou mesmo tratar seus familiares, como pode ser observado no depoimento a seguir:

*A gente não entendia muito bem o que era droga né, só a partir do momento que ele pediu ajuda a gente socorreu (F16).*

Apesar das graves consequências associadas ao uso das drogas, e mais especificamente ao do *crack*, as famílias relataram que não sabiam que seus familiares faziam uso de drogas.

*Eu não sabia o que era o crack, não sabia da existência disso aí, faz de três a quatro anos atrás que eu descobri (F17).*

*Eu descobri do crack, que inclusive eu muito na ingenuidade, achei uma latinha amassada no meio das roupas dele, e falei: olha que menino, guardou uma latinha de refrigerante vazia e jogei no lixo (F3).*

Verificou-se que muitas famílias só adquiriram conhecimento sobre o tema drogas após a passagem dos familiares em unidades de internação, e outras apresentaram conhecimento insuficiente, geralmente oriundo de um programa de televisão ou outros recursos midiáticos, como pode ser evidenciado no discurso a seguir:

*Você sabe que eu nem sabia o que era crack e o que era maconha? Mas nós ficamos preocupados depois que começou o falatório na televisão, que a gente foi vendo que isso era grave, aí fui vendo as passagens que tinha na televisão, que dizia que matava, que era crack essas coisas né (F13).*

A informação incompleta, vaga e de pouca utilidade pode funcionar de maneira oposta à desejada, despertando a curiosidade e conseqüente experimentação e uso/abuso pelos indivíduos, e que de maneira geral, entre os usuários de drogas, prevalece a falta de informações ou a disponibilidade de informações incompletas, ineficazes em termos de prevenção (SANCHEZ et al., 2010).

A desinformação familiar sobre as drogas apareceu fortemente associada ao desconhecimento sobre o uso de drogas pelos usuários, levando muitas vezes ao agravamento da situação.

*A gente foi descobrir isso quando nós estávamos morando na cidade já, então ele já estava utilizando droga e a gente não sabia (F1).*

*Eu fiquei sabendo quando eu trouxe ele para a Comunidade, aí ele comentou comigo que usava o crack (F9).*

A intervenção precoce da família diante do problema das drogas é essencial para interromper uma escalada no uso e prevenir danos futuros. Estudo realizado com o objetivo de identificar a seqüência de drogas utilizadas por usuários e ex-usuários de *crack* encontrou

que o início precoce e o forte consumo de uma ou mais drogas foram determinantes para a progressão no uso de drogas até o *crack* (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Outra situação que apareceu relacionada ao desconhecimento do uso de drogas foi a desatenção familiar. Um dos fatores mais importantes para o início e continuidade ao uso de drogas pelos filhos é a inobservância e a não-participação dos pais nas atividades dos seus filhos, como mostra estudos realizados por Paiva e Romazini (2009).

*Ele usa drogas faz tempo, desde os onze, doze anos mais ou menos, mas a mãe geralmente não via, a mãe é meio cega pra esse tipo de coisa (F6).*

*Os meus vizinhos já sabiam, a gente morava num edifício, mas a gente é o último a saber né [...] (F17).*

Apesar do desconhecimento e da falta de atenção para o problema das drogas, a descoberta do uso do *crack* foi relatado como um evento inesperado e bastante traumático para as famílias.

*Nossa! o dia que eu descobri, que eu vi ele daquele jeito, eu chorei muito, fiquei loca, pedi para morrer (F2).*

*Ele sempre foi um menino bom né, então até hoje a gente não entende porque que aconteceu tudo isso, a gente procura uma explicação e não tem (F10).*

## CONCLUSÃO

Os informantes familiares foram em sua maioria mães, com idade entre 19 a 62 anos, casados e com filhos, com baixa escolaridade, católicos e empregados. A maioria das famílias estudadas pertencia à classe econômica C ou B, possuía alguma religião, utilizava o SUS como sistema de assistência à saúde, e apontou o almoço familiar como a atividade recreacional mais realizada pelos constituintes familiares.

Observou-se, de maneira marcante nas famílias, a deficiência do suporte parental, a presença de regras muito rígidas ou permissivas, a superproteção dos filhos, a cultura do uso de drogas, a existência de conflitos e violências, a desinformação sobre a temática das drogas e o desconhecimento das famílias sobre o uso de drogas pelos usuários.

Com base nesses resultados, percebeu-se que as famílias estudadas apresentaram vários elementos considerados desfavoráveis no ambiente familiar que atuaram como elemento facilitador ao uso de drogas de abuso. Assim, verifica-se a necessidade da

elaboração de políticas públicas específicas de prevenção ao uso de drogas no ambiente familiar, que considerem, além de outros aspectos, as diversidades de configurações expressadas pelas famílias.

Apesar dos dados relevantes que este estudo apresenta, há limitações inerentes ao método que devem ser levadas em consideração. A metodologia qualitativa, utilizando-se de amostra intencional, acaba por limitar os achados à população investigada, desta forma, não permitindo generalização dos achados à população global ou inferências a outras populações.

Considerando que a cultura do *crack* apresenta características contextuais específicas, a escolha por uma CT que atende exclusivamente usuários de drogas do sexo masculino foi pautada na maior ocorrência deste sexo na cultura do *crack*, não prejudicando a análise dos dados obtidos. Porém, sugerem-se estudos que possam avaliar em profundidade as consequências do uso do *crack* nas relações familiares, com vistas à elaboração de medidas de apoio voltadas à família.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em:

<<http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=197>>. Acesso em 20 jul. 2010.

BAHR, S. J.; HOFFMANN, J. P.; YANG, X. Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. **The Journal of Primary Prevention**, New York, v. 26, n. 6, p. 529-551, 2005.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.

BUCHER, R. **Prevenindo contra drogas e DST/Aids: populações em situação de risco**. Brasília, DF: CDIC, 1995.

CHAVES, A. M. et al. Significados de proteção a meninas pobres da Bahia do século XIX. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 85-95, 2003.

DIAS, A. C. et al. Mortality rate among *crack*/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. **Journal Substance Abuse Treatment**, Lebanon, v. 41, no. 3, p. 273-278, 2011.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004.

- FERGUSON, D. M.; BODEN, J. M.; HORWOOD, L. J. The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. **Drug and Alcohol Dependence**, Baltimore, v. 96, no. 1, p. 65-177, 2008.
- HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 268-272, 2006.
- LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z.; OLIVEIRA, L. G. *Crack*, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. **Substance Use & Misuse**, England, v. 46, n. 4, p. 476-485, 2011.
- OLIVEIRA, M. L. S.; BASTOS, A. C. S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 97-107, 2000.
- OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de *crack* na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.
- OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. **Manual de terapia familiar**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 177-83, 2009.
- RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Circuitos de uso de *crack* na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2613-2622, 2011.
- RUDOLPH, A. E. et al. The association between parental risk behaviors during childhood and giving high risk networks in adulthood. **Drug and Alcohol Dependence**, Baltimore, v. 118, no. 2, p. 437-443, 2011.
- SANCHEZ, Z. V. M. et al. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 699-708, 2010.
- SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, A. S. From the first drug to *crack*: the sequence of drugs taken in a group of users in the city of São Paulo. **Substance Use & Misuse**, London, v. 42, no. 1, p. 177-188, 2007.
- SANTOS, J. B.; SANTOS, M. S. C. Família monoparental brasileira. **Revista Jurídica**, Brasília, DF, v. 10, n. 92, p. 1-30, 2009.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

STORY, A.; BOTHAMLEY, G.; HAYWARD, A. *Crack* cocaine and infectious tuberculosis. **Emerging Infectious Diseases Journal**, Atlanta, v. 14, no. 9, p. 1466-1469, 2008.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de *crack* atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2011.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TONDOWSKI, C. S. **Padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: um estudo com genograma**. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

VOLLING, B. L.; ELINS, J. Family relationships and children's emotional adjustment as correlates of maternal and paternal differential treatment: A replication with toddler and preschool siblings. **Child Development**, Malden, v. 69, no. 6, p. 1640-1656, 1998.

## 4.4 ARTIGO 4

**Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de *crack*: um estudo do genograma\***Maycon Rogério Selegim<sup>4</sup>, Magda Lúcia Félix de Oliveira<sup>2</sup>**RESUMO**

Ao considerar os jovens usuários de *crack*, torna-se importante analisar aspectos da sua estrutura familiar que possam motivar o uso de drogas, em razão de que isto é influenciado pelo contexto em que o indivíduo está inserido. O objetivo do estudo é analisar o genograma de jovens usuários de *crack* institucionalizados em uma Comunidade Terapêutica. Pesquisa descritiva, realizada no período de maio a junho de 2011, com usuários de *crack* do sexo masculino, de 18 a 24 anos de idade. No período da realização da pesquisa, a Comunidade contava com quatro sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão. Realizou-se entrevista apoiada em um roteiro com questões destinadas à obtenção de informações pessoais e do uso de drogas, finalizando com a elaboração do genograma. Os jovens eram solteiros; não possuíam filhos; tinham alguma religião; e não completaram o Ensino Médio. Todas as famílias eram nucleares, independentemente da geração. Chamou atenção o número reduzido de membros na geração familiar dos jovens, em contraste com as suas gerações antecessoras. As pesquisas sobre o uso de *crack* e sua interface com as famílias devem ser estimuladas, visto que estas possuem papel fundamental na prevenção e no tratamento do uso de drogas.

**Palavras-chave:** Família. Drogas ilícitas. Cocaína *crack*. Comunidade terapêutica.

**Aspects of young *crack* users' family structure: a study of genograms****ABSTRACT**

When young *crack* users are taken into account, it becomes relevant to examine aspects of family structure that could motivate the use of drugs. In fact, usages are influenced by the context to which individuals belong. The genograms of young *crack* users treated at a Therapeutic Community are analyzed. Descriptive research, carried out during May-June 2011 with *crack* users, showed users were males within the 18-24 year-old bracket. During the period of the survey, the Community had four people who met the inclusion criteria. Genograms were developed by interviews on a screenplay with questions designed to obtain personal information on illicit drug use. Young people were single, childless, practicing religion and did not complete high school. All families were nuclear, regardless of generation. The small number of family members in the younger generation family contrasted to that of previous generations. Research on *crack* use and its interface with families should be encouraged since they play a fundamental role in the prevention and treatment of illicit drug use.

**Keywords:** Family. Illicit drugs. *Crack* cocaine. Therapeutic Community.

---

\* Artigo extraído da Dissertação intitulada "Recursos e adversidades no ambiente familiar de usuários de *crack*", realizada com apoio financeiro do CNPq e Ministério da Saúde, Edital nº 41/2010.

<sup>4</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Hospital Paraná. E-mail: mselegim@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: mlfoliveira@uem.br

## **Aspectos de la estructura familiar de jóvenes usuarios de *crack*: un estudio del genograma**

### **RESUMEN**

Al considerar los jóvenes usuarios de *crack*, se vuelve importante analizar aspectos de su estructura familiar que puedan motivar el uso de drogas, en razón de que esto es influenciado por el contexto en que el individuo está inserido. El objetivo del estudio es analizar el genograma de jóvenes usuarios de *crack* institucionalizados en una Comunidad Terapéutica. Pesquisa descriptiva, realizada en el período de mayo a junio de 2011, con usuarios de *crack* del sexo masculino, de 18 a 24 años de edad. En el período de la realización de la investigación, la Comunidad contaba con cuatro sujetos que atendieron a los criterios de inclusión. Se realizó entrevista apoyada en cuestiones destinadas a la obtención de informaciones personales del uso de drogas, finalizando con la elaboración del genograma. Los jóvenes eran solteros; no poseían hijos; tenían alguna religión; y no completaron la enseñanza secundaria. Todas las familias eran nucleares, independiente de la generación. Llamó la atención el número reducido de miembros en la generación familiar de los jóvenes, en contraste con sus generaciones antecesoras. Las investigaciones sobre el uso de *crack* y su interfaz con las familias deben ser estimuladas, visto que estas poseen papel fundamental en la prevención y en el tratamiento del uso de drogas.

**Palabras-clave:** Familia. Drogas ilícitas. Cocaína *crack*. Comunidad terapéutica.

### **INTRODUÇÃO**

O consumo de drogas é um aspecto preocupante na sociedade brasileira que independentemente do poder aquisitivo do usuário, pode acarretar em danos à saúde, bem como sérios problemas econômicos e sociais à coletividade.

Apesar do consumo de drogas fazer parte da prática histórica e cultural da existência humana e ser encontrado em todas as civilizações, tem-se observado aumento do seu uso em todo o mundo. Isso porque, o consumo ritualístico em pequenas quantidades deu espaço à produção, consumo e distribuição em grande escala, como um produto comercial (BRUSAMARELLO et al., 2008).

Entendem-se como drogas, quaisquer substâncias que sejam capazes de modificar, aumentar, inibir ou reforçar as funções fisiológicas, psicológicas ou imunológicas do organismo de maneira transitória ou permanente (ROCHA, 2010). Desse modo, o abuso pode afetar de diferentes maneiras pessoas, famílias, nações e suas relações internacionais; fato que aguça o interesse de pesquisadores, em nível mundial, para a compreensão do problema e elaboração de estratégias de enfrentamento (VARGENS et al., 2009).

A dependência das drogas é uma doença em que se predomina a heterogeneidade, pois afeta as pessoas de diferentes maneiras. Com isso, é importante reconhecer o usuário,

suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, para o reconhecimento de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, visando ao planejamento e implementação de ações de prevenção, promoção, tratamento e reinserção social, adaptadas às diferentes necessidades (BRASIL, 2003).

Por outro lado, a ineficácia de políticas de saúde dirigidas ao usuário influencia diretamente o setor público, seja por seus custos diretos ou pela impossibilidade de resposta de outras pastas governamentais voltadas para um efeito positivo sobre a redução do consumo de drogas (BRASIL, 2003).

Mesmo com a Política Nacional Sobre Drogas, instituída pela Secretaria Nacional Sobre Drogas e com a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, estudo aponta que a qualidade, o mercado e as estratégias de uso de drogas sofreram mudanças, as quais possibilitaram a persistência deste hábito com potenciais riscos à saúde do usuário (BRASIL, 2003, 2003; OLIVEIRA; NAPPO, 2008b).

A afirmativa anterior se pauta principalmente no fato de que o *crack* é obtido de uma mistura de cocaína com bicarbonato de sódio em água, que quando aquecida se transforma em pedras. Desse modo, tem-se uma droga altamente entorpecente e economicamente barata.

Estudo realizado com 31 usuários ou ex-usuários de *crack* identificou que a sequência de drogas parece estar mais associada a fatores externos, tais como as pressões de grupo ou influência do tráfico, do que à preferência do usuário. E entre os mais jovens, com até 30 anos de idade, essa escalada começou com o cigarro e/ou álcool e passou pela maconha e cocaína aspirada até o uso de *crack* (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Reconhece-se que a maior utilização de *crack* ocorre entre jovens, predominantemente do sexo masculino e de baixa renda (RODRIGUES; CAMINHA; HORTA, 2006; DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; GUIMARÃES et al., 2008; OLIVEIRA; NAPPO, 2008a). O conceito de jovem é definido como pessoas dentro de um grupo específico de idade. São pessoas com idade entre dez a 24 anos, que passam por estados de transição: uma fase prévia (entre 10 e 14 anos), uma fase intermediária (entre 15 e 20 anos) e uma fase posterior (entre 21 e 24 anos) (NUGENT, 2006).

Ao se considerar os jovens usuários de *crack*, torna-se importante analisar aspectos de sua estrutura familiar que possam ter motivado o uso de drogas, em razão de que isto é influenciado pelo contexto no qual o indivíduo está inserido (BRASIL, 2003; SANCHEZ; NAPPO, 2002). Estudos revelam que as práticas culturais familiares muitas vezes são estímulos para a experimentação e continuidade ao uso de drogas, pois a família, como geradora de cultura, transmite crenças e expectativas sobre os papéis sociais, sobre o modo de

vida de homens e mulheres, sobre as relações interpessoais e também sobre uso de drogas (BRUSAMARELLO et al., 2008; BRASIL, 2003).

A estrutura familiar pode ser estudada por meio de diversas técnicas, entre as quais encontra-se o genograma, que é uma representação gráfica da família, o qual pode reunir informações tais como os aspectos genéticos, médicos, sociais, comportamentais, relacionais e culturais, que denotam a estrutura e a configuração familiar dando indícios de seu funcionamento e dinâmica (WENDT; CREPALDI, 2008).

O presente estudo tem como objetivo analisar o genograma de jovens usuários de *crack* institucionalizados em uma Comunidade Terapêutica, considerando o papel fundamental das famílias na prevenção de agravos e na proteção de seus membros ao uso de drogas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, realizada no período de maio a junho de 2011, em uma Comunidade Terapêutica (CT) do Noroeste do Estado do Paraná.

A CT foi fundada em 1997 e é uma entidade de caráter filantrópico que além do município-sede em que se situa, atende indivíduos de outros Estados. A instituição possui capacidade para 60 pessoas do sexo masculino com idade igual ou superior a 12 anos; os quais são assistidos em regime de internamento durante um período de nove meses.

Para composição da população em estudo, foram selecionados os usuários de *crack* do sexo masculino, de 18 a 24 anos de idade, em tratamento nesta CT. No período da realização da pesquisa, a instituição contava com quatro jovens que atenderam aos critérios de inclusão.

Os indivíduos foram identificados por meio de registros da CT, em que constam dados sobre o uso de drogas e sobre o tratamento a que estão sendo submetidos. Mediante esta identificação e seleção dos sujeitos de pesquisa, procedeu-se à abordagem individual, juntamente com o supervisor e/ou profissional de saúde da instituição, para esclarecimento e aceite formal dos participantes.

A seguir, realizou-se entrevista em local privativo, amparado em um roteiro com questões semiestruturadas. Desse modo, num primeiro momento foram obtidas informações acerca das características socioeconômicas e demográficas (idade, situação conjugal, filhos, religião, anos de estudo e situação ocupacional); no segundo, aspectos referentes à sua história de consumo de drogas (sequência e idade de início de cada droga); e, no terceiro,

sobre a composição familiar e identificação daqueles que utilizavam álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas de qualquer tipo, informações essas que originaram seu respectivo genograma (WENDT; CREPALDI, 2008).

Para apresentação dos resultados, os entrevistados foram denominados aleatoriamente como E1, E2, E3 e E4. Ressalta-se que o presente estudo está em consonância aos aspectos éticos e legais vigentes, com parecer favorável registrado sob o nº 301/11 no Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (BRASIL, 1996).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os jovens usuários de *crack*, em tratamento na CT, eram solteiros e não possuíam filhos. Com relação ao estado civil e aos filhos, reconhece-se que, tanto a condição conjugal solteiro quanto a ausência de filhos podem ser inerentes à faixa etária pesquisada e também influenciada pelo próprio consumo de drogas (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização de jovens usuários de *crack* em tratamento na CT. Maringá-PR, 2011.

Usuário	Idade (anos)	Estado Civil	Filhos	Religião	Anos de estudo	Ocupação atual
E1	18	Solteiro	Não	Sem	7	Desempregado
E2	19	Solteiro	Não	Católico	8	Empregado
E3	21	Solteiro	Não	Católico	5	Desempregado
E4	21	Solteiro	Não	Testemunha de Jeová	9	Desempregado

Em geral, indivíduos com até 24 anos de idade são frequentemente solteiros, apesar de alguns se encontrarem casados e até mesmo separados (BRASIL, 1996). A busca por um companheiro pode ser protelada pelo fato de que o usuário de drogas, na maioria das vezes, se isola do convívio social. Esse resultado foi evidenciado em estudo com 31 indivíduos usuários ou ex-usuários de *crack*, que verificou que apenas 13 usuários eram casados ou tinham relacionamento estável (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Quanto à religião, verifica-se na Tabela 1 que apenas E1 não possuía uma religião. Esse dado é intrigante, visto que a religiosidade é considerada como um fator de proteção ao consumo de drogas e meio facilitador para o acesso ao tratamento pelos usuários (MENDONÇA, 2010; VARGENS et al., 2009). É preciso lembrar, portanto, que possuir uma religião é diferente de praticá-la. Jovens que não são usuários de *crack* possuem e praticam

alguma religião numa frequência maior do que os usuários (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005).

Vê-se, ainda, na Tabela 1 que nenhum deles chegou a completar o Ensino Médio, e no que se refere à situação ocupacional, somente E2 estava empregado. Estudo com 30 usuários de *crack* do sexo masculino internados numa Unidade de Desintoxicação em Porto Alegre (RS) detectou que a população estudada era composta por adultos jovens, com idade média de 27,3 anos, solteiros (93,3%) e em situação de subemprego (43,3%) ou desemprego (36,7%); com a presença de antecedentes criminais, que, por sua vez, se relaciona à maior ansiedade, depressão e fissura pela droga (GUIMARÃES, et al., 2008).

A condição educacional e a econômica influenciam o consumo de *crack* e também o tratamento dos usuários desta droga. Sabe-se que o perfil juvenil, desempregado, com baixa escolaridade, mínimo poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas, com antecedentes de uso de drogas, torna os usuários de *crack* um grupo vulnerável e de difícil adesão ao tratamento (MENDONÇA, 2010).

Assim, torna-se necessário conhecer um pouco mais acerca da história de cada caso aqui analisado, pois o reconhecimento dos aspectos de vulnerabilidade e de proteção na família, e nas suas relações ampliadas, pode ser um meio de tratar e prevenir o uso de droga.

### A trajetória dos jovens usuários de *crack*: um breve relato

A identificação da sequência e idade de início de consumo de drogas por jovens usuários de *crack* pode facilitar o planejamento e implementação de ações a grupos potencialmente vulneráveis, com vistas à sensibilização e prevenção deste hábito por novos consumidores. Com isso, têm-se estes dados na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 – Sequência e idade de início do uso de drogas por jovens usuários de *crack* em tratamento na CT. Maringá-PR, 2011.

<b>Droga*</b> <b>Sujeito</b>	<b>1<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>3<sup>a</sup></b>	<b>4<sup>a</sup></b>	<b>5<sup>a</sup></b>
<b>E1</b>	Cigarro (7)	Maconha (8)	Álcool (12)	Cocaína (14)	<i>Crack</i> (13)
<b>E2</b>	Álcool (14)	Maconha (14)	Cocaína (15)	Cigarro (17)	<i>Crack</i> (17)
<b>E3</b>	Cigarro (9)	Maconha (11)	Álcool (12)	<i>Crack/cola</i> (12)	Cocaína (16)
<b>E4</b>	Álcool (14)	Maconha (14)	Cigarro (15)	Cocaína (17)	<i>Crack</i> (18)

\* Droga (idade de início em anos).

Como consta na Tabela 2, a escalada de drogas ilícitas se inicia em idade precoce e com o uso de álcool/cigarro e maconha; findando-se em cocaína e *crack*. Essa sequência já foi evidenciada entre usuários de drogas com até 30 anos e se justifica pelo fato de que há progressão do efeito entorpecente e alucinógeno, ao menor preço possível (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

As drogas fazem parte da vida das pessoas de forma universal e os jovens constituem grupo vulnerável a elas, pela fase característica de transformação pela qual estão passando. Portanto, deve-se trabalhar a prevenção ao uso de drogas em idades precoces (BRUSAMARELLO, et al., 2008).

E1 iniciou o uso de drogas de maneira experimental – fumava as bitucas de cigarro que seu tio jogava pela casa e atualmente não faz mais isso. O hábito diário de consumo de maconha foi iniciado pela curiosidade e mantido pela crença de que esta droga não causa destruição. A bebida alcoólica foi experimentada ao ser oferecida por familiares e o consumo se mantém de uma a duas vezes por semana. Pelo seu envolvimento com o tráfico (era responsável por guardar as drogas), consumiu a cocaína com outro amigo; mas como se trata de uma droga muito cara, utiliza somente nos finais de semanas e situações festivas. O uso de *crack* ocorreu pela ausência de maconha e, no início era associado com cigarro de maconha (“mesclado”), mas atualmente só a usa em latas de alumínio. Relatou o uso compulsivo de *crack* e permanência por vários dias na rua usando diversas drogas.

A saber, a associação da maconha ao *crack* é considerada também como estratégia de redução da fissura, seja pelo uso de “mesclado” ou pelo uso de maconha após o *crack*, haja vista que deste modo, se substitui o uso do *crack* puro. Afinal, a pedra gera padrão compulsivo e fissura mais intensos do que o “mesclado” (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

E2 fumou cigarro, maconha e *crack* pela primeira pela curiosidade e ao relacionamento com amigos, durante ocasiões de festas e ao usar outras drogas. Experimentou bebida alcoólica aos 14 anos de idade nas confraternizações familiares e continuou o uso com amigos e parentes próximos; relatou ingerir diariamente bebidas com alto teor alcoólico, em grande quantidade. A venda de pertences próprios para aquisição da droga e o uso diário da mesma também foram relatados. Experimentou cocaína aspirada aos 15 anos de idade, mas usou de forma compulsiva somente a partir dos 17 anos, e com maior frequência durante ocasiões de festas, pois segundo o jovem conseguia ingerir maior quantidade de álcool. Relatou também ter iniciado o uso de *crack* associado com maconha e depois na forma isolada, de forma compulsiva e diária.

Ressalta-se que, embora o consumo de drogas possibilite a E2 ingerir maior quantidade de bebidas alcoólicas, essa associação (drogas ilícitas e álcool) pode aliviar sintomas paranoides transitórios, sobretudo para amenizar o medo e a agressividade (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

E3 relatou ter começado a fumar tabaco quando sua mãe saía para trabalhar. A maconha, com amigos pela curiosidade. Experimentou bebida alcoólica para ser aceito no grupo de amigos e diminuir a timidez, consumindo-a, desde então, diariamente. Iniciou o *crack* em situação de festa com amigos, na mesma época em que provou cola. Faz uso diário de *crack*, de forma grupal e em latas de alumínio. A cocaína aspirada foi apontada como última droga de uso, com o uso a cada dois meses, pelo preço.

E4 relatou ter fumado cigarro dos 15 aos 18 anos de idade, por causa do relacionamento com amigos na escola, conseguindo parar sozinho. Experimentou bebida alcoólica por volta dos 14 a 15 anos de idade para diminuir a timidez e se aproximar “das meninas” e, atualmente, faz uso de álcool a cada dois a três dias. Nessa mesma época, iniciou o uso de maconha oferecida pelo irmão e amigos, consumindo-a de forma diária. Relatou ter experimentado apenas três vezes cocaína aspirada e após, o *crack*, oferecido pelo irmão que também se encontra internado em outra CT. Relatou também fazer uso diário de *crack*, em latas de alumínio e sempre com o irmão, inclusive com a venda de pertences próprios para aquisição da droga.

Interessante notar nestes relatos que, muitas vezes, o consumo é feito em situações que se pressupõe de grupo. Isso pode ser em decorrência da necessidade de se ter companhia para sanar os medos decorrentes das perturbações auditivas/visuais ou de obter ajuda nos possíveis episódios de *overdose*, ou ainda, para se proteger da abordagem pela polícia (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

O breve relato de cada sujeito, acerca de sua trajetória de consumo de drogas, demonstra que o uso se tornou vício pela influência de familiares e/ou amigos ainda quando criança ou adolescente. O uso *crack* em casa, seja próprio ou de colegas, pode diminuir riscos de violência e lesões (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010). E, tanto parentes quanto amigos de usuários de drogas já foram identificados em estudo anterior como os incentivadores do consumo em idade precoce, cujo motivo alegado para o uso dessas substâncias foi a necessidade de autoconfiança (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

A dependência dificulta o acesso e o êxito no tratamento para o abandono do consumo de drogas. Nota-se que é comum a realização de mais de um e/ou longos períodos de tratamento. E1, por exemplo, já esteve numa outra CT por nove meses e ficou por cinco

dias internado em uma unidade de emergência psiquiátrica antes de vir para a CT atual. Relatou que após nova recaída optou por esta CT pelo seu conhecimento pessoal acerca do método de trabalho da instituição, o qual tem facilitado o tratamento. Relatou não ter conhecimento sobre outros tipos de tratamento e, antes de se internar pela primeira vez pensava que a CT era “lugar de louco”.

E2 tentou cessar o uso das drogas sozinho, mas que nunca obteve sucesso. Revelou que antes do internamento permaneceu por dois dias na rua usando o *crack* com o dinheiro da venda de pertences próprios e do trabalho. Relatou que a família o procurou em hospitais, na polícia e no Instituto Médico Legal e, quando chegou à sua casa pediu ajuda para deixar de usar drogas. E3 já esteve por quatro dias numa outra CT e, E4 tentou deixar de usar drogas sem auxílio, mas como seu irmão também faz uso de *crack*, nunca obteve sucesso.

Cumprе mencionar que, os casos que não têm fácil acesso ao sistema de saúde ou não têm apoio externo costumam ter baixos índices de recuperação. Isso porque a melhor estratégia terapêutica aos usuários de *crack* passa por uma estrutura de tratamento de longo prazo que contempla a internação inicial em ambiente psiquiátrico, localizado em hospital geral e se estende para um modelo de atendimento baseado em CT fechadas ou com alto grau de intensidade de tratamento, também por longos períodos (de 6 meses a 1 ano). Nesse contexto, a rede familiar e social deveria facilitar a aderência ao tratamento, pois há baixa motivação dos pacientes e dificuldade de monitoramento durante o período de manutenção da abstinência (KESSLER; PECHANESKY, 2008).

Diante à forte influência exercida pelos familiares no início precoce de consumo de drogas, bem como na dificuldade de tratamento, torna-se importante o reconhecimento da estrutura e das relações entre membros da família, bem como a identificação daqueles que utilizam drogas. Isso pode ser visto na Figura 1, a qual dispõe dos genogramas de cada caso aqui analisado.

Nos genogramas apresentados na Figura 1, percebe-se que o álcool e o tabaco são as drogas mais comuns utilizadas por familiares dos jovens usuários de *crack* E1, E2 e E4. Estudo com 23 pais de estudantes de 5ª a 8ª séries de escola pública de Curitiba-PR, revelou que, o álcool e o tabaco foram as drogas mais mencionadas; apesar do consumo ser considerado por eles como inofensivo ou até mesmo como uma forma de lazer (BRUSAMARELLO, et al., 2008).

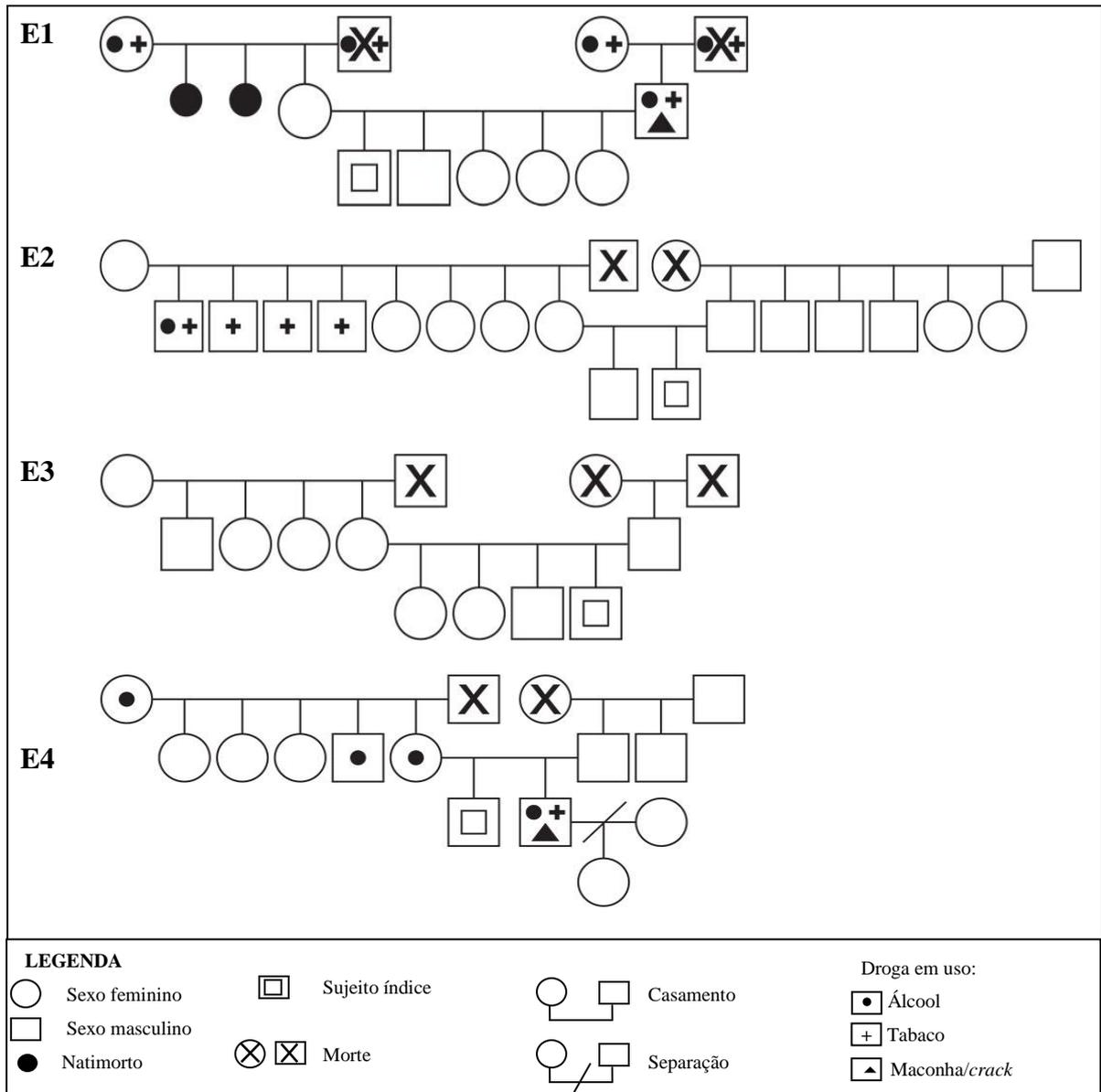


Figura 1 – Genogramas dos jovens usuários de *crack* em tratamento na CT. Maringá-PR, 2011.

Ainda, na Figura 1, vê-se que apenas o pai de E1 e o irmão de E4 consumiam maconha e *crack*; e, não há nenhum parente de E3 que utilizava qualquer uma destas drogas. Esse resultado difere de pesquisa com pessoas próximas a usuários de drogas na cidade de Ribeirão Preto-SP, em que se obteve que a droga mais utilizada pelos familiares ou pessoas próximas foi a maconha (89%), seguida do *crack*/cocaína (61%), alucinógenos (24%), cola e outros inalantes (22%) e heroína/ópio (2%) (VENTURA, et al., 2009).

Resultados parciais quantitativos da cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil, de estudo multicêntrico sobre o uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas, apontou que, dentre 99 entrevistados, os familiares usuários de drogas

eram principalmente homens (78,2%) e a droga mais usada era a maconha (77,8%) (VARGENS, et al., 2009).

A prevenção e proteção pela família são identificadas como fortes influências na redução do número de viciados em drogas (MENDONÇA, 2010). Entre não-usuários, a disponibilidade de informações e a estrutura familiar protetora foram observadas como razões do afastamento dos jovens das drogas; isso porque a informação completa sobre as consequências do uso de drogas e os laços afetivos entre pais e filhos, garantidos por sentimentos como a cumplicidade e respeito parecem ser importantes para a negação da droga (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005; BRUSAMARELLO, 2010).

Apesar de a composição familiar, observada na Figura 1, denotar um ambiente relativamente inocente, em que o uso de drogas não foi um achado comum, torna-se importante compreender a dinâmica e reconhecer a força dos vínculos estabelecidos entre aqueles que consomem quaisquer drogas com cada entrevistado. Esta perspectiva se ancora no fato de conhecer as famílias e empreender trabalhos que empoderem este grupo para proteção e segurança de seus integrantes no sentido de diminuir a vulnerabilidade naquelas famílias que apresentam tendências ao uso de drogas lícitas e ilícitas.

## CONCLUSÃO

Os jovens usuários de *crack* são homens; solteiros; sem filhos; a maioria possui alguma religião; não completou o Ensino Médio; e, encontra-se desempregado. Em geral, o consumo de drogas se iniciou em idade precoce; com álcool/tabaco e maconha, até findar em cocaína e *crack*. Esse último, pela maior facilidade de aquisição.

Estratégias de prevenção, portanto, devem se iniciar em idade escolar, pois os usuários têm acesso às drogas em idade muito precoce. Nesse contexto, torna-se fundamental, atenção especial pelos profissionais de saúde da atenção básica, utilizando da Estratégia Saúde da Família, a atuação junto às escolas para sensibilização e estabelecimento de ações educativas para prevenção do consumo de drogas por crianças e adolescentes.

O enfermeiro, enquanto integrante da equipe multidisciplinar e responsável por grande parte das ações da Equipe de Saúde da Família, deve reconhecer a população de área de abrangência e atuar de forma mais intensa no cuidado às famílias em que há usuários de drogas, em especial o *crack*.

Familiares e amigos foram os que influenciaram o início de uso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas e, no genograma, observou-se que eram poucos os membros da família

que consumiam *crack*. As drogas mais utilizadas entre os familiares dos entrevistados foram o álcool e o tabaco. É preciso investigar acerca da dinâmica familiar e o vínculo afetivo entre os usuários de *crack* e aqueles que utilizam drogas e os que não utilizam, para maior compreensão acerca de influências negativas e positivas, respectivamente, para o consumo de drogas.

Essa aproximação do componente familiar destes jovens por meio da representação gráfica do genograma permitiu facilitar a compreensão da trama relacional no qual esses jovens estão inseridos, e a partir daí subsidiar a atuação dos profissionais de saúde nos pontos críticos identificados. Apesar de aparentemente complexa, essa técnica é simples e com grande aplicabilidade prática para o planejamento de ações de enfrentamento do uso de drogas, principalmente na rotina dos profissionais de saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família, que possuem estreitos laços de contato com essa população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de novembro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 nov. 1996. Seção 1, p. 50-53.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)> Acesso em: 12 nov. 2011.

BRUSAMARELLO, T. et al. Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p.766-773, 2010.

DUAILIB, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and *crack* users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 4, p. 545-557, 2008.

GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de *crack* e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 101-108, 2008.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. H. P. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, n.2, p. 96-98, 2008.

MENDONÇA, L. O. M. "*Crack*", o refúgio dos desesperados, à luz do programa nacional de combate as drogas. **Revista da SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 29, p. 289-308, 2010.

NUGENT, R. Quiénes son los jóvenes. In: ASHFORD, L.; CLIFTON, D.; KANEDA, T. **La juventud mundial**. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, 2006. p. 12.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de *crack* na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008a.

\_\_\_\_\_. *Crack* na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008b.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro v. 59, n. 3, p. 210-218, 2010.

ROCHA, C. ***Crack, a pedra da morte***: desafios da adicção e violência instantâneas. Brasília, DF: Câmara dos 3 Poderes, 2010. Disponível em: <[http://www2.camara.gov.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/tema21/2010\\_8122.pdf](http://www2.camara.gov.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/tema21/2010_8122.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2010.

RODRIGUES, V. S.; CAMINHA, R. M.; HORTA, R. L. Déficits cognitivos em pacientes usuários de *crack*. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 67-72, 2006.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 599-605, 2005.

VARGENS, O. M. C. et al. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp., p. 776-782, 2009.

VENTURA, C. A. A. et al. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp., p. 810-816, 2009.

WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicologia: Reflexão Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do pressuposto que as famílias possuem papel importante na iniciação e continuidade ao uso de drogas, o presente estudo, que teve como objetivo analisar a influência do ambiente familiar para o uso de *crack*, produziu informações sobre 20 usuários de *crack* e 15 familiares e teve a participação de técnicos da Comunidade Terapêutica, como facilitadores do acesso aos documentos da CT e aos sujeitos do estudo. Considerando a dificuldade de acesso a usuários de drogas, foi possível na CT maior proximidade e vínculo com os usuários, que no momento da aproximação estavam abstinente de *crack*, obtendo informações mais fidedignas.

O perfil socioeconômico dos usuários investigados foi compatível ao que tem sido descrito na literatura, apesar da carência de estudos com usuários de *crack* institucionalizados em CT no Brasil: jovens, em fase economicamente ativa e reprodutiva, porém sem vínculo empregatício e com baixo poder aquisitivo; e nível de escolaridade incompatível para idade, conformando o ciclo vicioso da repetência e da evasão escolar.

O uso múltiplo de drogas, em oposição ao uso exclusivo de *crack*, foi evidenciado entre os usuários. A idade de início do uso de drogas lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas (maconha, cocaína e *crack*) foi predominante na juventude, entretanto, o uso precoce das drogas lícitas ainda na infância, e o início do uso das drogas ilícitas na fase adulta do ciclo vital.

A trajetória do uso de drogas confirmou uma escalada no uso de substâncias psicoativas, iniciando com o tabaco e/ou álcool e finalizando com o uso de *crack*. O registro do uso de solventes e cola de “sapateiro” pelos usuários, embora não fossem excluídos socialmente, alerta para a necessidade de um controle mais rígido e restrição do acesso facilitado a estes produtos tóxicos.

Por outro lado, os 15 informantes familiares foram em sua maioria mães, com idade entre 19 a 62 anos, casados e com filhos, com baixa escolaridade, católicos e empregados. No que se refere às características das famílias estudadas, a maioria pertencia à classe econômica C ou B, possuía alguma religião, utilizava o SUS como sistema de assistência à saúde, e apontou o almoço familiar como a atividade recreacional mais realizada pelos constituintes familiares.

O 15 genogramas analisados incluíram 378 familiares, com uma média de 25,2 familiares. As configurações familiares apontaram nove famílias nucleares, quatro monoparentais, e duas comunitárias.

Quanto ao relacionamento familiar identificado por meio da elaboração dos genogramas, observou-se que todas as famílias apresentaram relacionamento harmonioso com pelo menos um membro familiar, 11 apresentaram relacionamento distante com tios e avós maternos e/ou paternos, e sete algum relacionamento conflituoso, principalmente com nora, irmãos, filho, neto, esposo e ex-esposo. Também, 14 famílias apresentavam antecedentes do uso de drogas de abuso, sendo que oito tinham história de uso de drogas ilícitas, principalmente maconha, cocaína e *crack*, e 91 pessoas foram identificadas como consumidores de álcool e/ou tabaco.

As famílias estudadas apresentaram vários elementos considerados desfavoráveis no ambiente familiar que atuaram como elemento facilitador ao uso de drogas de abuso, e conseqüentemente ao uso de *crack*. Por meio das entrevistas semiestruturadas, observou-se de maneira a deficiência de suporte parental com presença de regras familiares muito rígidas ou permissivas, a cultura implícita do uso de drogas, a existência de conflitos e violências no ambiente familiar, a desinformação sobre a temática das drogas e o desconhecimento das famílias sobre o uso de drogas pelos usuários.

O estudo por meio do genograma possibilitou avaliar os padrões multigeracionais de comportamentos associados ao uso de drogas e estabelecer o papel do ambiente familiar para o uso de drogas. No entanto, a especificidade do local em estudo acaba por não permitir generalização dos achados à população global ou inferências a outras populações. Sugere-se a realização de estudos de base populacional que possam avaliar em profundidade as conseqüências do uso do *crack* nas relações familiares, com vistas à elaboração de medidas de apoio voltadas à família.

Os achados indicam a necessidade da elaboração de políticas públicas específicas de prevenção ao uso de drogas no ambiente familiar, que considere a diversidade de configurações expressadas nas famílias. Nesse sentido, é urgente medidas de atenção à saúde com enfoque na relação dos usuários de *crack* com as suas famílias, a fim de se entender as relações no ambiente familiar e sua influência para o uso de drogas, e reconhecimento e abordagem precoce aos usuários.

Há a necessidade de uma reflexão profunda sobre as políticas de prevenção ao uso de tabaco e de álcool, com a elaboração de programas preventivos mais eficientes, com enfoque na escola e no ambiente familiar. A fragilidade do acolhimento na rede de atenção básica e da captura precoce de usuários, a fim de evitar a trajetória progressiva do uso de drogas, e a ausência de profissionais especializados na área, para atenção direta ou matricial, são entraves para a prevenção e o tratamento dos usuários de drogas, e do *crack* em particular.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 117-121, 2008.

ALAVARSE, G. M. A.; CARVALHO, M. D. B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. **Escola Anna Nery : Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 408-416, 2006.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALVARENGA, S. H.; LUIS, M. A. V. A participação da família no processo de tratamento do alcoolista. In: LUIS, M. A. V.; PILLON, S. C. (Org.). **Assistência a usuários de álcool e drogas no Estado de São Paulo**. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004. p. 145-159.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=197>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

ATHAYDE, E. S.; GIL, C. R. R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 6, n. 2, p. 13-22, 2005.

BAHR, S. J.; HOFFMANN, J. P.; YANG, X. Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. **The Journal of Primary Prevention**, New York, v. 26, no. 6, p. 529-551, 2005.

BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-494, 2007.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.

BERTALANFLY, L. V. **Teoria geral dos sistemas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

BRASIL. Casa civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>. Acesso em: 19 set. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de novembro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 nov. 1996. Seção 1, p. 50-53.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 101, de 30 de maio de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 maio 2001. Seção 1, p. 23-25.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)> Acesso em: 12 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política nacional de assistência social**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.sedest.df.gov.br/sites/300/382/00000877.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional Antidrogas. Tratamento, recuperação e reinserção social. In: \_\_\_\_\_. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil**. Brasília, DF, 2007. p. 85-146. Disponível em: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados\\_Estatisticos/Instituicoes/327691.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Instituicoes/327691.pdf)>. Acesso em: 13 jul. 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. 2010a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 29 set. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagemisus.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 29, de 30 de junho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 jul. 2011a. Seção 1, p. 62-63.

\_\_\_\_\_. Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. **Apresenta as comunidades terapêuticas filiadas**. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/filiadas.htm>>. Acesso em: 13 jul. 2011b.

\_\_\_\_\_. Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil. **Apresenta o mapa das comunidades terapêuticas filiadas**. Disponível em: <<http://www.feteb.org.br/filiadas.html>>. Acesso em: 13 jul. 2011c.

\_\_\_\_\_. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Tabela de projetos de leitos de comunidades terapêuticas aprovados**. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislação/Editais/328364.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2011d.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Notas de Campo. In: BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto, PT: Porto Editora, 1994. p. 150-175.

BONO, J. P. Criminalistics: Introduction to controlled substance. In: KARCH, S. B. **Drugs abuse handbook**. 2. ed. New York: Taylor & Francis Group. 2006. p. 1-75.

BORINI, P.; GUIMARÃES, R. C.; BORINI, S. B. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 3, p. 171-179, 2003.

BRUSAMARELLO, T. et al. Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, 2008. Disponível em:  
<[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p.766-773, 2010.

BUCHER, R. **Prevenindo contra drogas e DST/Aids: populações em situação de risco**. Brasília, DF: CDIC, 1995.

BUSTER, M. C. et al. Transitions in drug use in a new generation of problem drug users in Amsterdam: a 6-year follow-up study. **European Addiction Research**, Basel, v. 15, no. 4, p. 179-187, 2009.

CALDEIRAS, Z. F. **Drogas, indivíduo e família: um estudo de relações singulares**. 1999. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

CARLINI, E. A. **VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública e privada nas capitais brasileiras**.

Disponível em:

<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Apresentacoes/328356.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

CARLINI, E. A et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: Cebrid, 2006.

CARVALHO, V. **Número de presos com drogas cresce 200% em dois anos; crack é o maior problema**. Disponível em:

<[http://www.uniad.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1559:numero-de-presos-com-drogas-cresce-200-em-dois-anos-crack-e-o-maior-problema&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94](http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1559:numero-de-presos-com-drogas-cresce-200-em-dois-anos-crack-e-o-maior-problema&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94)>. Acesso em: 7 nov. 2010.

CERVENY, C. M. O. **A família como modelo: desconstruindo a patologia**. 1. ed. São Paulo: Psy II, 1994.

CHAVES, T. V. **A vivência da fissura por crack**: rebaixamento de valores e estratégias utilizadas para o controle. 1. ed. São Paulo: Unifesp, 2009.

CHAVES, A. M. et al. Significados de proteção a meninas pobres da Bahia do século XIX. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 85-95, 2003.

CONFEDERAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS. **Pesquisa sobre a situação do crack nos municípios brasileiros**. Disponível em: <[http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010\\_Mapeamento\\_do\\_Crack\\_nos\\_municipios\\_brasil\\_geral.pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010_Mapeamento_do_Crack_nos_municipios_brasil_geral.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2010.

DALGALARRONDO, P. et al. Jovens pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e drogas e saúde mental. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 182-190, 2005.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

DESSEN, M. A.; POLÔNIA, A. C. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007.

DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 938-948, 2011.

DIAS, A. C. et al. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. **Journal Substance Abuse Treatment**, Lebanon, v. 41, no. 3, p. 273-278, 2011.

DICKEY, B.; WARE, N. C. Therapeutic communities and mental health system reform. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Boston, v. 32, no. 2, p. 105-109, 2008.

DUAILIB, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 4, p. 545-557, 2008.

DUNN, J. et al. Crack cocaine: an increase in the use among patient attending clinics in São Paulo 1990-1993. **Substance Use & Misuse**, London, v. 31, no. 4, p. 519-527, 1996.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004.

FALCK, R. S.; WANG, J.; CARLSON, R. G. Crack cocaine trajectories among users in a midwestern american city. **Addiction**, Oxford, v. 102, no. 9, p. 1421-1431, 2007.

FERGUSON, D. M.; BODEN, J. M.; HORWOOD, L. J. The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. **Drug and Alcohol Dependence**, Baltimore, v. 96, no. 1, p. 65-177, 2008.

FLETCHER R. W.; FLETCHER S.E. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRACASSO, L.; RIBEIRO, M. Comunidade terapêutica. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Leitura Médica, 2010. p. 323-335.

GALDURÓZ, J. C. et al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Cebrid, 2005.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 20, p. 357-363, 2005.

GOUZOULIS-MAYFRANK, E.; DAUMANN, J. The confounding problem of polydrug use in recreational ecstasy/MDMA users: a brief overview. **Journal Psychopharmacology**, London, v. 20, no. 2, p. 188-93, 2006.

GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 101-108, 2008.

HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 268-272, 2006.

IGLESIAS, V. et al. Consumo precoce de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 517-522, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2009, segundo municípios**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP\\_2009\\_TCU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP_2009_TCU.pdf)>. Acesso em: 26 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. **Fecundidade, natalidade e mortalidade**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html#anc3>>. Acesso em: 21 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. IBGE divulga estudo especial da PME sobre cor ou raça. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=737](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=737)>. Acesso em: 21 nov. 2011.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. H. P. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, n.2, p. 96-98, 2008.

MARCILIO, C. **Dicionário de pesquisa clínica**. 1. ed. Salvador: Artes Gráficas, 1995.

LABIGALINI, J. E.; RODRIGUES, L. R.; SILVEIRA, D. X. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in brazil. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 31, no. 4, p. 519-527, 1996.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.

MARINGÁ. Câmara municipal de Maringá. **Comissão de Estudos sugere criação de Programa Intermunicipal de Combate às Drogas**. Disponível em: <[http://www.cmm.pr.gov.br/index.php?acao=mostra\\_noticia&codigo=701&pagina=12](http://www.cmm.pr.gov.br/index.php?acao=mostra_noticia&codigo=701&pagina=12)>. Acesso em: 12 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Maringá. Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania. **Relatório interno do COMAD**. 2001. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=dd06686aa3r3dd>>. Acesso em: 2 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Maringá. Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania. **Relatório circunstanciado mensal sobre ações de prevenção e tratamento do uso de drogas na cidade de Maringá em 2009**. 2009. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/927b174b2d26.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Maringá. Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania. **Relação das entidades para a central de vagas**. Disponível em: <[http://venus.maringa.pr.gov.br/intranet/antidrogas/mostra\\_vagas\\_e.php](http://venus.maringa.pr.gov.br/intranet/antidrogas/mostra_vagas_e.php)>. Acesso em: 12 nov. 2011.

MATOS, M. T. S.; PINTO, F. J. M.; JORGE, M. S. B. Grupo de orientação familiar em dependência química: uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 1, p. 58-71, 2008.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, R.; SHELLENBERGER, S. **Genograms assessment and intervention**. 2. ed. New York: W.W.Norton & Company, 2008.

MENDONÇA, L. O. M. "*Crack*", o refúgio dos desesperados, à luz do programa nacional de combate as drogas. **Revista da SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 29, p. 289-308, 2010.

MIDANIK, L. T.; TAM, T. W.; WEISNER, C. Concurrent and simultaneous drug and alcohol use: results of the 2000 National Alcohol Survey. **Drug Alcohol Dependence**, Baltimore, v. 90, no. 1, p. 72-80, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORENO, R. S.; VENTURA, R. N.; BRETAS, J. R. S. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 354-360, 2009.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z.; OLIVEIRA, L. G. Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. **Substance Use & Misuse**, London, v. 46, no. 4, p. 476-485, 2011.

NUGENT, R. Quiénes son los jóvenes. In: ASHFORD, L.; CLIFTON, D.; KANEDA, T. **La juventud mundial**. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, 2006. p. 12.

OGA, S.; CARVALHO, M. M. A.; BATISTUZZO, J. A. O. **Fundamentos de toxicologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu. 2008.

OLIVEIRA, E. B.; BITTENCOURT, L. P.; CARMO, A. C. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. **Saúde Mental, Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 1-16, 2008.

OLIVEIRA, E. B.; KESTENBERG, C. C.; SILVA, A. V. Saúde mental e o ensino sobre drogas na graduação em enfermagem: as metodologias participativas. **Escola Anna Nery : Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 722-727, 2007.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, A. S. **Avaliação da cultura do uso de crack após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo**. 2007. 330 f. Tese (Doutorado em Psicobiologia) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2007.

\_\_\_\_\_. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008a.

\_\_\_\_\_. *Crack* na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008b.

OLIVEIRA, M. L. F.; ARNAUTS, I. Intoxicação alcoólica em crianças e adolescentes: dados de um centro de assistência toxicológica. **Escola Anna Nery : Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 83-89, 2011.

OLIVEIRA, M. L. S.; BASTOS, A. C. S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 97-107, 2000.

OLIVEIRA, R. R. et al. Mulheres usuárias de crack: série de casos de gestantes atendidas em um hospital universitário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: ABEN, 2009. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/02256.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02256.pdf)>. Acesso em: 26 jul. 2010.

OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. (Org.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 177-183, 2005.

PECHANSKY, F et al. Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 39-42, 2007.

PECHANSKY, F. et al. HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 82, supl. 1, p. 109-113, 2006.

RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2613-2622, 2011.

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 361-368, 2008.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro v. 59, n. 3, p. 210-8, 2010.

\_\_\_\_\_. Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. **BMC Public Health**. London, v. 10, no. 671, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-671.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

ROCHA, C. **Crack, a pedra da morte**: desafios da adicção e violência instantâneas. Brasília, DF: Câmara dos 3 Poderes, 2010. Disponível em: <[http://www2.camara.gov.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/tema21/2010\\_8122.pdf](http://www2.camara.gov.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/tema21/2010_8122.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2010.

RODRIGUES, V. S.; CAMINHA, R. M.; HORTA, R. L. Déficits cognitivos em pacientes usuários de *crack*. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 67-72, 2006.

ROEHRS, H.; LENARDT, M. H.; MAFTUM, M. A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Escola Anna Nery : Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 353- 357, 2008.

ROMANO, M.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. **Abuso e dependência da cocaína**. 2002. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Projeto diretrizes. Disponível em <[http://www.projtodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/005.pdf](http://www.projtodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/005.pdf)> Acesso em: 26 jul. 2010.

RUDOLPH, A. E. et al. The association between parental risk behaviors during childhood and giving high risk networks in adulthood. **Drug Alcohol Dependence**, Limerick, v. 118, n. 2, p. 437-443, 2011.

SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, A. S. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 73-81, 2007a.

\_\_\_\_\_. From the first drug to crack: the sequence of drugs taken in a group of users in the city of são paulo. **Substance Use & Misuse**, London, v. 42, no. 1, p. 177-188, 2007b.

\_\_\_\_\_. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 599-605, 2005.

SANCHEZ, Z. V. M. et al. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 699-708, 2010.

SANTOS, J. B.; SANTOS, M. S. C. Família monoparental brasileira. **Revista Jurídica**, Brasília, DF, v. 10, n. 92, p. 1-30, 2009.

SANTOS, R.; GOECKING, C. C.; GOULART, Y. N. Uso de tabaco entre adolescentes: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 350-364, 2010.

SCHENKER, M. O desafio da drogadicção na sociedade contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 618-18, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

\_\_\_\_\_. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

\_\_\_\_\_. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2011.

SHAURICH, D. Compreensões de acadêmicos de enfermagem sobre família. **Escola Anna Nery : Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 415-420, 2009.

SMITH, J. A.; EATOUGH, V. Interpretative phenomenological analysis. In: HAMMOND, S.; FIFE-SHAW, C.; SMITH, J. A. **Research methods in psychology**. 1. ed. London: SAGE Publication, 2006. p. 322-341.

SOUZA, M. D. et al. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 124-132, 2009.

STORY, A.; BOTHAMLEY, G.; HAYWARD, A. Crack cocaine and infectious tuberculosis. **Emerging Infectious Diseases journal**, Atlanta, v. 14, no. 9, p. 1466-1469, 2008.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TONDOWSKI, C. S. **Padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: um estudo com genograma**. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

VARGENS, O. M. C. et al. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp., p. 776-782, 2009.

VELHO, G. **Nobres e anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2008.

VENTURA, C. A. A.; BRANDS, B.; ADLAF, E. et al. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp., p. 810-816, 2009.

VIEIRA, D. L.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Evidence of association between early alcohol use and risk of later problems. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 222-227, 2007.

VOLLING, B. L.; ELINS, J. Family relationships and children's emotional adjustment as correlates of maternal and paternal differential treatment: A replication with toddler and preschool siblings. **Child Development**, Malden, v. 69, no. 6, p. 1640-1656, 1998.

WHALEY, L. F.; WONG, D. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicologia: Reflexão Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008.

ZILBERMAN, M. L. **Características clínicas da dependência de drogas em mulheres**. 1998. 169 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### ROTEIRO USUÁRIO

#### I PARTE

Entrevistado nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2011

#### 1. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

**1.1 Sexo:** ( ) M ( ) F **1.2 Idade:** \_\_\_\_ **1.3 Cor de pele:** ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Outra \_\_\_\_

**1.4 Estado civil:** ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Separado/ divorciado ( ) Relação estável

**1.5 Filhos:** ( ) Não ( ) Sim, quantos? \_\_\_\_\_

**1.6 Escolaridade (anos estudados):** \_\_\_\_\_

**1.7 Cidade de residência:** \_\_\_\_\_

**1.8 Zona de residência:** ( ) Urbana ( ) Rural ( ) Periferia ( ) Em situação de rua.

**1.9 Profissão:** \_\_\_\_\_ **1.10** ( ) Empregado ( ) Desempregado

**1.11 Religião:** \_\_\_\_\_

#### 2. DADOS SOBRE A INTERNAÇÃO

**2.1 Como ocorreu a internação:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2.2 Tempo de internação e fase do tratamento:** \_\_\_\_\_

**2.3 Já procurou algum tipo de ajuda? (serviços de saúde, N.A., A.A)** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2.4 Como está sendo ficar aqui no Marev (ponto positivos e negativos):** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2.5 Faz algum tratamento de saúde?** ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

### 3. DADOS SOBRE O PADRÃO DO USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS

**3.1 Faz uso de tabaco?** ( ) Não – perguntar se já experimentou ( ) Sim – com que idade iniciou? Qual o motivo? Qual a quantidade e frequência de uso? \_\_\_\_\_

**3.2 Você bebe (bebida alcoólica)?** ( ) Não – perguntar se já experimentou ( ) Sim – com que idade iniciou? Qual o motivo? Qual a quantidade e frequência de uso? \_\_\_\_\_

**3.3 Faz uso de maconha?** ( ) Não – perguntar se já experimentou ( ) Sim – com que idade iniciou? Qual o motivo? Qual a quantidade e frequência de uso? \_\_\_\_\_

**3.3 Faz uso de cocaína?** ( ) Não – perguntar se já experimentou ( ) Sim – com que idade iniciou? Qual o motivo? Qual a quantidade e frequência de uso? \_\_\_\_\_

**3.4 Trajetória do uso de drogas** (enumerar seqüência):

( ) álcool ( ) tabaco ( ) maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) cola ( ) outra \_\_\_\_\_

**3.5 Com que idade começou a usar o crack?** \_\_\_\_\_

**3.6 Porque começou a usar o crack?** \_\_\_\_\_

**3.7 Qual a quantidade e frequência de uso?** \_\_\_\_\_

**3.8 Qual o meio de uso do crack?** (Latas de alumínio, cachimbo de metal etc...) \_\_\_\_\_

**3.9 Como é feito o uso do crack?** (Isolado, em grupos etc...) \_\_\_\_\_

**3.10 Quais os efeitos agradáveis e desagradáveis decorrentes do uso de crack?** \_\_\_\_\_

**3.11 Faz uso associado com outras drogas?** (quais? Por quê?) \_\_\_\_\_

**3.12 Já fez alguma coisa que não queria para adquirir o crack?** \_\_\_\_\_

**3.13 Tentou alguma vez interromper o uso?** (Como foi? recebeu apoio de alguém? quanto tempo ficou sem usar? porque voltou?) \_\_\_\_\_

## II PARTE

### **4. ELABORAÇÃO DO GENOGRAMA**

#### **Instruções para confecção do genograma**

- Uma das partes da minha pesquisa é a construção do genograma familiar, onde desenhei todas as pessoas que fazem parte da família, as relações entre elas e os acontecimentos importantes. Gostaria que você me ajudasse a desenhar o mapa de sua família, incluindo as famílias de origem do seu pai e da sua mãe: seus avós, seus pais, seus tios, irmãos, primos e, inclusive, aquelas pessoas que não são parentes, mas que estão muito próximas e são muito íntimas de vocês. Posso começar agora?
- Para começar a fazer o desenho de sua família, conte-me quem são as pessoas que fazem parte dela, as idades, as ocupações, as coisas boas e ruins que marcaram as famílias (incluindo as famílias de origem dos seus pais)... Preciso marcar no desenho as pessoas que já faleceram ou que apresentam alguma condição especial... Você pode começar por onde quiser... Os homens foram representados por quadrados e as mulheres por círculos...

**ROTEIRO FAMÍLIA**

Entrevistado nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2011

**I PARTE*****1. DADOS DO RESPONDENTE***

1.1 Sexo: ( ) M ( ) F 1.2 Idade: \_\_\_\_\_ 1.3 Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Separado/ divorciado

( ) Relação estável 1.4 Grau de parentesco com o usuário: : ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Outro \_\_\_\_\_

1.5 Filhos: ( ) Não ( ) Sim, quantos? \_\_\_\_\_

1.6 Escolaridade (anos estudados): \_\_\_\_\_

1.7 Cidade de residência: \_\_\_\_\_ 1.8 Zona de residência: ( ) Urbana ( ) Rural ( ) Periferia

1.9 Profissão: \_\_\_\_\_ 1.10 Situação ocupacional: \_\_\_\_\_

1.11 Renda (em salários mínimos): \_\_\_\_\_ 1.12 Religião: \_\_\_\_\_

***2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA FAMÍLIA***

2.1 Qual é a renda familiar? (em salários mínimos) \_\_\_\_\_ Salário mínimo vigente durante a realização das entrevistas R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ reais

2.2 Que tipo de assistência à saúde a família utiliza? ( ) SUS ( ) Unimed ( ) PAM ( ) Prever ( ) outros \_\_\_\_\_ ( ) nenhum

2.3 A família tem religião definida? Qual? \_\_\_\_\_

2.4 Que tipo de lazer a família costuma realizar? ( ) almoço familiar ( ) festas/bailes ( ) confraternizações com vizinhos ( ) Shopping ( ) outros \_\_\_\_\_

**II PARTE*****3. DADOS SOBRE AS RELAÇÕES FAMILIARES E O CONSUMO DE DROGAS PELA FAMÍLIA.*****3.1 RELAÇÕES FAMILIARES**

3.1.1 Como era a relação do Sr. \_\_\_\_\_ com a família (pais, irmãos, tios etc...) na infância e adolescência?

3.1.2 Como é a relação atual do Sr. \_\_\_\_\_ com família?

### **3.2 CONSUMO DE DROGAS PELA FAMÍLIA**

**3.2.1** Algum membro da família fuma? (tabaco)

**3.2.2** Algum membro da família bebe? (bebida alcoólica)

**3.2.3** Algum membro da família faz uso de drogas? (ilícitas)

**3.2.4** Algum membro da família possui transtorno mental e/ou faz uso de medicação “controlada”?

**3.2.5** Qual o comportamento da família diante do uso de drogas? (davam conselhos? reprimiam o uso?)

**3.2.6** Algum membro da família tem antecedentes criminais?

### **3.3 AMBIENTE FAMILIAR**

**3.3.1** Como era o ambiente familiar? (harmonioso? conflituoso? havia brigas?)

**3.3.2** As tarefas domiciliares eram compartilhadas entre os membros da família?

**3.3.3** A família compartilha entre os membros decisões a serem tomadas em momentos de tristeza e alegria?

## **4. ELABORAÇÃO DO GENOGRAMA JUNTO AO FAMILIAR**

### **Instruções para confecção do Genograma**

- Uma das partes da minha pesquisa é a construção do genograma familiar, onde desenhei todas as pessoas que fazem parte da família, as relações entre elas e os acontecimentos importantes. Gostaria que você me ajudasse a desenhar o mapa de sua família, incluindo as famílias de origem do seu pai e da sua mãe: seus avós, seus pais, seus tios, irmãos, primos e, inclusive, aquelas pessoas que não são parentes, mas que estão muito próximas e são muito íntimas de vocês. Posso começar agora?
- Para começar a fazer o desenho de sua família, conte-me quem são as pessoas que fazem parte dela, as idades, as ocupações, as coisas boas e ruins que marcaram as famílias (incluindo as famílias de origem dos seus pais)... Preciso marcar no desenho as pessoas que já faleceram ou que apresentam alguma condição especial... Você pode começar por onde quiser... Os homens foram representados por quadrados e as mulheres por círculos...

## APÊNDICE B

### DIÁRIO DE CAMPO\*

Entrevistado n° \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2011

Horário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

#### **1. CONTEÚDO DESCRITIVO**

***Retratos dos sujeitos***

Aparência física, estilo de falar e de agir, particularidades dos indivíduos.

***Reconstruções do diálogo***

Anotações das palavras dos sujeitos, seus gestos, pronúncias e expressões faciais.

***Sobre a análise***

Especulação sobre o que está emergindo, conexão entre pedaços de dados, pensamentos que ocorrem e reflexões.

***Observações***

\*Nota: Adaptado de Bogdan e Biklen (1994).

## APÊNDICE C



**Universidade Estadual de Maringá**  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Sou enfermeiro, aluno do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), e sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Magda Lúcia Félix de Oliveira, Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UEM, gostaria de convidar-lhe a participar da pesquisa intitulada **RECURSOS E ADVERSIDADES NO AMBIENTE FAMILAR DE INDIVÍDUOS USUÁRIOS DE CRACK**. Acredito que a realização deste estudo poderá desencadear uma reflexão sobre a família e o uso de *crack*.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista apoiada em um roteiro com questões abertas e fechadas, que será gravada mediante a sua autorização. Sua participação é totalmente voluntária e você tem a liberdade de deixar de responder qualquer uma das questões apresentadas, ou mesmo deixar de participar da pesquisa a qualquer momento que julgar necessário. Se você concordar em participar do estudo, eu comprometo a:

- respeitar sua liberdade de retirar o consentimento de participação a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa;
- esclarecer dúvidas em qualquer momento que você julgar necessário;
- utilizar as informações coletadas somente para os fins desta pesquisa;
- garantir sigilo e privacidade das informações fornecidas, preservando a sua identificação nominal.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e entendido as informações e esclarecido as minhas dúvidas referentes a este estudo, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** em participar do mesmo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão datiloscópica

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que forneci todas as informações referentes a este estudo a pessoa pesquisada.

#### Coordenadora:

- **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Magda Lúcia Félix de Oliveira** (Orientadora). Departamento de Enfermagem da UEM (DEN/UEM), Bloco 01, sala 13. Fone: (44) 9972-3404 E-mail: [micoleao@wnet.com](mailto:micoleao@wnet.com)
- **Copep/UEM** - Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444, E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

**ANEXOS**





## RELATÓRIO DE INTERNOS

PARTE I				PARTE II		
	Nome	CONTATO/ FONE 1	CONTATO/ FONE 2		Nome	Endereço do responsável
1	N. M. S.			1	N. M. S.	
2	F. P. C.			2	F. P. C.	
3	J. C. A.			3	J. C. A.	
4	I. J. S.			4	I. J. S.	
5	A. D.			5	A. D.	
6	E. F. C.			6	E. F. C.	
7	L. F. C.			7	L. F. C.	
8	M. D.			8	M. D.	
9	S. A. R.			9	S. A. R.	
10	J. P. M.			10	J. P. M.	
11	L. C. O.			11	L. C. O.	
12	R. H. S.			12	R. H. S.	
13	S. A. G.			13	S. A. G.	
14	A. S. F.			14	A. S. F.	
15	A. B.			15	A. B.	
16	A. L. B.			16	A. L. B.	
17	D. F. S.			17	D. F. S.	
18	J. R. B.			18	J. R. B.	
19	M. A. C.			19	M. A. C.	
20	P. H. G.			20	P. H. G.	
21	D. F.			21	D. F.	
22	E. J. S.			22	E. J. S.	
23	V. N. N.			23	V. N. N.	
24	J. O.			24	J. O.	

<b>25</b>	K. D. G.			<b>25</b>	K. D. G.	
<b>26</b>	R. Q. O.			<b>26</b>	R. Q. O.	
<b>27</b>	L. V. M.			<b>27</b>	L. V. M.	
<b>28</b>	A. S. R.			<b>28</b>	A. S. R.	
<b>29</b>	J. P			<b>29</b>	J. P	
<b>30</b>	M. R. S			<b>30</b>	M. R. S	
<b>31</b>	A. L. B.			<b>31</b>	A. L. B.	
<b>32</b>	D. F. S.			<b>32</b>	D. F. S.	
<b>33</b>	J. R. B.			<b>33</b>	J. R. B.	
<b>34</b>	M. A. C.			<b>34</b>	M. A. C.	

## ANEXO B



O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de classes econômicas.

**SISTEMA DE PONTOS****Posse de itens**

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

**Grau de Instrução do chefe de família**

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

**CORTES DO CRITÉRIO BRASIL**

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

## ANEXO C



*Associação Maringá Apoiando a Recuperação de Vidas - MAREV*

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Informamos a quem possa interessar que está autorizado a **MAYCON ROGÉRIO SELEGHIM** a realização da pesquisa intitulada *Recursos e Adversidades no Ambiente Familiar de Indivíduos Usuários de Crack*, sob orientação da Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Magda Lúcia Félix de Oliveira do Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, por meio de entrevistas com residentes do MAREV e seus familiares.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente

Maringá, 29 abril de 2011.

  
\_\_\_\_\_  
Gerente Geral MAREV



Universidade Estadual de Maringá  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
 Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

REGISTRO CAAE Nº 0033.0.093.000-11

PARECER Nº 301/2011

<b>Pesquisador(a) Responsável: Magda Lúcia Félix de Oliveira</b>	
<b>Centro/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem</b>	
<b>Título do projeto:</b> Recursos e adversidades no ambiente familiar de indivíduos usuários de crack.	
<b>Considerações:</b>  <p>Trata-se de Projeto que Objetiva, principalmente, analisar a influência do ambiente familiar para uso de crack em usuários habituais ou dependentes. Objetiva, ainda, estabelecer perfil socioeconômico e demográfico dos usuários de crack; descrever a estrutura familiar dos usuários de crack e levantar antecedentes familiares do uso de drogas de abuso na população em estudo. É uma pesquisa transversal, de natureza descritiva, com delineamento de uma série de casos. O estudo de série de casos consiste na descrição de um grupo de 10 ou mais indivíduos com uma doença ou problema em particular.</p> <p>O protocolo foi aprovado inicialmente conforme parecer 40/2011, datado de 26/02/2011.</p> <p>A presente solicitação de emenda ao protocolo se refere à alteração do local de estudo, motivada pela baixa demanda de atendimentos no local previamente fixado, comprometendo assim, a consolidação de amostra do estudo.</p> <p>Face a tal situação, a pesquisadora solicita a alteração do local que passa a ser a Associação Maringá Apoiando a Recuperação de Vidas (MAREV), cuja anuência é apresentada, assinada por sua gerente geral em 29 de abril de 2011.</p> <p>Considerando o exposto, e tendo em vista que a presente proposta não apresenta aspectos que caracterizem qualquer tipo de óbice ético, este comitê se manifesta por aprovar a emenda em tela.</p>	
<b>SITUAÇÃO: EMENDA APROVADA</b>	
<b>CONEP: ( X ) para registro ( ) para análise e parecer      Data: 10/06/2011</b>	
<b>Relatório Final para Comitê: ( ) Não ( X ) Sim      Data: 26-03-2012</b>	
A emenda ao protocolo foi apreciada e aprovada de acordo com a Resolução nº 196/96 e complementares do CNS/MS, na 218ª reunião do COPEP em 10/06/2011.	 Prof. Dra. Ieda Harumi Higarashi, <b>Presidente do COPEP.</b>