

MARIA DAS GRAÇAS ROJAS SOTO

**PAPEL DA DINÂMICA FAMILIAR NO CONSUMO DO CRACK: ASPECTOS
SOCIOCULTURAIS, DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS**

CAMPO GRANDE – MS

2015

MARIA DAS GRAÇAS ROJAS SOTO

**PAPEL DA DINÂMICA FAMILIAR NO CONSUMO DO CRACK: ASPECTOS
SOCIOCULTURAIS, DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Cássia Barbosa Reis

CAMPO GRANDE – MS

2015

AGRADECIMENTOS

A Deus e Maria, pai e mãe sem os quais não sou, e se não sou, não realizo.

À Luna Foschini, a quem tenho o privilégio de ter por filha, por sua alma serena, coração nobre e intelecto arguto. Obrigada pela sua inesgotável paciência, por me fazer rir sempre, ajudar a ver leveza em tudo, e pôr amor em cada ser humano.

A meus pais, pela herança de inestimável valor. Ele, puro anseio de conhecimento e superação. Ela, dona de sabedoria e otimismo inatos. Agradeço as sementes em mim plantadas em tenra idade, eternamente regadas em obstinado apoio e compreensão.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha, pela sabedoria em guiar no escuro sem usar de sua própria luz, postando-se ao meu lado e me estimulando a confiança para descobrir o caminho que eu quero trilhar. Obrigada pela doçura e generosidade infinitas.

À Profa. Dra. Cássia Barbosa Reis, pelo carinho, boa vontade e incentivo.

À equipe do CAPS AD de Ponta Porã: Nara, Nilmar, Carlinhos, Dina, Barata e aos colaboradores Beto e Paulinho, por me receberem com tanto carinho. Às famílias dos pacientes que participaram do estudo, pela generosidade em compartilhar comigo suas vidas.

Aos professores que tive durante o mestrado, pelos ensinamentos, e às secretarias Vera, Áurea e Néia, sempre dispostas a me apoiar e colaborar com o que se lhes fosse solicitado.

Aos professores: Dra. Renata Palópoli Pícoli, Dr. Kléber Meneghel Vargas e Dra. Débora Dupas do Nascimento, pela revisão crítica, contribuições à pesquisa e participação na banca.

Aos colegas mestrandos que tornaram esta jornada muito mais divertida e interessante.

Aos colegas da Fiocruz Mato Grosso do Sul, que sempre me incentivaram na realização do mestrado e colaboraram esclarecendo cada dúvida que se lhes fosse proposta.

À Verônica Rozisca, pela participação em todas as etapas do meu processo de aprendizagem e desenvolvimento da pesquisa. Obrigada pelas risadas e divagações.

À Estela Scandola, “Farfalla” a quem recorro para me ajudar a ter as dúvidas certas. Obrigada por nunca me responder, e sim, ajudar-me a perguntar.

RESUMO

Com o objetivo de compreender o papel da dinâmica familiar no consumo do crack, realizamos um estudo exploratório, de natureza qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 20 familiares de usuários de crack cadastrados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Ponta Porã/ MS, em amostragem por conveniência. Os dados foram analisados e tabulados seguindo o método do Discurso do Sujeito Coletivo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. A maioria dos dependentes químicos do estudo provém de famílias reconstituídas e, por sua vez, constroem núcleos de tipologia nuclear e estendida. As famílias trazem heranças de relacionamentos mal resolvidos e hábitos de consumo de substâncias psicoativas e agressões que ressurgem a cada novo arranjo familiar estabelecido. A despersonalização dos membros em favor do grupo, a indiferenciação da família que impossibilita a autonomia, a cultura do silêncio sobre os conflitos que leva à não resolução destes, a filosofia do terror para assegurar o seu lugar no grupo, o distanciamento das próprias necessidades afetivas que conduz ao adormecimento destas, a aridez de emoções positivas que vai desbotando a alma, o anseio de atenção que faz com que toda agressão seja aceita porque, afinal, lhes confere existência, os sonhos e planos que, se um dia existiram, morreram – são todos aspectos desenvolvidos no seio destas famílias que, diante de tantas carências e incoerências, veem no crack uma experiência que pode vir a trazer esse mesmo prazer ambíguo que bem conhecem. Todos os entrevistados relataram vivências de perdas por abandono, morte ou negligência, e violência física ou psicológica, na infância ou adolescência, anterior ao consumo do crack. União e reunião, estar perto e pertencer, foram palavras amplamente usadas nas entrevistas para descrever o que a família tem de bom ou o que ela deseja ter porque considera bom. As pessoas do grupo familiar convivem cotidianamente com sentimentos ambivalentes, agem provocando o contrário do que gostariam, estabelecem limites dúbios e indefinidos, têm na violência um modo de comunicação e na contradição, a fala do grupo. O aprendizado do modo ineficaz de realizar trocas afetivas reflete na forma de aproximação do crack, desmedida e inadequada. A dinâmica familiar disfuncional possui um papel fundamental no início e manutenção do uso da droga.

Palavras-chave: Crack. Drogas. Família.

ABSTRACT

The aim of this study was to comprehend the role of family dynamics in crack cocaine addiction. It was achieved a qualitative and explorative research, through semi-structured interviews, with 20 crack cocaine users family members who are registered at Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center (CAPS AD) from Ponta Porã city/ MS in a convenience sampling. Data were analyzed and processed in accordance to Collective Subject Discourse method (DSC), whose substantiation is the Social Representation Theory. Most of the users come from reconstituted families and build, themselves, a nuclear or extended family unit. The members despersonification in favor of the group, the lack of differentiation between family members that prevents autonomy, the conflicts silence culture that leads to not solving them, the philosophy of terror used to assure a place into the group, the distance of the own affective necessities that leads to numbness of them, the dryness of positive emotions that fades soul, the wish of attention which does aggression being accepted – all of them are aspects developed into these families that, facing so many lacks and inconsistencies, see into crack an experience which can bring the same ambiguous pleasure they know so well. All the interviewed reported experiencing loss – via abandonment, death or negligence - and physical or psychological violence, before the consumption of crack. Union and reunion, to be close and to belong, were words widely used in the interviews to describe what families have that is good or what they wish to have because they think it's good. The family members of crack addicts live with ambivalent feelings, they act in ways often diametrically opposed to how they wish to, they fix dubious and undefined limits, they have violence as a mode of communication, and contradiction as the group speech. The learning of an ineffective way to achieve affective changes reflects in the way to approach crack cocaine – excessive and inappropriate. Dysfunctional family dynamic has a fundamental role in initiation and maintenance of crack cocaine consumption.

Key words: Crack, cocaine. Drugs. Family.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	09
2.1 Uso de drogas – aspectos gerais.....	09
2.2 Epidemiologia do uso de crack no mundo e no Brasil.....	10
2.3 Importância das primeiras relações afetivas e construção de vínculos.....	12
2.4 Funcionamento familiar e desenvolvimento do uso de drogas: fatores de risco e de proteção.....	14
2.5 As instituições públicas de saúde e assistência social no atendimento aos dependentes químicos e suas famílias.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO PARA ANÁLISE DOS SIGNIFICADOS.....	17
3.1 Teoria das Representações Sociais.....	17
3.2 Discurso do Sujeito Coletivo.....	18
4 OBJETIVOS.....	19
4.1 Objetivo Geral.....	19
4.2 Objetivos Específicos.....	19
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	20
5.1 Tipo de Pesquisa.....	20
5.2 Local da Pesquisa.....	20
5.3 Sujeitos da Pesquisa.....	21
5.4 Coleta de Dados.....	21
5.5 Variáveis de Estudo.....	23
5.6 Organização e Análise dos dados.....	24
5.7 Aspectos Éticos.....	24
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
6.1 Caracterização dos entrevistados.....	25
6.2 Análise quali-quantitativa.....	34
6.3 Sistematização dos resultados.....	73
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
8 REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	88
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	90

APÊNDICE C – REPETIÇÃO DE PADRÕES.....	92
APÊNDICE D – CONTRADIÇÃO.....	95
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	97
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	98

1 INTRODUÇÃO

Drogas psicotrópicas são substâncias que atuam alterando as comunicações entre os neurônios e produzindo mudanças de comportamento, humor e cognição; estes efeitos variam de acordo com o neurotransmissor envolvido e o modo de atuação da droga, podendo resultar em euforia, sonolência, ansiedade, delírios, alucinações, dentre outras reações. As drogas são classificadas em: depressoras, estimulantes e perturbadoras (CARLINI *et al.*, 2001).

O crack é uma droga que estimula a atividade do Sistema Nervoso Central, aumentando o estado de vigília e da atividade motora e, quando consumida em doses mais elevadas, pode produzir sintomas perturbadores, como alucinações e delírios (CARLINI *et al.*, 2001). É uma pedra resultante da mistura de cocaína com bicarbonato de sódio que, quando queimada para inalar seu vapor, produz um estalo típico - de onde advém o nome (KESSLER; PECHANSKY, 2008).

O consumo de crack é um fenômeno que surgiu na década de 1980 nos Estados Unidos, como uma nova forma de uso da cocaína, da qual se poderiam obter efeitos mais estimulantes, prazerosos, rápidos e de custo mais baixo (HAMID, 1991). No Brasil, a presença do crack foi detectada no início dos anos 90. Esta droga não figurava nos levantamentos epidemiológicos nacionais antes de 1989. No entanto, em 2001, o uso de crack no país foi por volta de 0,4% chegando aproximadamente a 0,7%, em 2005 (CARLINI *et al.*, 2002; 2007). Em 2010, o Brasil tornou-se o maior mercado da América do Sul, com mais de 900.000 usuários distribuídos em 98% dos municípios, incluindo os de pequeno porte (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012).

A dependência química é um problema complexo que envolve várias dimensões e deve ser abordado considerando elementos biológicos, psicológicos e sociais (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007).

A primeira instituição socializadora que o indivíduo conhece é a família. Esta atua como propulsora ou inibidora do desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social deste. É no ambiente familiar que a criança aprende a administrar e resolver os conflitos, controlar as emoções, expressar os sentimentos, lidar com as diversidades (DESSEN; POLONIA, 2007), ou seja, é ali que se desenvolvem as habilidades sociais que mais tarde terão repercussões em outros ambientes nos quais o indivíduo interage, trazendo aspectos saudáveis ou comprometidos em seus relacionamentos (WAGNER *et al.*, 1999) .

O contexto sociocultural em que se inserem os indivíduos influencia a adesão ou não do uso de drogas. A família é importante na iniciação, manutenção e resolução do uso de drogas entre seus membros (SCHENKER; MINAYO, 2003). Isto se dá por transmissão genética, exposição ao consumo dentro do ambiente familiar e situações de violência, abuso e estresse continuados, decorrentes de estruturas familiares caóticas, com relações de apego marcadas pela insegurança ou abandono (BEYERS *et al.*, 2004; KLIEWER; MURRELLE, 2007; RODRIGUEZ, 2009).

As questões de abuso de drogas surgidas na adolescência tem suas raízes na infância. Foi observado em famílias de dependentes químicos pais com dificuldade em estabelecer limites a seus filhos, resultando disto a falta de assertividade e ambiguidade com relação a leis e normas manifestados pelos jovens. As famílias adictas buscam transferir suas responsabilidades com relação aos filhos a outras pessoas ou grupos, cultivando um comportamento irresponsável sem a construção de uma relação de confiança (SCHENKER; MINAYO, 2003).

O uso do crack é crescente no cenário nacional e, no entanto, as pesquisas ainda são escassas. Em mais de 20 anos desta droga no Brasil, uma revisão sistemática revelou 59 artigos publicados sobre o tema em revistas científicas brasileiras, a maior parte destes concentrados entre os anos de 2008 a 2012. Do total, apenas 15% abordaram as interações sociais, o que sugere uma importante lacuna nas pesquisas nessa área (MOREIRA *et al.*, 2015).

Este estudo objetiva compreender o papel da família no consumo do crack, partindo da observação e percepção desta a respeito de si mesma, procurando identificar vulnerabilidades e potencialidades que permitam compreender o uso das drogas. Este conhecimento poderá orientar ações de saúde regionalizadas que possibilitem uma abordagem diferenciada e melhor planejamento das ações preventivas e terapêuticas, além de contribuir para as discussões neste tema no cenário nacional.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Uso de drogas – aspectos gerais

A história da dependência química se confunde com a própria história da humanidade. Substâncias psicoativas têm sido utilizadas desde os tempos mais remotos, em todas as culturas e religiões. Antigamente, o uso se dava em cerimônias ritualísticas e festas, de forma coletiva, restrito a pequenos grupos, como elemento de integração e fator de coesão social e emocional. Atualmente seu uso tornou-se mais individualizado e abusivo, perdendo sua característica ritualística e se convertendo em elemento de doença social e desintegração (PRATTA; SANTOS, 2006). Assim, com o tempo, de reunir, as drogas passaram a segregar quem as utiliza.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas, embora a demanda por cocaína tenha diminuído nos mercados tradicionais, ela tem aumentado na Europa, em alguns países da América do Sul e, particularmente, no Brasil (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012).

Nos últimos 20 anos o consumo das drogas ilícitas aumentou, ao contrário do que aconteceu com o álcool e o tabaco (em que o primeiro se manteve estável e o segundo decresceu), levando-nos a viver neste momento uma epidemia do uso de crack (RAMOS, 2008).

De acordo com o último levantamento nacional realizado, as drogas mais consumidas no Brasil, com exceção do álcool e tabaco, são, por ordem de consumo: maconha, cocaína, inalante, benzodiazepínico, ecstasy, LSD, anfetamina, heroína, codeína, crack, oxi, pasta base e merla - estes três últimos considerados similares ao crack (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2013).

Levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas no Brasil e no mundo revelam que o início da experimentação e uso abusivo das drogas se dá na passagem da infância para a adolescência (MARQUES; CRUZ, 2002).

Cada cultura tem diferentes formas de regulação em relação às drogas. Para compreender o indivíduo e suas motivações é necessário inseri-lo no contexto familiar e sociocultural, pois é a família integrada à cultura que fornece as bases para o seu desenvolvimento (OETTING; DONNERMEYER, 1998). As alterações causadas pelas

drogas e o alcance dos prejuízos por elas produzidos no corpo dependem das características da pessoa que as usa, tipo de substância, quantidade, frequência e circunstâncias em que é consumida. Ou seja, é na relação que o indivíduo estabelece com a droga que se dá o problema. Assim, para entender o uso desta, é importante estudar as relações que o indivíduo estabelece em sua vida e como elas se dão (BARROS, 2013).

2.2 Epidemiologia do uso de crack no mundo e no Brasil

Em 2010, a cocaína e o crack eram consumidos por 0,3% da população mundial (13.200.000 pessoas), atingindo todos os estratos sociais. Nas Américas, 7.380.000 pessoas consumiam tais drogas, com prevalência de uso na América do Sul de 0,7% (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012).

Sobre o início da oferta de crack no Brasil, não há dados precisos. Os primeiros registros sobre o consumo da droga são do começo da década de 90. Dunn *et al.* (1996) relatam que, em 1990, 17% dos pacientes usuários de cocaína atendidos em duas clínicas para dependentes químicos de São Paulo consumiam-na na forma de crack; este percentual aumentou para 64%, em 1993. Estudo similar corrobora o aumento do consumo de crack de 1990 a 1993, em São Paulo (FERRI *et al.*, 1997). As primeiras publicações datam de 1996 e revelam o consumo em São Paulo desde 1990 (NAPPO *et al.*, 1996).

Vivemos atualmente uma emergência na saúde pública em relação ao crack. Esta afirmação pode ser compreendida em duas dimensões: o fato da problemática desta droga vir à tona com tanto impulso e a urgência de reposta que isto requer (BASTOS, 2012).

Embora atinja todas as camadas sociais, gênero e idade, o perfil dos usuários de crack brasileiros é jovem, de baixa renda e do sexo masculino (DUALIB; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). Estes dados são corroborados pelo inquérito realizado pela Fundação Oswaldo Cruz em 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, que aponta os consumidores como sendo adultos jovens (média 30 anos), predominantemente do sexo masculino, maioria de cor negra ou parda, de baixa escolaridade (ensino fundamental), maioria solteira, em situação de rua. Constatou-se, também, serem estes poliusuários, com sobreposição de álcool e tabaco (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2013).

Em 2012, foram encontrados 370 mil usuários de crack nas capitais brasileiras, correspondendo a 35% dos indivíduos que fazem uso de drogas ilícitas. Cerca de 14% dos usuários de crack são menores de idade, o que representa aproximadamente 50 mil crianças e adolescentes. O consumo proporcional entre adolescentes seria ainda mais elevado e relevante

se excluíssemos todas as crianças de pouca idade (0 a 8 anos), com consumo zero ou muito pequeno. O tempo médio de consumo entre os usuários das capitais foi de aproximadamente 08 anos e, nos demais municípios 05 anos, sugerindo que o uso da droga está se interiorizando recentemente e/ou que cidades menores contam com uma maior aproximação das redes protetivas (família e instituições) - fatores sociais e culturais que podem encurtar o consumo (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2013).

Os prejuízos acarretados pelo abuso de crack levam à alteração do desenvolvimento da personalidade, comprometimento das funções cognitivas e sociais, e do estabelecimento de relações interpessoais - consequências de difícil reversão (BRASIL, 1999). Entre os danos individuais e sociais podem ser citados a ocorrência de comportamentos sexuais de risco, com maior exposição ao vírus da Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, envolvimento em atividades violentas e ilícitas, desnutrição, lesões pulmonares, problemas neurológicos e comorbidades psiquiátricas (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Os distúrbios causados pelo uso abusivo do crack são uma ameaça à saúde pública, com ônus para o adicto e a família. É comum a perda de empregos, rupturas familiares, instabilidade financeira e abuso físico e psicológico. A comunidade também é onerada devido às vítimas de crimes e acidentes relacionados com a droga, custos de encarceramento, e tratamento (LIDDLE; DAKOF, 1995).

Os fatores de risco para o consumo da droga englobam aspectos culturais, interpessoais, psicológicos e biológicos. Entre eles, citamos: a disponibilidade das substâncias, as privações econômicas, o uso de drogas pela família, os conflitos familiares graves, o baixo aproveitamento escolar, o início precoce do uso, a suscetibilidade herdada e a vulnerabilidade ao efeito das drogas (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Quanto aos motivos que levaram ao consumo de crack ou similares, a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (2013) revela que cerca de 1/3 dos usuários iniciaram o uso devido a problemas familiares e afins, corroborando os dados de estudos norte-americanos com população de usuários de drogas em geral.

Poucos são os dados existentes sobre o uso de crack no Mato Grosso do Sul, grande parte refere-se à Região Centro-Oeste. No V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino, realizado nas 27 capitais brasileiras, a porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual na Região Centro-Oeste com uso de crack no mês, foi de 0,5% (GALDURÓZ *et al.*, 2005).

A pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, revelou a Região Centro-Oeste com o maior percentual de pessoas que informou o uso de drogas dentre as regiões do país: 69,8% de uso de álcool (só abaixo da Região Sul, com 76,9%) e, 9,3% de drogas ilícitas - maconha, crack, cola, loló, lança-perfume e ecstasy.

O inquérito nacional sobre uso de crack evidenciou nas capitais da região Centro-Oeste um número de consumidores de crack correspondente a 47% dos indivíduos que fazem uso de drogas ilícitas (51 mil pessoas). O percentual de crianças e adolescentes fazendo uso deste tipo de droga nesta região é de 11,4%, o que, em números, equivale a seis mil indivíduos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2013).

Campo Grande, segundo dados do IBGE (2009), apresentou um total de 7,7% de alunos do 9º ano do ensino fundamental declarando já ter usado drogas ilícitas alguma vez.

2.3 Importância das primeiras relações afetivas e construção de vínculos

As relações humanas têm sido amplamente estudadas, demonstrando sua força e impacto na vida das pessoas. O primeiro vínculo relacional de um ser humano, a relação mãe-bebê, demonstrou-se como o mais marcante e de grandes implicações para a vida adulta (BOWLBY, 1989; WINNICOTT, 1983).

O comportamento de apego, descrito por Bowlby (2002), promove a segurança e o conforto que possibilitam ao ser em formação explorar o resto do mundo. Este autor chamou de comportamento de apego o conjunto de condutas, universal e inato, que o bebê exibe para manter ou estabelecer a proximidade com a sua principal figura provedora de cuidados. Este comportamento de apego tem como repertório chorar, estabelecer contato visual, agarrar-se, aconchegar-se e sorrir. O apego é seguro quando se estabelece a confiança com uma figura particular, protetora e de apoio, que está disponível e acessível, e a partir da qual se pode fazer uma exploração coparticipada. As relações de apego seguro fazem com que a criança internalize e desenvolva modelos positivos de expectativas sociais e trocas recíprocas, marcados pela valorização e apoio.

O apego é inseguro, segundo Bowlby (2002), em situações de negligência, violência física ou psicológica e caos afetivo, nas quais não se desenvolve a confiança no cuidador que apresenta pouca disponibilidade emocional e atendimento inconsistente, incoerente e

imprevisível. Nas relações de apego inseguro, a criança pode desenvolver expectativas negativas em relação à disponibilidade do outro quando ela necessita; neste caso, evidencia, mais tarde, insensibilidade, agressão e falta de empatia nas relações interpessoais.

Winnicott (1983) refere-se ao ambiente suficientemente bom como aquele ambiente emocional facilitador ao desenvolvimento saudável dos seres humanos. Este vem da qualidade dos cuidados maternos nos primórdios do viver, que permite a superação dos fatores geradores de sofrimento. A primeira relação, mãe-filho, é fundamental para promover uma vida saudável para a família, ainda que a função materna seja desempenhada por outras pessoas.

Alguns autores compreendem a família como um microsistema dentro do qual a criança desenvolve o senso de permanência e o de estabilidade. O senso de permanência está relacionado com a percepção de que os elementos centrais da experiência de vida são estáveis e se mantêm organizados através de rotinas familiares. O senso de estabilidade é fornecido pelos pais aos filhos, através do sentimento de segurança de que não haverá rupturas ou rompimentos na relação, mesmo em situações de estresse (DE ANTONI *et al.*, 1999).

As figuras parentais exercem influência na construção dos vínculos afetivos e constroem modelos de relações que são transferidos para outros contextos e momentos de interação social (PAIVA; RONZANI, 2009). Através das gerações a família passa seus valores e suas crenças, e se constitui na primeira fonte de acolhimento para os seus membros. Pelo fato de ser corresponsável pela formação dos indivíduos, ela está diretamente implicada no desenvolvimento saudável, ou adoecido, de seus membros (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Ao construir vínculos saudáveis, a família comunica normas sociais salutaras para seus membros. Famílias disfuncionais podem transmitir normas desviantes por meio do modelo de comportamento dos pais para os filhos (SCHENKER; MINAYO, 2003).

A família acolhedora, com limites claros, comunicação adequada, afetiva e protetora, apresenta-se como fator de proteção ao uso de drogas. Já aquela com distanciamento afetivo, dificuldade de comunicação e confusão de papéis de pais e filhos, favorece o uso das substâncias psicoativas e a permanência da dependência (PAZ; COLOSSI, 2013).

Há estudos evidenciando que os adolescentes não são cooptados por amigos antissociais; estes amigos se tornam atraentes pela abundância de conflitos e desengajamento interpessoal que o meio familiar apresenta (OETTING; DONNERMEYER, 1998). O progressivo desprendimento da tutela dos pais cria um vácuo que é preenchido pelos amigos,

que são, por isso, tratados pelos jovens como os de maior importância em sua vida (SCHENKER; MINAYO, 2003).

2.4 Funcionamento familiar e desenvolvimento do uso de drogas: fatores de risco e de proteção

As atitudes quanto ao abuso de drogas ou ao não envolvimento com elas são socialmente aprendidas, e é no seio das famílias que ocorrem as primeiras aprendizagens (OETTING; DONNERMEYER, 1998).

Carlini *et al.* (1995), entrevistando 31 usuários de crack, revelam que 28 destes relataram envolvimento sério de um ou mais membro da família com pelo menos uma droga. Alexander e Gwynther (1995) destacam que a dependência química por pelo menos um dos pais é um fator que afeta todos os membros do grupo e que o abuso de drogas tende a incluir outros membros da família.

A existência de vínculos relacionais saudáveis entre os indivíduos e as famílias, em que há delimitação das responsabilidades, apoio e afeto familiar, é apontada como fator protetor quanto ao uso das drogas. Se por um lado a família é um fator de proteção, por outro, ela também é um fator de risco no uso de drogas. Estudos identificam a família como uma das principais áreas capazes de influenciar o indivíduo para iniciar e atingir padrões problemáticos de consumo (SCHENKER; MINAYO, 2005).

No estudo de Selegim e Oliveira (2013) foram identificadas características no ambiente familiar, consideradas desfavoráveis, que atuaram como elemento facilitador ao uso de drogas e crack. Os principais tópicos encontrados foram: ausência da figura materna ou paterna no ambiente familiar (monoparentalidade), deficiência nos vínculos entre os membros familiares (ausência de comportamentos de afeto, respeito e diálogo no ambiente familiar, principalmente dos pais), regras familiares extremamente rígidas ou muito permissivas, cultura familiar implícita do uso de álcool e outras drogas (fenômeno sociocultural amplamente aceito), agressão física, verbal e/ou psicológica (conflitos e brigas), desinformação e desconhecimento familiar sobre uso de crack e outras drogas.

Com relação aos estilos parentais dos usuários de drogas e sua influência sobre o consumo, foi realizado um estudo partindo da percepção destes indivíduos a respeito de seus pais, em que se considera a maneira como os pais lidam com questões de disciplina, hierarquia e apoio emocional na relação com os filhos. A conclusão a que se chegou é que

pais não autoritativos na educação de seus filhos têm mais associação com abuso de drogas pelos filhos (BENCHAYA *et al.*, 2011). O estilo de criação refere-se às atitudes dos pais com relação aos filhos em situações diversas, classificando as formas de controle em: autoritarismo, autoritativo (com autoridade, englobando cordialidade e vigilância) e permissivo (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Estes estudos também revelam que a violência intrafamiliar é uma via de mão dupla. Se por um lado a violência influencia o consumo de crack em crianças e adolescentes, por outro se constata o comportamento violento na família como consequência do consumo de crack. Percebe-se, assim, uma reprodução multigeracional da violência associada ao uso abusivo de álcool e drogas, com influência de aspectos sociais, culturais, crenças e valores familiares.

É destacada a importância de se atuar junto às famílias, visando minimizar as repercussões negativas do uso da droga e funcionar como apoio na prevenção (SILVA *et al.*, 2012). Scadutto e Barbieri (2009) realizaram um estudo, em que profissionais da saúde descreveram sobre a dificuldade de adesão ao tratamento de adolescentes usuários de drogas, e concluíram que a atuação junto às famílias é um fator determinante tanto no uso das drogas quanto no prognóstico.

A compreensão do papel das práticas parentais pode contribuir para a conscientização dos pais sobre o seu papel na consolidação de crenças, valores e atitudes contrárias a comportamentos prejudiciais à saúde e ao desenvolvimento mental de seus filhos. A intervenção precoce junto à família diante do problema das drogas é essencial para interromper a escalada no uso e prevenir danos futuros (SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013).

A família disfuncional pode ser considerada como um fator de risco para o adoecimento dos filhos; no entanto, o adoecimento destes abala profundamente a autoestima dos pais, uma vez que aponta falhas no sistema familiar, formando-se, assim, um ciclo. A constatação de uma doença pode gerar um desequilíbrio em toda a estrutura familiar, ocasionando a quebra do vínculo entre os seus membros, que são levados a vivenciar profundas mudanças em suas vidas. Nesta situação, tornam-se comuns os conflitos emocionais, a depressão, o sentimento de medo e as incertezas relacionadas ao prognóstico e ao tratamento (MEDEIROS *et al.*, 2013).

A drogadição pode ser entendida como sintoma da família, que aparece para encobrir conflitos arraigados à estrutura familiar e está a serviço da homeostase familiar. Esta é compreendida como a tendência das famílias de resistir às mudanças para manter uma situação já consolidada. Assim, adoecido não está apenas o usuário, mas todo o sistema

familiar. Às vezes, a família busca ajuda para o familiar dependente químico, mas não modifica a sua dinâmica de relações; como a melhora do familiar sintomático pode revelar conflitos que a família desconhece como lidar, este pode ficar refém do grupo que resiste a mudanças, não apresentando melhoras ou sofrendo constantes recaídas (ANDOLFI *et al.*, 1984; MINUCHIN; FISCHMAN, 1990).

2.5 As instituições públicas de saúde e assistência social no atendimento aos dependentes químicos e suas famílias

Como resultado da reforma psiquiátrica no Brasil, as pessoas com problemas com álcool e drogas, que antes só tinham como opção de tratamento a internação psiquiátrica, passaram a ser atendidos por serviços de atenção psicossocial, caracterizados pelo cuidado diário e articulação com toda a rede de atenção (BRASIL, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente possui um serviço específico para a atenção integral e continuada às pessoas com problemas de álcool, crack e outras drogas. São os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), unidades de saúde públicas regionalizadas que realizam o acompanhamento clínico, a reinserção social dos usuários e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Para isso, contam com equipes multiprofissionais compostas por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogo, assistente social, dentre outros (BRASIL, 2003).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) possui unidades públicas descentralizadas, que prestam atendimento socioassistencial e fazem encaminhamento às redes de proteção social em cada localidade. Os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) tem como prioridade a execução do programa de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que consiste em um trabalho de caráter continuado para fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso a direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Possuem equipes multiprofissionais compostas por assistente social, psicólogo, pedagogo, dentre outros (BRASIL, 2006).

Azevedo e Miranda (2010) revelam a opinião de familiares de dependentes químicos atendidos por CAPS AD, segundo os quais o tratamento recebido na instituição favorece as condições de saúde do usuário e as relações familiares, apesar de serem necessários ajustes no desenvolvimento das atividades terapêuticas e aumento da oferta destas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO PARA ANÁLISE DOS SIGNIFICADOS

3.1 Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) trabalha com a dinâmica e a diversidade do pensamento social. Formulada por Serge Moscovici em 1961, tal teoria procura compreender o pensamento e o comportamento do indivíduo que está inserido em um meio social, no qual interage, modificando-o (MOSCOVICI, 2010).

No início da Sociologia como ciência, Durkheim formulou o conceito de Representação Coletiva. Este termo mais tarde ressurgiu, foi sistematizado pela Psicologia Social, e renomeado de Representação Social por Moscovici (MOSCOVICI, 2010).

A representação social é um conjunto de crenças, pensamentos, valores e imagens, compartilhados por um grupo ou comunidade, que são utilizados cotidianamente na expressão de juízos ou opiniões destes (WAGNER, 2000). Segundo Moscovici (1978), as representações sociais servem para socializar o conhecimento científico, tornando-o parte integrante do cotidiano das pessoas, compartilhado através da comunicação. Surgem da necessidade de tornar familiar aquilo que é estranho. Elas formam um saber do senso comum, que é diferente do saber científico.

As representações sociais formam um conhecimento cultural, que é negociado socialmente, proporcionando ao indivíduo uma visão de mundo que orienta suas ações (QUEIROZ, 2003). Através do discurso, os indivíduos ou grupos expressam sua percepção das situações em que estão envolvidos, emitindo opiniões e expectativas sobre um determinado fato (FRANCO, 2004).

O conhecimento das representações sociais de um grupo torna possível identificar a visão de mundo que os indivíduos possuem, a dinâmica de suas interações sociais e os determinantes de suas práticas sociais (ABRIC, 2000).

A Teoria das Representações Sociais, por aliar as dimensões social e psicológica do indivíduo por meio das representações sociais, traduz a realidade e possibilita a compreensão do coletivo. De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2005) o objetivo da pesquisa de representação social é resgatar o imaginário sobre um determinado tema.

3.2 Discurso do Sujeito Coletivo

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) tem como fundamentação a Teoria das Representações Sociais (TRS). É uma técnica de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal que utiliza procedimentos sistemáticos e padronizados para agregar depoimentos, construindo uma síntese destes (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005).

Para transformar opiniões individuais, obtidas através de questões abertas, em opiniões coletivas, este método utiliza algumas figuras metodológicas, que descrevemos a seguir:

- Expressões-chave (ECH) – são trechos das entrevistas que revelam o conteúdo essencial destas. São destacados pelo pesquisador no processo de análise, sem, no entanto, sofrer interferência. A ECH descreve o que de mais importante foi dito naquela questão, no modo em que foi expresso, mantendo a sua forma original.
- Ideia Central (IC) – é o nome ou frase que sinteticamente descreve o sentido existente nos depoimentos, o qual dará origem ao DSC. A IC identifica e ressalta a ideia que surgiu com mais ênfase nos depoimentos.
- Ancoragem – são afirmações que manifestam uma crença ou teoria proferida pelo autor do discurso. Esta figura nem sempre está presente nos discursos.
- Discurso do Sujeito Coletivo – é o discurso-síntese que é construído baseado nas ideias centrais semelhantes que surgiram na fusão das expressões-chaves. Este discurso é redigido na primeira pessoa do singular.

A técnica consiste em analisar o material verbal coletado extraíndo deste as Expressões-chave; a seguir, identificar as Ideias Centrais ou Ancoragens presentes nas ECH e, então, compor um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo.

O DSC utiliza a primeira pessoa do singular para expressar uma opinião socialmente compartilhada, revelando o que pensam as coletividades, enquanto mantém as opiniões, argumentos e conteúdos individuais. Por esta razão, deste discurso se diz que está na primeira pessoa coletiva do singular (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005).

Trata-se de um método qualiquantitativo pois permite ambas abordagens na análise. É qualitativo porque cada opinião coletiva diferente é apresentada sob a forma de um discurso, descrevendo a qualidade, e quantitativo porque é possível afirmar quantos indivíduos contribuíram para a construção daquele discurso coletivo, expressando um número (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2010).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Compreender o papel da dinâmica familiar no consumo do crack.

4.2 Objetivos específicos

Conhecer a constituição familiar;

Evidenciar as práticas, atitudes, valores e comportamentos intrafamiliares;

Conhecer os contextos sociocultural, demográfico e psicossocial nos quais estão inseridas as famílias do estudo.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, com dados primários, realizado com famílias de usuários de crack.

A pesquisa do tipo qualitativa tem por característica uma abordagem interpretativa, na qual o pesquisador parte de questionamentos amplos, o que possibilita o surgimento de múltiplas dimensões durante a coleta de dados, revelando a realidade em sua complexidade. Este tipo de abordagem não procura encontrar a verdade, estabelecendo julgamentos do que é certo ou errado, mas sim se preocupa, principalmente, em compreender a lógica que permeia a prática que acontece na realidade (MINAYO, 2012).

Esta pesquisa utiliza para análise e tabulação dos dados o Discurso do Sujeito Coletivo, método que tem por referencial a Teoria das Representações Sociais. Esta foi formulada como aquela que expressa os pensamentos e valores subjacentes no conjunto da sociedade, retratando o social vivido individualmente. De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2005; 2010) é só por meio do estudo qualitativo, de base indutiva, que se pode recuperar e resgatar os pensamentos contidos na consciência humana; este permite a apreensão integral dos fenômenos, tornando possível o aprofundamento no significado do comportamento individual e grupal.

5.2 Local da Pesquisa

Os dados foram coletados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Ponta Porã/ MS e no domicílio dos entrevistados.

Devido à dificuldade de localização e acesso às famílias de usuários de crack, optamos por realizar o estudo no CAPS AD, instituição que concentra as famílias por incluí-las no plano terapêutico do paciente.

Ponta Porã foi a cidade de escolha por sua característica de cidade-gêmea, divisa seca com o Paraguai, rota de passagem do narcotráfico, com cultura peculiar de fronteira. Nesta cidade, o CAPS AD atende a um grande número de usuários brasileiros, paraguaios e de outras nacionalidades, diferentemente das demais unidades de saúde locais, e facilita o acesso

aos familiares dos pacientes devido a sua estratégia de contato habitual com estes e laços de confiança estabelecidos com a equipe da instituição.

5.3 Sujeitos da pesquisa

Participaram da pesquisa 20 membros de famílias de usuários de crack cadastrados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Ponta Porã/ MS, em amostragem por conveniência.

Neste estudo foram considerados membros das famílias as pessoas participantes do grupo familiar, incluindo o próprio usuário que é parte integrante da família.

Os critérios de inclusão observados foram: ao menos um membro das famílias dos usuários de crack que se encontram ou tenham passado por atendimento no CAPS AD de Ponta Porã, com idade superior a 12 anos.

Os critérios de exclusão foram: menores de idade sem a autorização de pais ou responsáveis, pessoas que no momento da entrevista estavam sob o efeito de álcool ou drogas, aquelas com comprometimento cognitivo que resultasse em dificuldade para entender ou responder às perguntas.

Foram selecionados 60 prontuários. Destes, 13 famílias não compareceram ao agendamento, 03 não aceitaram participar da entrevista, 01 não esperou para ser entrevistada, 01 faleceu, com 07 foi impossível estabelecer contato (telefone paraguaio ou número equivocado), de 15 não foi possível o acesso ao domicílio (endereço inexistente ou casa vazia).

Assim, chegamos à amostra final de 20 familiares, correspondendo a 18 famílias, uma vez que duas famílias tiveram ambos os cônjuges entrevistados. Compuseram a amostra 06 mães, 02 pais, 03 irmãs, 07 cônjuges, 01 sobrinha e 01 usuário ele próprio. Todos possuíam idade superior a 18 anos.

5.4 Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, contendo questões demográficas, socioculturais e psicossociais. Estas últimas foram perguntas abertas norteadoras que permitiram ao entrevistado discorrer livremente sobre o tema proposto, contribuindo com

novos aportes sem se desvincular de sua linha de pensamento. O tempo de duração foi de 20 a 45 minutos. O roteiro de entrevista compõe o Apêndice A.

O período de coleta de dados foi de novembro a dezembro de 2014. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, procedendo a seguir com a análise e tabulação dos discursos registrados.

O CAPS AD de Ponta Porã possui um grupo de famílias que se reúne mensalmente. Para a seleção da amostra, primeiramente pensamos em abordar os integrantes deste grupo convidando-os para participar da pesquisa. Porém, a primeira vez que comparecemos à reunião pudemos constatar que, dentre as famílias presentes, apenas uma era de usuário de crack; as demais eram familiares de usuários de álcool. Passamos, então, a frequentar a instituição nos dias e horários em que havia atendimento médico, pois, segundo informação da equipe da instituição, nestes momentos costumava haver um grande fluxo de familiares de dependentes de crack. Esta nova tentativa foi infrutífera, devido à ausência destes.

Assim, decidimos realizar a busca ativa das famílias. A escolha destas se deu por meio de prontuário, o que foi realizado pela pesquisadora em conjunto com a equipe profissional da instituição. Para isto foi considerado o uso de crack, a existência de registro de endereço ou telefone para contato e a disponibilidade da família. A seguir, estabelecemos contato telefônico para agendar a entrevista dando escolha ao participante de realizá-la na instituição ou em seu domicílio.

O CAPS AD de Ponta Porã atende o usuário e sua família, independente de nacionalidade ou da inscrição no Sistema Único de Saúde. Pela peculiaridade da fronteira, as famílias são de nacionalidades mistas, e o atendimento público em saúde mental possui um termo de colaboração informal - um “acordo de cavalheiros” - e de ajuda mútua com a cidade-gêmea, que permite o tratamento e acompanhamento dos pacientes paraguaios e o acesso da equipe profissional ao país vizinho para realizar atendimento, quando necessário. Esta mesma equipe desenvolve o trabalho com Consultório de Rua na linha divisória das cidades, atendendo ao usuário que procurar o serviço, independentemente de sua nacionalidade.

No entanto, quando o usuário é paraguaio, raramente informa um endereço no Paraguai ao realizar o seu cadastro, por temor a não ser atendido, que é o que poderia acontecer em qualquer outra unidade de saúde ou assistência social local. Assim, quando se procura o endereço fornecido no Brasil, constata-se que este não existe. Pela mesma razão, números de telefone são fictícios.

Por estas razões, embora o estudo visasse contemplar brasileiros e paraguaios, houve poucos estrangeiros na amostra final, uma vez que estes só conseguiam ser abordados quando

compareciam ao CAPS AD para algum atendimento médico, por busca espontânea ou retorno agendado anteriormente.

5.5 Variáveis de Estudo

Neste estudo entendemos por:

“Família” - o conjunto de pessoas que se encontram unidas por laços de parentesco, independentemente de seu local de residência. Estes laços podem ser de vínculos por afinidade e consanguíneos (MEDEIROS; OSÓRIO, 2001). É uma instituição privada, passível de vários tipos de arranjos, com a função básica de socialização primária das crianças e dos adolescentes, cuja proposição principal é o asseguramento de comportamentos normalizados pelo afeto e pela cultura (SCHENKER; MINAYO, 2003).

“Família nuclear” - aquela composta por pai, mãe e filho(s). Inclui duas gerações com filhos biológicos (CARNUT; FAQUIM, 2014).

“Família estendida” – aquela composta por ampliação vertical, englobando várias gerações (avós, sogros ou netos), ou horizontal (irmãos, cunhados ou primos). (RODRIGUES; SOBRINHO; SILVA, 2000).

“Família reconstituída” – aquela que, após uma experiência não bem sucedida, faz uma nova tentativa com outro cônjuge, podendo haver filhos de um ou ambos. Também chamada recomposta ou recasada (RODRIGUES; SOBRINHO; SILVA, 2000).

“Família monoparental” – aquela constituída por um só cônjuge e seu(s) filho(s) (CARNUT; FAQUIM, 2014).

“Família de origem” – aquela na qual a pessoa cresceu (WAGNER, 2005).

“Família atual” – aquela que a pessoa veio a constituir, quando adolescente ou adulta, por escolha ou imposição (WAGNER, 2005).

Aspecto “Sóciocultural” - o conjunto de ideias, símbolos, leis, religião, crenças, mitos, valores morais e éticos, códigos, preferências, conhecimentos, hábitos e aptidões, aprendidos e transmitidos de geração em geração, que são internalizados e conduzem às emoções e à avaliação do outro (SILVA; SILVA, 2006).

Aspecto “Sóciodemográfico” - as questões sociais em relação com os elementos demográficos - idade, sexo, escolaridade, atividade exercida, domicílio, renda (DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA).

Aspecto “Psicossocial” - os assuntos que concernem simultaneamente à psicologia individual e à vida social - emoções, comportamento familiar, sentimentos

familiares, práticas disciplinares, formas de controle, interação e afetividade, processo identitário e motivacional da família (DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS).

5.6 Organização e Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir da organização dos depoimentos proposta na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Esta técnica emprega um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, onde se encontram expressões-chaves com a mesma ideia central.

Das entrevistas realizadas foram extraídas as principais expressões-chaves em cada tema pesquisado. Nestas foram identificadas as ideias centrais, com as quais foram compostos os discursos do sujeito coletivo.

A análise qualiquantitativa resultou em um ou mais discursos do sujeito coletivo de cada tema e uma figura que corresponde à frequência com que esse discurso é encontrado nas entrevistas.

5.7 Aspectos éticos

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP) da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), que emitiu parecer favorável com protocolo nº 867.334, em 10 de novembro de 2014 (Anexo A).

Foram obtidas a autorização da instituição envolvida (Anexo B) e a dos participantes da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), conforme as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito à pesquisa com seres humanos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos entrevistados

Para caracterizar o grupo estudado elaboramos uma síntese com as informações demográficas, sociais, dados com relação à assistência social e saúde e composição familiar.

Tabela 1 – Características demográficas dos familiares de usuários de crack, Ponta Porã/ MS – 2014 (n=20).

Variáveis/ Categorias	Distribuição	
	n	%
Sexo		
Feminino	15	75
Masculino	5	25
Idade		
De 19 a 30 anos	5	25
De 31 a 60 anos	12	60
Acima de 61	3	15
Escolaridade		
Não alfabetizado	1	5
Ensino Fundamental	14	70
Ensino Médio	2	10
Ensino Superior	3	15
Grau de Parentesco		
Pai	2	10
Mãe	6	30
Irmã	3	15
Cônjuge	7	35
Sobrinha	1	5
O próprio usuário	1	5
Nacionalidade		
Brasileira	18	90
Paraguaia	2	10

Os participantes do estudo foram em sua maioria mulheres (75%), denotando que a responsabilidade no cuidado com os membros adoecidos cabe principalmente a elas na sociedade atual, de acordo com o que também foi observado em outros estudos (ORTH; MORÉ, 2008; PEGORARO; CALDANA, 2008; BERNARDY; OLIVEIRA, 2012).

A entrevista foi respondida, em maior parte, pelo cônjuge (35%) e pela mãe (30%) do usuário de crack. Foram entrevistados dois casais de ex-usuários, cada um falando no papel de companheiro do usuário em tratamento, o que enriqueceu a investigação da dinâmica familiar sob a percepção de cada lado.

A idade mais frequente neste estudo foi entre 31 e 60 anos (60%). Embora o estudo permitisse a participação de pessoas acima de 12 anos, não compareceram familiares com idade inferior a 19 anos para responder as entrevistas. O grau de escolaridade mais presente foi ensino fundamental (70%).

Os dados deste estudo são corroborados pela pesquisa de Bernardy e Oliveira (2012) com famílias de infratores usuários de drogas, na qual descrevem os participantes como sendo a maioria do sexo feminino, com idade entre 31 e 65 anos, com vários “casamentos”, e baixa escolaridade.

A maior parte dos entrevistados é de nacionalidade brasileira (90%). Embora a equipe do CAPS AD relate que existe um grande número de pacientes paraguaios ou com ambas nacionalidades atendidos na instituição, isto não se reflete neste estudo devido à dificuldade em localizá-los para convidar as famílias para a participação. Os dois familiares entrevistados foram abordados por ocasião de seu comparecimento à instituição para retorno à consulta médica.

Tabela 2 – Características sociais dos familiares de usuários de crack. Ponta Porã/ MS – 2014 (n=20).

Variáveis/ Categorias	Distribuição	
	n	%
Área de residência		
Centro	2	10
Periferia	18	90
Número de pessoas residentes na casa		
De 1 a 3	12	60
De 4 a 6	7	35
Sete ou mais	1	5
Renda familiar per capita		
Até meio salário mínimo*	12	60
De 0.51 a 1 salário mínimo	5	25
De 1.1 a 1.5 salários mínimos	3	15
Ocupação		
Do lar	5	25
Aposentado	3	15
Desempregado	2	10
Trabalho informal (diarista, pedreiro, salgadeira)	4	20
Trabalho formal (doméstica, manipuladora de remédios, auxiliar de cozinha, musicista, servidor público)	6	30
Diversão do entrevistado		
Jogar futebol	3	15
Reunião familiar	3	15
Assistir TV	3	15
Passear	4	20
Ir à igreja	1	5
Nenhuma	6	30
Diversão da família		
Assistir TV	3	15
Reunião familiar	2	10
Pesca	1	5
Passeios	3	15
Nenhuma	11	55

*Salário mínimo vigente: R\$ 724,00

Todos os entrevistados residem em área urbana, sendo 90% em periferia. Não houve participantes de área rural, o que pode ser explicado pela distância da instituição de saúde e também pela dificuldade de acesso na realização da busca ativa. Em 60% das casas residem de uma a três pessoas e, em 35%, de quatro a seis; há uma casa (5%) em que vivem doze pessoas, notadamente a de menor renda per capita, com três membros dependentes de crack.

A renda per capita que representa a maioria no estudo é inferior a meio salário mínimo (60%). Como muitas entrevistas foram realizadas em domicílio, notamos o aspecto precário das residências e a dificuldade de acesso devido aos caminhos serem estreitos, irregulares e enlameados, onde a circulação de veículos se faz impossível. A ocupação dos entrevistados é variada, estando a maior parte inserida no mercado formal (30%).

Com relação à diversão pessoal, 30% responderam que não possuem diversão/ lazer. Quando questionados sobre a razão disto, justificaram com o trabalho ou com o fato de nunca pensarem sobre isto. Quanto às famílias, aquelas sem atividade de lazer praticada entre os membros do grupo correspondem a 55% dos entrevistados.

Segundo Argyle (2001) há três principais dimensões responsáveis pela felicidade humana: os relacionamentos sociais, o trabalho e o lazer. De acordo com o autor, necessidades humanas como saúde, autonomia, relaxamento, fuga da rotina e relações sociais são satisfeitas mediante experiências de lazer. A diversão é facilitadora dos relacionamentos, estimula o companheirismo, o compartilhamento de experiências e a resolução de problemas, funcionando, assim, como grande auxiliar do desenvolvimento pessoal.

Se assim considerarmos, as famílias do estudo apresentam conturbações nas três áreas que produzem felicidade: com relacionamentos sociais que se retraem, problemas de trabalho de um ou mais membros devido ao uso da droga, e, conforme observado, ausência de lazer. Esta pergunta teve o objetivo de oferecer informação sobre a habilidade lúdica dos membros da unidade familiar; os resultados encontrados são coerentes com a análise qualitativa a seguir sobre sentimentos de alegria, amor e coesão familiar.

Tabela 3 – Distribuição dos familiares de usuários de crack em relação a características de saúde e assistência social, Ponta Porã/ MS – 2014 (n=20).

Variáveis	n	%
Encaminhamento ao Centro de Atendimento Psicossocial		
Busca espontânea	12	60
Família	4	20
Amigos	1	5
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	1	5
Conselho Tutelar	1	5
Juizado do Paraguai	1	5
Tempo de tratamento no Centro de Atendimento Psicossocial		
Menos de um ano	5	25
Entre 1 e 3 anos	6	30
Quatro anos ou mais	9	45
Assistência à Saúde*		
Sistema Único de Saúde – Brasil	20	100
Instituto de Previdência Social – Paraguai	1	5
Convênio	3	15
Problemas recorrentes de saúde na família*		
Não há	8	40
Cardiovascular (colesterol, hipertensão, diabetes)	11	55
Neurológico	2	10
Gastrointestinal	1	5
Endócrino	1	5
Respiratório	1	5
Músculo –esquelético	1	5
Situações vivenciadas por alguém do grupo familiar*		
Fez uso de álcool	18	90
Foi detido (preso)	1	5
Prostituiu-se	1	5
Sofreu denúncia na justiça	9	45
Fugiu de casa	8	40
Sofreu violência psicológica	14	70
Sofreu violência física	10	50
Sofreu violência sexual	3	15

Programa de geração de renda*

Programa Bolsa Família	4	20
Benefício de Prestação Continuada	8	40
Vale renda	3	15
Nenhum	8	40

*Estes campos admitem uma ou mais respostas.

A entrada do usuário de crack ao CAPS AD se deu em 60% dos casos por busca espontânea, ou seja, o próprio paciente procurou o serviço de atendimento. Se somarmos este montante aos 25% dos casos nos quais o encaminhamento foi realizado por família ou amigos, chegamos a uma realidade em que 85% dos entrevistados fizeram a procura por eles mesmos ou indicação informal. Apenas 15% dos pacientes em tratamento foram encaminhados pela rede pública. Dentre estes, um chegou através da Assistência Social, um do Conselho Tutelar e um do Juizado do país vizinho. Não houve encaminhamentos do sistema de saúde.

Considerando que 100% dos participantes estão inseridos no SUS, e 60% no SUAS (uma vez que participam de programas de geração de renda), podemos deduzir que há uma fragilidade na rede, visto que quem necessita do serviço está chegando por vontade própria, à revelia dos órgãos que teriam por dever encaminhá-lo. Esta família está passando invisível pela rede pública de proteção.

Esclarecemos que os programas de geração de renda não são excludentes uns dos outros. Assim, calculamos o número de famílias inseridas em pelo menos um programa pela subtração dos que não possuem nenhum (40%), em relação ao total da amostra estudada.

Costa *et al.* (2015) corroboram nossos resultados em sua revisão, na qual encontraram grande desarticulação dos CAPS AD com a própria rede assistencial sobre drogas e com a rede de assistência social; em relação a esta última revelam que em 55% dos casos a articulação é inexistente. Um dos resultados encontrados por estes autores foi a escassez de estudos específicos sobre a rede assistencial de drogas.

A maior parte dos entrevistados está em tratamento no CAPS AD há quatro anos ou mais (45%). Em relação aos estressores, em 90% das famílias há um ou mais membros que fazem uso de álcool. Das violências, a mais mencionada é a psicológica (70%), seguida da física, que acontece em 50% das famílias. Se incluirmos a violência entre os problemas recorrentes de saúde apresentados na família teremos a quase totalidade dos entrevistados.

Há relatos de problemas recorrentes de saúde em 60% das entrevistas, sendo estes crônicos, notadamente aqueles que podem estar relacionados às situações de estresse. Não foi relatada doença infectocontagiosa no grupo estudado. Merece destaque o número de entrevistados que relata não haver problemas de saúde recorrentes na família (40%), uma vez que são todas famílias de usuários de crack, 90% delas têm problemas com álcool e 70% vivenciam violência em seus lares. Isto nos leva à reflexão de que o conceito de saúde para estas famílias não é o mesmo daquele concebido pelo sistema público, e à dedução de que a dependência química ainda não é vista, nem pelas próprias pessoas envolvidas na questão, como um problema de saúde.

Composição familiar

“Como está composta a sua família?” foi a pergunta formulada que gerou a construção da Figura 1. Estes dados, apesar de baseados nos relatos dos familiares entrevistados, dizem respeito à estrutura familiar dos usuários de crack. Como em cada entrevista investigou-se a família na qual nasceu o usuário e aquela que ele próprio veio a constituir, a totalidade não será 100%, visto que não todos ainda formaram uma nova família.

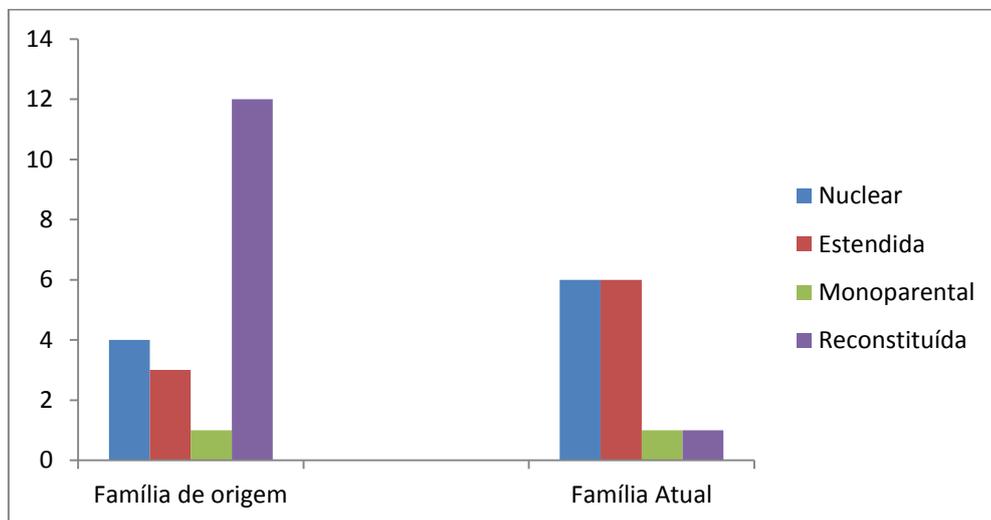


Figura 1: Distribuição das ideias centrais sobre a composição familiar dos usuários de crack em relação às famílias de origem e atual. Ponta Porã/ MS - 2014.

O predomínio da família de origem é do tipo reconstituída, ou seja, formada por duas ou mais uniões. Quando se trata da família que, por sua vez, tais usuários constituíram, há predominância da tipologia nuclear e estendida. A primeira é constituída pela tríade pai, mãe e filhos, e a segunda tem a presença de avós, sogra, irmãos, netos ou namorado. A frequência

menor é da família monoparental, cujo responsável é apenas a mãe ou o pai, tanto na família de origem como na atual, revelando a inclinação à reconstituição familiar quando um dos parceiros se vê sozinho.

Em 16 entrevistas (80%) constatamos a ausência de um dos genitores ao longo da vida do usuário de crack. As razões desta ausência são a separação dos pais e a morte de um ou ambos os genitores. Também, nesta mesma proporção, observamos o recasamento de um ou ambos os genitores, em uniões que variam em número de duas a cinco.

Em oito famílias de origem reconstituídas (67% do total desta tipologia), formadas por recasamentos, notamos que os filhos, hoje usuários de crack, também tiveram mais de uma união. No entanto, cinco delas descrevem como sua família atual o modelo nuclear, compostas por pai, mãe e filhos de ambos, havendo deixado o(s) filho(s) da união anterior a cargo de outro responsável, sendo este, na maior parte das vezes, um dos avós. Lembramos que, neste estudo, a composição da família é autodeclarada, portanto, é o entrevistado quem a descreve. A existência do filho de união anterior, neste caso, não aparece durante a descrição da família, e sim, surge em algum outro momento da entrevista. Este aspecto será abordado em maior profundidade no tópico Repetição de Padrões.

Há uma corrente de pensadores que analisa os modelos familiares sob uma perspectiva de classes. Estes descrevem o modelo nuclear de família como do tipo feudal, uma herança burguesa e patriarcal, que era frequente onde havia concentração de renda, e estava associada à preservação de um nome e linhagem. Esta configuração teria se constituído numa norma hegemônica de elite, que influenciou a população de baixa renda (FREYRE, 1978; SCOTT, 1996).

Segundo Fonseca (2002), com o tempo as convenções morais foram cedendo espaço para valores modernos. Assim, as famílias contemporâneas vêm rompendo com o modelo nuclear, estabelecendo cada vez mais o modelo reconstituído, uma vez que atualmente o que está em voga são o amor e a felicidade do indivíduo (ARIÈS, 1981; THÉRY, 1993), o que explicam as separações e os recasamentos.

Isto não foi observado neste estudo, em que, na verdade, o modelo reconstituído foi sendo preterido em função dos modelos nuclear e estendido, com vários relatos justificando a manutenção de um casamento, por vezes difícil, para não repetir o modelo de família em que se cresceu. Nos relatos de recasamentos de pai ou mãe na família de origem percebe-se mais a falta de escolha frente a uma situação socioeconômica muito precária do que uma opção pelo amor propriamente dito. É frequente o relato de sentimento de abandono, gerado pela perda ou negligência de um dos genitores nas famílias reconstituídas.

Considerando as vivências relatadas, esta mudança expressiva de configuração familiar observada entre a família de origem e a atual poderia sugerir uma busca de estrutura diferente daquela na qual a pessoa cresceu, buscando compor uma família no modelo tradicional, como uma estruturação idealizada que lhe proporcionasse maior segurança afetiva e sentimento de pertença.

É possível também atribuir este modelo nuclear atual ao fato destas famílias possuírem menos tempo de formação, considerando-se que este arranjo pode ser modificado com os anos.

O modelo de família estendida favorece a sobrevivência daquelas com grande dificuldade econômica, uma vez que as relações de parentesco vão além do grupo consanguíneo, criando redes maiores de ajuda mútua (FONSECA, 2002). A autora aponta características positivas neste modelo de configuração que, ao englobar várias gerações, permite aos seus membros resgates de elementos do passado e projeções para o futuro.

Entretanto, em uma abordagem diferente, um estudo revelou dependentes químicos fazendo parte de famílias estendidas, apesar de já terem se casado, devido à impossibilidade de diferenciação dos modelos parentais e, portanto, necessidade de se manter junto a um ou ambos genitores (ORTH, MORÉ, 2008). Este mesmo trabalho relata a dificuldade de manutenção das estruturas familiares em funcionamento, o que resulta nas várias separações e reconstituições familiares.

Moreira (2004) relata que nas famílias estendidas de dependentes químicos existe um conflito no exercício dos papéis familiares, relacionando-o a limites geracionais fragilizados.

Estes três estudos corroboram nossa pesquisa que compreendeu a família estendida como rede de apoio primário à sobrevivência e cuidado dos filhos, ao mesmo tempo que observou essa dificuldade de diferenciação e autonomia nos dependentes químicos em relação a um ou ambos genitores.

6.2 Análise quali quantitativa

O papel da dinâmica familiar no consumo do crack foi compreendido por meio de oito perguntas, cujas respostas foram categorizadas com base nos discursos obtidos. Organizamos os temas em nove eixos temáticos.

Síntese dos eixos temáticos revelados nas entrevistas aos familiares de usuários de crack. Ponta Porã/ MS - 2014.

Nº.	Eixo Temático	Ítem
1	Relações intrafamiliares: como elas são percebidas e a quais motivos são atribuídas as proximidades, preferências e os descasos	6.2.1
2	Conflitos familiares: forma de manifestação, motivos pelos quais ocorrem e modo de resolução	6.2.2
3	Percepção da alegria: motivos, expressão e comemoração	6.2.3
4	Regras e Limites: quem estabelece e forma de lidar com o descumprimento	6.2.4
5	Percepção do Amor: como se percebe amado e o quanto isto é parte da sua vida	6.2.5
6	Fortalezas e fragilidades da família	6.2.6
7	Violência e Perda X Uso de Crack/ Álcool	6.2.7
8	Repetição de padrões	6.2.8
9	Contradição	6.2.9

Apresentamos cada tema acompanhado de um percentual de respostas obtidas. Este, no entanto, nem sempre é igual a 100%. Quando ultrapassa, isto pode se dever ao fato de os entrevistados se reportarem às suas famílias de origem e, também, à atual (quando já formaram novo núcleo), ou citar mais de uma resposta (mesmo que contraditória). Como os entrevistados tem a liberdade de se abster de responder a qualquer pergunta, isto faz com que, muitas vezes, a somatória seja inferior a 100%.

6.2.1 Relações intrafamiliares: como elas são percebidas e a quais motivos são atribuídas as proximidades, preferências e os descasos.

Para conhecer como se dão as relações entre os membros da família, questionamos: “Nas relações entre vocês, quem se dá melhor com quem? Por que isso acontece?” Com as respostas, foi construída a figura a seguir.

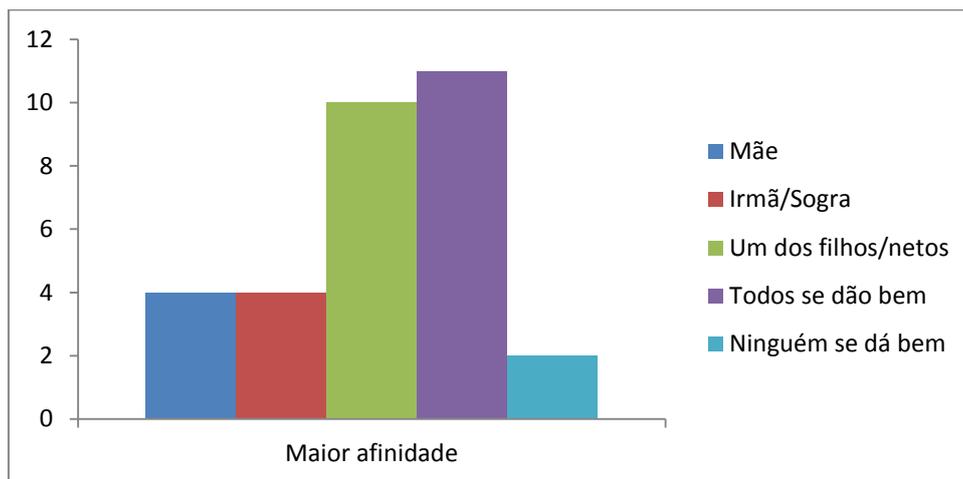


Figura 2: Distribuição das ideias centrais sobre as afinidades entre os membros da família de usuários de crack. Ponta Porã/ MS - 2014.

De acordo com a Figura 2, não há diferença de proximidade entre os membros para 55% dos entrevistados, uma vez que todos se dão bem entre si; nos casos em que acontece uma maior afinidade, esta se dá particularmente com um dos vários filhos ou netos (50%). Quando é citado um dos genitores como aquele com quem há mais afinidade na família, este é a mãe (20%); em igual proporção acontece com a irmã ou sogra, consideradas figuras substitutivas de perdas anteriores - em três dos casos, da mãe. Em 10% dos discursos é relatado que os membros não se relacionam bem entre si.

Segue abaixo o discurso do sujeito coletivo das famílias de usuários de crack a respeito das proximidades e preferências intrafamiliares.

A. A maior proximidade é com a mãe

DSC A1: Eu me dou mais é com a mãe mesmo, porque meu pai fica 30 dias fora, 40 dias... ele é mais chato, é quem põe as regras. Me dou bem com a mãe agora porque vejo o que ela faz por mim. Entre os irmãos é sempre um poço de ciúmes.

B. A maior afinidade é com a irmã e a sogra

DSC B1: *Eu me dou com a minha irmã. Eu era gêmea e a outra morreu afogada no rio, quando tínhamos dois anos, e aí nasceu essa minha irmã depois de sete meses e eu me apeguei a ela. Com meu irmão não, nunca nos demos bem, acho que ele não gosta de mim. Me dou bem com minha sogra, eu que cuido dela e converso muito com ela.*

C. Há maior afinidade com um dos filhos/ netos

DSC C1: *Eu me dou mesmo melhor com uma das filhas porque parece comigo, igualzinho o jeito, me entende mais, nunca fala mal de mim e não me deixa mesmo. Uma vez que eu fiquei mal na cama não me deixou mesmo. Acho que me dou melhor é porque ela é filha do pai dela e eu gostei mais do pai dela. É menina e é a última, então faço todas as vontades dela, o que pede eu dou, é a mais paparicada. Ela faz tudo o que eu falo pra fazer, é mais mimada, desde pequenininha.*

D. Todos os membros se dão bem entre si e não há preferências na família

DSC D1: *Todo mundo se dá bem porque esse cara que tá comigo, esse meu marido, é uma pessoa tranquila. Em geral nós convivemos muito bem, eu com meus filhos, porque os meus filhos eu criei eles à moda antiga porque os dois fumam, mas na minha frente eles não fumam. Tudo conversa, tudo é igual pra mim, não saio do lado de ninguém quando tem briga, porque tem que ser igual. O que eu cuido de um, cuido de todos. Gosto de todos como iguais, não faço diferença porque minha mãe antes fazia, preferia minha irmã e eu sempre pensava que depois de ter filho nunca ia fazer isso, eu não quero que minhas filhas passem pelo que eu passei. Não tem nenhuma criança favorita, não tenho preferência.*

E. Ninguém se dá bem com ninguém

DSC E1: *Ali é complicado de falar assim qual relacionamento é bom porque os pais vivemo se xingando e, quando não tamo se xingando, tamo xingando os filhos. Ninguém se dá bem com ninguém. Meu marido é o mais ruim. Ele deseja a morte, deseja que os filhos vão preso... esse daí, em vez de me ajudar, me tortura também.*

Observamos que a proximidade com a mãe é justificada pelo fato do pai ser ausente ou disciplinador, ou seja, devido a uma falha do outro e não a uma qualidade da mãe. Estes achados são corroborados por um estudo com famílias de dependentes que revela relações negativas dos dependentes com os pais, que são vistos como ausentes, desapegados e com uma disciplina rude e incoerente (STANTON; TODD, 1985).

Nos quatro discursos que deram origem ao DSC em que a maior afinidade é com a irmã e a sogra houve uma perda por morte. Em três casos tratava-se da mãe da pessoa entrevistada e em um caso da irmã gêmea. Neste último caso, a paciente usuária de crack havia nascido alguns meses após a morte da irmã. A justificativa para que a relação seja melhor com essa pessoa em especial foi o fato de que ela tenha substituído uma perda. Neste DSC, a proximidade é maior com uma pessoa da família que está no papel de outra (que faleceu).

Segundo Stanton e Todd (1985), o tema da morte é muito comum nas famílias de dependentes químicos, nas quais existe sempre uma história de morte prematura, inesperada ou repentina. Estes autores afirmam que o início do uso de drogas parece estar associado à perda de uma pessoa significativa, geralmente devido a separação ou mortes repentinas e traumáticas. A perda de um dos irmãos muitas vezes é experimentada como perda dos pais, uma vez que estes voltam toda sua atenção para o filho perdido, tornando-se ausentes (VIORST, 2005).

De acordo com Osterweis, Solomon e Green (1984) a perda de um dos pais tem consequências diferentes no comportamento social de meninas e meninos. As primeiras tendem a se unir às irmãs ou sexualizar as relações amorosas, casando-se ou saindo de casa logo a seguir da perda, buscando proximidade e conforto no parceiro. Os meninos, por sua vez, tendem a se retrair ou se envolver em roubos, brigas ou drogas. Isto vai ao encontro do que foi observado neste estudo, em que duas meninas perderam suas mães, saindo a seguir de casa com um parceiro, outra menina nasceu logo após a morte de sua irmã e se uniu à gêmea da que havia falecido, e um menino retraiu-se socialmente, unindo-se mais à irmã. Todos atualmente são usuários de crack.

Observamos que, em 40% dos discursos foi citada uma figura feminina como aquela com quem existe maior afinidade na família (A e B). Não houve menção à figura masculina.

Os motivos relatados quando existe preferência por um filho ou neto em particular são a similaridade e identificação com este, o fato de ser o último filho, a obediência, o cuidado que este lhe tem. Em três discursos, aparece como justificativa da preferência por um dos filhos o fato da mãe ter amado mais o pai desse filho em particular. Semelhante discurso professa um dos entrevistados na pesquisa com dependentes químicos de Orth e Moré (2008), no qual as autoras apontam relações parentalizadas entre um dos progenitores e o filho do sexo oposto.

Em 50% das entrevistas aparecem filhos preferidos na família; em quatro destes discursos os que recebem privilégios são os atuais usuários de crack— dois preferidos pela

mãe, dois preferidos pela avó. Nos demais, os preferidos são os irmãos destes. Isto difere dos estudos de Stanton e Todd (1985), realizados com famílias de dependentes, que apontam o filho adicto como favorecido em relação aos outros, a quem tudo se lhe permite.

As razões citadas para que as relações sejam boas entre todos os membros são a calma de um deles, o respeito entre si, e a necessidade de que todos sejam iguais no tratamento. Em alguns discursos esta igualdade de sentimento e atenção é com o propósito de não se repetir a vivência que se teve na família de origem, na qual havia um irmão preferido, a quem eram concedidos privilégios.

O discurso expressando que não há bom relacionamento entre os membros aparece em duas famílias, cujas relações são conflituosas, com muitas agressões verbais e físicas entre marido e mulher e entre estes e seus filhos. Em cada uma destas famílias há dois usuários de crack, filhos homens, jovens.

Kalina (2001) se refere a este tipo de família como “psicotóxica”, na qual a busca de substâncias psicoativas funciona como forma de enfrentamento dos problemas. Segundo o autor, há quase sempre uma dupla mensagem parental na qual verbalmente se dá a proibição do uso de drogas e não verbalmente a compreensão do uso para alívio do sofrimento.

Frente ao conflito familiar descrito, a drogadição se apresenta como um sintoma que funciona como estabilizador do sistema familiar, que surge para esconder o conflito conjugal. O conflito parental pode ser entendido como uma previsão da manutenção do uso da droga (PAZ, COLOSSI, 2013).

6.2.2 Conflitos familiares: forma de manifestação, motivos pelos quais ocorrem e modo de resolução.

Com a pergunta sobre o que gera desentendimentos na família e como os resolvem foram obtidos discursos do sujeito coletivo.

As ideias sobre o modo de expressão destes conflitos são organizadas e representadas na Figura 3:

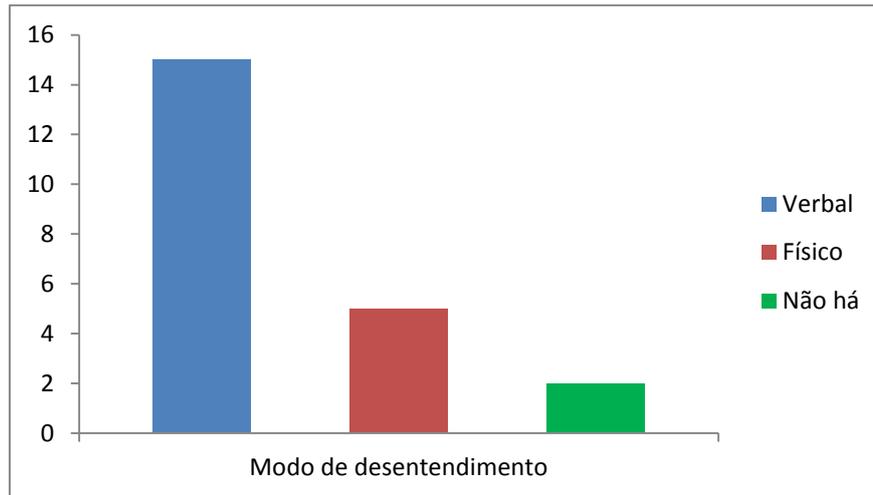


Figura 3: Distribuição das ideias centrais quanto ao modo em que se manifestam os desentendimentos nas famílias de usuários de crack. Ponta Porã/ MS – 2014.

Em 75% dos casos os desentendimentos familiares são manifestados por meio de fala impositiva, gritos, xingamentos, agressões verbais e violência psicológica. Em 25% há empurrões, tapas e outras formas de agressão física. Dois entrevistados (10%) relataram não haver nunca desentendimentos na família.

A. Os conflitos manifestam-se por meio de violência psicológica e física

DSC A1: *A gente tem que tentar levar mais na conversa, sem muito grito porque quando a gente viveu nas nossas casas é que tinha isso, e a gente não gostava. Mas sai discussão, às vez, muita discussão. Às vez eu sou estourado, as vez me controlo. Ela também é estourada, ela é meio estúpida e fala as coisas assim e eu já não gosto, aí fico com raiva. Um quer falar mais alto que o outro, um quer ter mais razão que o outro. E eu não quero ficar quieta, então já nos descontrolamos, erguemos a voz e aí começa a briga. Um joga as coisas na cara do outro, muitas vezes fala coisa que não deve, ou não quer, acaba falando, que ele tá... não é? Muitas vezes você não tá bem, você conversa com a pessoa e fala coisa que não deve, muitas vezes naquele momento você não queria falar, acaba falando... Ofensa, muita ofensa. Começa inventar as coisas, porque ele não tem de quem não tem ciúme. As crianças também são assim, as criança briga e a vó acha ruim e já discute com a mãe delas, fala que tá muito alto, que tá com dor de cabeça., e... já sai discussão. As brigas são por causa da droga. Na minha casa quando eu era criança, só a cachaça mesmo, começava a beber e já começa... É um desrespeito.*

DSC A2: *Umás vez assim que dá uns tapinha um no outro. Ele me bate, só ele me bate. A casa tá toda quebrada, o ataque que ele tinha com as crianças tinha comigo também. Com o*

crack faz dez anos que a gente tá lutando, não sei como entrou nisso, quando eu vi já... tinha vez que ele chegava em casa, quebrava tudo. A briga que ocorreu foi com o filho e o pai, o pai saiu com a cara desse tamanho, o guri fica insuportável, se pegaram tudo. Quando chegou o irmão quase matou o irmão, por que que me bateu.

Como observado, a violência psicológica é a mais mencionada quando se trata da expressão dos conflitos familiares (75%). Sem deixar marcas, a desqualificação causa sofrimento emocional, afetando a saúde mental dos membros (DELFINO *et al.*, 2005). Há casos em que a violência psicológica ocorre isoladamente, concluindo-se com isto a crise do momento. Nos casos em que há tapas e empurrões é relatado o descontrole emocional, que vai acontecendo de forma crescente, até culminar na violência física. Sendo assim, a violência física compreende, também, a psicológica, uma vez que vem acompanhada pelo terror, medo, submissão e sofrimento psíquico (FALEIROS; FALEIROS, 2008). Neste caso, temos a quase totalidade dos conflitos expressos de forma violenta.

Segundo Miotto (2000), as relações destrutivas estabelecidas nas famílias, assim como a dependência química, são sinais de sofrimento expressos pelas famílias quando estas não conseguem encontrar soluções para os problemas vivenciados no seu cotidiano.

Percebemos nos discursos a naturalização da agressão física que, por ser frequente, é minimizada e não mais percebida como violência. Isto será abordado com maior profundidade no tópico Violência e perda X Uso de crack e álcool (6.2.7).

B. Os motivos que desencadeiam os desentendimentos são as emoções desagradáveis entre os membros da família e o uso de álcool e drogas

DSC B1: *Muitas vezes você não tá bem e conversa com a pessoa e fala coisa que não deve... por irritação... às vez a gente discute por poucas coisas, por causa de filho, mãe... As criança briga por causa de brinquedo, daí a mãe fica indisposta... a discussão em casa é por causa de som, não quer que fale alto, é sempre isso. Eu não gosto assim de discutir com ninguém, aí me dá raiva. Um quer saber mais que o outro e eu não quero ficar quieta. Um joga as coisas na cara do outro, eu acho. Ciúmes. O que traz as brigas são as mentiras, porque ele é muito mentiroso. Principalmente a falta de respeito. Pra mim o que incomoda é que ele fala coisa pra mim que eu não faço... fala que fiz isso e eu não fiz, né... Eu fico chateada porque eu sou acusada do que eu não fiz. A hora que vai deitar ela pega a carteira e vai revirando e vai tirando... Acaba sendo por uma questão financeira, também, eu acho, porque ela quer dar o passo maior que a perna. É uma desorganização. Discuto quando vejo alguma coisa assim tipo desorganização dele...*

DSC B2: Na minha casa quando eu era criança, só a cachaça mesmo, começava a beber e já começa... inventar as coisas. Sem isso não acontecia nada. A droga deixa ele irresponsável. Isso só acontece nessa situação porque ele não faz nada de errado, nunca, nunca. Daí vocês tão transtornado com aquela situação, você tem que produzir, ele chega naquela situação, então todo mundo já fica naquela... tenso. Por causa da droga já nos descontrolamos, tem discussão. O marido dela, ele bebe muito também. Ela fuma e ele bebe. As brigas são por causa da droga.

Os conflitos na família se devem à intolerância, impaciência, irritação, raiva, ciúme, estresse, sentidas como desagradáveis, que são suscitadas por atitudes impróprias de um dos membros. As atitudes vistas como irritantes são a mentira, o desrespeito, a injustiça, a desorganização e a indisciplina. Os desentendimentos são sempre causados pela atitude ou comportamento considerado desagradável de alguém, que causa incômodo. Este comportamento faz o outro experimentar emoções desagradáveis, as quais ele não consegue suportar, com as quais não consegue lidar, nem expressar o desagrado adequadamente, então, reage de um modo agressivo. O efeito do álcool e do crack é citado como motivo para as brigas familiares em 45% dos discursos. Muitas vezes o segundo interfere no primeiro, ou seja, é por causa do uso da droga ou álcool que algum membro da família se comporta de uma forma que desagrada a outro, causando o desentendimento.

Segundo Minuchin e Fishman (1990) a droga nestas famílias tem a função de encobrir problemas relacionais, uma vez que a elas são atribuídas as causas de tudo o que não funciona no grupo. É interessante observar o relato das famílias de que, sem a droga ou o álcool, não acontece nenhuma desavença. De se pensar assim, suprimindo a substância psicoativa desapareceriam todos os conflitos e atritos entre os membros, como se possível fosse uma convivência idílica eterna.

Jung (1993), abordando os diversos aspectos que compõem o psiquismo, refere-se a Sombra e Persona. A primeira é tudo aquilo que a pessoa não quer ser, as qualidades desagradáveis que deseja esconder, o lado primitivo da natureza do homem, o aspecto obscuro. Já Persona indica como a pessoa deseja ser vista, é uma máscara que mostra o que se quer revelar e esconde o que se quer ocultar. Ambas são parte de todo indivíduo e devem ser integradas na personalidade para que haja um desenvolvimento saudável.

No entanto, há espaços ou grupos em que não se podem expressar os conflitos, as angústias e aspectos desagradáveis da personalidade, ou seja, em que só a Persona pode se manifestar; estes, então, encontram vazão na droga/álcool, que funcionam como um “bode expiatório” para vir à tona os sentimentos e aspectos negativos da personalidade que estão

reprimidos. As substâncias funcionam, então, como descrevem Minuchin e Fishman (1990), para manter a homeostase do grupo familiar, e o precário equilíbrio de relações.

A forma de resolução dos conflitos se dá pela espera que este se esvaia com o tempo, pelo afastamento físico e/ou por conversa posterior. Estas ideias estão representadas na Figura 4:

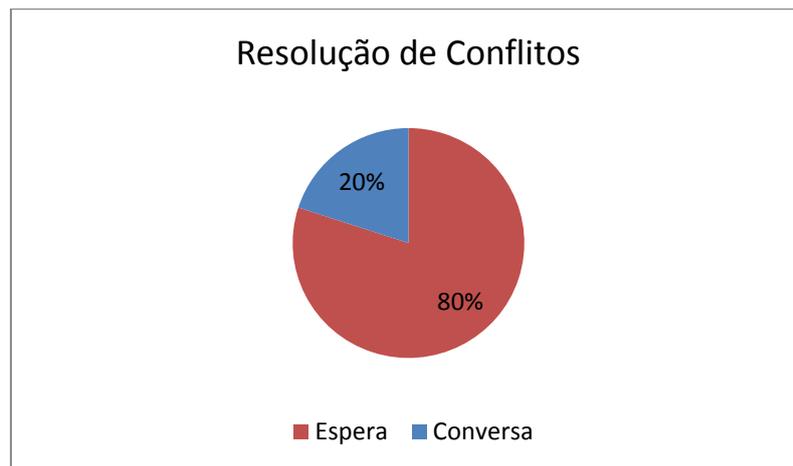


Figura 4: Distribuição das ideias centrais sobre a forma de resolução de conflitos intrafamiliares adotadas pelos membros das famílias dos usuários crack. Ponta Porã/MS-2014.

Em 80% dos discursos, quando ocorre o conflito, a família espera que este se dissolva com o tempo, todos silenciam e não há uma atitude a respeito do acontecido. Em 20% dos discursos, após o conflito há uma conversa retomando o assunto do desentendimento.

C. Espera a dissolução do conflito pelo transcorrer do tempo.

DSC C1: *Ah, cada um vai pro seu canto, eu fico quieto, fico na minha, saio, vou pra algum lugar, fico lá e depois passa... quando volto tá tudo bem de novo. A gente deixa quieto. Eu, por exemplo, esqueço rápido... depois passa, a gente pede desculpas, fica sem falar só uns dois dias, daí já passa sozinha a raiva... aí eu faço qualquer coisa pra agradar, pra poder tão bem de novo, em seguida acaba em paz. Eu não sei ficar de mal com alguém. Vem conversar e eu já converso. Às vezes eu fujo, outras vezes fico quieta. Não respondo. Aí desestressa, pronto, acabou. Aí volta tudo a conversar igual de novo. Deixa passar, nada acontece, aí acaba tudo. Não resolve, muito difícil.*

D. O conflito gera uma conversa posterior.

DSC D1: *De manhã cedo, depois, conversa só os dois, aí ele fala que não vai acontecer mais, bebe e começa de novo... Normalmente eu falo pra ele: “dá pra você...?” Se ele vai*

usar, eu falo pra ele, quando ele tá bem consciente, mas ele fala “eu tô errado, eu sei que eu tô errado” e... quando eu converso com ele assim, que ele vê que ele tá fazendo alguma coisa errada, ele manera, ele passa um bom tempo... A gente discute, briga, depois se conversa, um pede desculpas pro outro, aí se resolve.

Observamos em 80% dos discursos uma real inexistência de resolução de conflitos. Ignora-se o fato ocorrido, esperando que passe o tumulto, que se acalmem as emoções acirradas, e não se torna a conversar sobre o assunto. Então, as relações voltam à normalidade, sem menção ao desentendimento ocorrido. Parece estar estabelecido um mecanismo de negação, portanto, não há tentativa em resolver o motivo que causou a discórdia. Na dinâmica familiar estabelecida não há espaço para reflexão sobre os conflitos, enfrentamento ou negociação destes.

Há famílias em que se conversa a respeito; no entanto, isto ocorre mais como uma apresentação dos fatos, acusação e reclamação, seguido de um pedido de desculpas e da promessa de não repetir o ocorrido – coisa em que nem os próprios envolvidos acreditam seriamente.

Paz e Colossi (2013), em sua pesquisa sobre dinâmica familiar de dependentes químicos, apresentam resultados semelhantes, entendendo que o aprendizado familiar é de que problemas não devem ser discutidos. Esta é uma atitude semelhante à da criança de três anos que, ao brincar de esconde-esconde, fica no lugar em que está, fecha os olhos, e pede para que a procurem porque se julga bem escondida, já que ela própria não vê ninguém. Cerrando os olhos para o problema, este deixa de existir. Com esta atitude de negação observamos a dificuldade de entrar em contato com os reais conflitos vivenciados, adotando uma postura infantilizada, com empobrecimento da capacidade crítica, que não favorece o desenvolvimento de habilidades de negociação.

E. Não há conflitos na família

DSC E1: *Desentendimento? não tem nenhum. Nós nunca se desentende, nunca teve briga, nunca discutimos. Ele é assim tranquilo (marido), ele é um cara sossegado. Nem quando as crianças era pequena, nunca, porque minha filha é um amor, e meu filho também, ele é muito apegado à irmã, são apegados que Deus me livre. E o guri não trabalha, coitadinho, porque ele levou esse monte de tiro né, por causa de uma mulher casada... ele não andava com ela ele apenas tava no ponto de ônibus conversando com ela e chegou o marido dela e achou ruim que ele tava conversando, e deu seis tiros. Com o crack faz dez anos que a gente tá*

lutando, não sei como entrou nisso, quando eu vi já... só que ele não é agressivo, tinha vez que ele chegava em casa, quebrava tudo.

A total ausência de conflitos é justificada pela doçura, apego e afetividade dos membros. No entanto, no discurso acima, observamos ser esta afirmativa contraditória. Esta família, em particular, apresenta frequente contradição em seu discurso em todas as áreas. Há uma grande negação da realidade experienciada, associada à permissividade. A contradição será analisada mais adiante.

F. Há ganhos secundários na perpetuação do conflito

DSC F1: Deixa quieto. Eu sempre esqueço mais rápido do que ele, e eu sempre adulo um pouquinho. Eu fico rindo, falo: “calma, calma, parem”. Aí eu faço qualquer coisa pra agradar eles pra...poder eles tão bem de novo, em seguida acaba em paz. Quando ele chega transtornado, trato muito bem ele pra não haver discussão. A gente morou junto por 40 anos, daí me abandonou e eu que criei os três. Depois voltou outra vez e eu mudei de casa e deixei tudo pra ela o resto, as duas casas que eu construí e eram minhas.

A forma encontrada para resolver o desentendimento é agradar àquele que o desencadeou, para acalmá-lo e restabelecer a paz. Desta forma, a família pode retornar a seu precário equilíbrio de relações. Observamos que esta é uma forma inadequada de resolução de conflito, pois tende a manter o comportamento que se quer eliminar, uma vez que ao mesmo tempo em que este é criticado, é recompensado. Duplas mensagens são frequentes em famílias adoecidas, como resultado de uma comunicação confusa e incoerente entre seus membros (FÉRES-CARNEIRO, 2005). O comportamento negativo que gera uma reação positiva, acaba se estabelecendo e funcionando como uma retroalimentação negativa, pois traz benefícios a quem causou o problema, que, assim, não sente necessidade de modificá-lo.

6.2.3 Percepção da alegria: motivos, expressão e comemoração

Questionamos o que traz alegria na família, como esta é expressa e o que se comemora no grupo familiar. As respostas obtidas deram origem às duas figuras seguintes e aos discursos correspondentes.

As ideias centrais sobre os motivos de alegria estão organizadas abaixo:

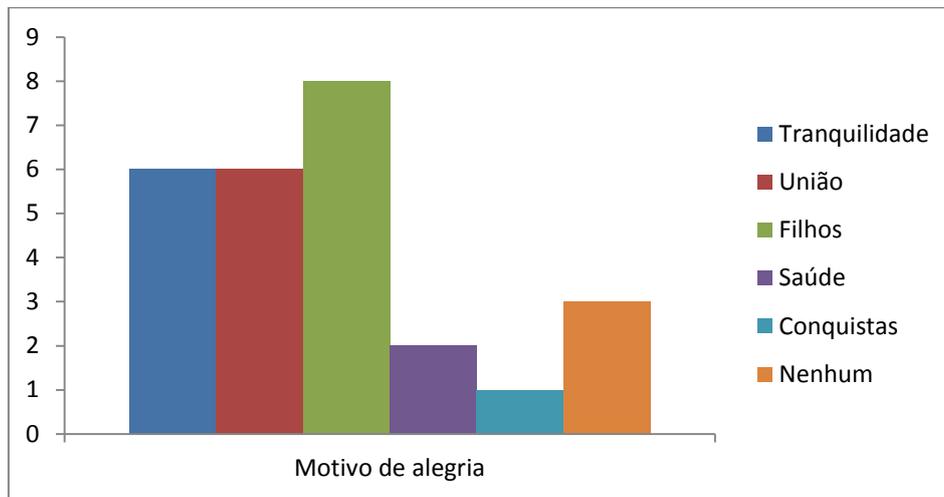


Figura 5: Distribuição das ideias centrais sobre os motivos de alegria dos membros das famílias de usuários de crack. Ponta Porã/ MS – 2014.

O maior consenso entre os entrevistados (40%) revelou que a alegria na família são os filhos, ainda que muitos reconheçam os problemas existentes com estes. Entre as sensações apontadas, tranquilidade e união são as que mais trazem alegria - na mesma proporção são descritas a possibilidade de estar sossegado e o fato dos membros da família estarem sempre juntos (30%). Em 15% do grupo estudado não há razão para o contentamento. A saúde também foi um motivo relatado por 10% da amostra. Atingir um objetivo, conquistar algo almejado, ter sucesso foi considerado o motivo de alegria na família de um entrevistado (5%).

A. A tranquilidade

DSC A1: *O que traz alegria pra mim é você ter aquela paz legal com todo mundo, a concordância, a harmonia, né... quando a gente não briga, ele não bebe, não usa porcaria, eu não fumo, tamo tudo junto em casa, fica todo mundo bem... Porque nós senta, conversa de boa, dá risada, brinca, come tranquilo, daí faz churrasco, faz almoço, assa uma carne legal, faz bolo, traz guaraná, conta causo...*

B. A união

DSC B1: *É quando estamos todos bem, né, todos juntos em casa, a família reunida, né, a união da família.*

C. Os filhos

DSC C1: *As crianças... são elas que trazem alegria. Assim, brincando, falando, correndo... Eu tô muito feliz vendo meu filho agora e daqui pra frente. Agora que nasceu a bebezinha, agora tão felizes, no momento ele parou de beber. O que traz alegria é quando meus filhos tão comigo, eles tão comigo de vez em quando só. Quem tá dando alegria ultimamente é as crianças.*

D. A Saúde

DSC D1: *A minha alegria é que minha família tá tudo com saúde, estamos todos bem, com muita saúde, estamos todos juntos. Saúde, união e não faltar o pão de cada dia é que é pra mim uma alegria.*

E. As conquistas

DSC E1: *Ah, o que traz alegria em casa é um bom rendimento, ser bem sucedido. Buscar aprender é uma coisa que os pais valorizam muito. Daí elogia, parabeniza. Faz uma coisa boa, ganha uma coisa, tem presente.*

F. Não há nenhuma alegria na família

DSC F1: *Nesse momento não tem alegria, não, hoje em dia eu não tô conseguindo saber o que é alegria, no momento não tô tendo nenhuma.*

São motivos de contentamento: concordância, tranquilidade, paz e harmonia. Em famílias que vivem frequentes situações conflituosas, estes momentos de calma parecem marcar como momentos de grande alegria. O modo que os membros têm de expressá-la é com reuniões entre si, nas quais dão risada, conversam descontraidamente e compartilham alimentos. Nestes relatos a alegria está muito relacionada ao momento em que não há uso de droga/ álcool. Este fato é facilmente compreendido, uma vez que estas substâncias criam uma situação de tensão, que é o oposto da tranquilidade que dá o prazer a estas famílias.

A união é vista como razão de alegria para 30% das famílias. Observamos, no entanto, que estes relatos correspondem, na maioria, a famílias intensamente conflituosas, onde a desunião é relatada com frequência.

Muitas vezes o que proporciona alegria não é um fato ou situação, mas sim, pessoas; são os filhos e as crianças que a proporcionam. Uma vez que o sentimento de alegria não dependa de algo, e sim de alguém, isto não deixa de ser uma grande responsabilidade e um

peso para aquele(s) que deveria(m) prover a família de alegria, com sua presença ou comportamento.

Alguns relatos mencionam a saúde como fator que traz alegria na família. Em um deles está associado à união (estar todos juntos e bem) e em outro ao sustento e sobrevivência (não faltar o pão de cada dia). No entanto, em uma destas famílias há também, em outro momento do discurso, o relato de doenças em todos os membros. Este aspecto da contradição será abordado mais tarde.

Apenas um discurso apresenta como motivo de alegria a conquista e o reforço positivo do elogio, parabéns e comemoração por isto.

Não encontramos estudos sobre a alegria ou percepção de emoções positivas em famílias de usuários de crack. Observamos que aspectos como altruísmo, esperança, felicidade, amor, coragem e amizade não integram os estudos existentes, que se debruçam principalmente nos aspectos patológicos e negativos das experiências deste grupo. Em relação a estes últimos, já há algum conhecimento construído, sobre as quais tem se embasado as intervenções de saúde. Parece-nos relevante, no entanto, conhecer também o que mantém estas famílias vivas e com esperanças, frente a tantas adversidades. Não é, de modo algum, secundário, o conhecimento do lado bom destes grupos que pode, em alguma instância, vir a ser fortalecido como um dos modos de intervenção.

As ideias centrais sobre o modo de expressar a alegria estão representadas na figura a seguir:

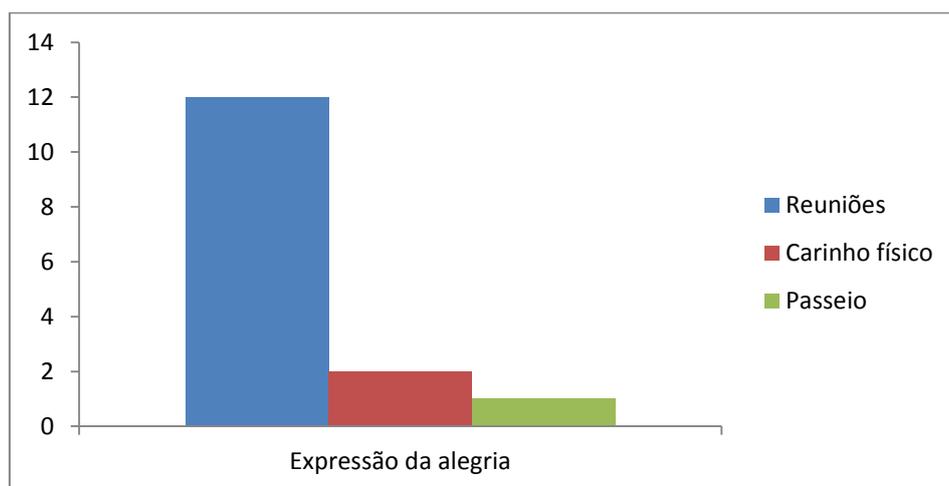


Figura 6: Distribuição das ideias centrais sobre a forma que a família do dependente de crack expressa alegria. Ponta Porã/ MS - 2014.

Em 60% dos discursos encontramos que as reuniões familiares são o modo escolhido para expressar a alegria do grupo. Em apenas 10% dos discursos é relatado o abraço, beijo ou afago como um modo de expressar o contentamento. O relato de passeio quando se está alegre representa 5% dos discursos.

A. A alegria é expressa através de reuniões, risadas, conversas descontraídas

DSC A1: *Nós começa a conversar e dar risada e contar causo, reúne tudo de boa, tira foto, toma tereré. Faz reunião, vem tudo, lembrando os bons tempos que a gente já passou e conversamos sobre as coisas boas que ainda podem acontecer... Se divertindo, né? A gente é muito de cantar.*

B. A alegria é expressa com carinhos, beijos, abraços

DSC B1: *Ah, se abre, né. Abraça, beija, fala da nossa vida... Faz carinho, né.*

C. A alegria é expressa saindo de casa para passear

DSC C1: *A gente sai, vai no mercado, na casa da mãe dele, né, vai visitar minhas filhas que é na casa da mãe dele.*

Considerando os motivos de alegria na família e a forma como esta a expressa, observamos que a tranquilidade é a única ideia central 100% casada com um modo de expressão determinado que é, além das reuniões, a partilha de alimentos (*Nós senta, conversa de boa, dá risada, brinca, come tranquilo, daí faz churrasco, faz almoço, assa uma carne legal, faz bolo, traz guaraná, conta causo...*).

Segundo Moreira (2010), a partilha de alimentos está relacionada com a segurança. Compartilha-se a mesa e os alimentos com quem se tem confiança de não ser atacado, onde se está seguro e em paz no grupo. Carneiro (2003) e Poulain (2004) afirmam que a sociabilidade manifesta-se sempre na comida compartilhada. Dos doze discursos que relatam serem as reuniões a maneira como a família expressa alegria, metade destes traz como motivo da alegria a tranquilidade, sensação esta que só nasce quando se está em segurança e se sente confiança.

Observamos a baixa frequência de demonstrações físicas de afeto, elogios e reforços positivos presentes na maioria destas famílias, nas quais as críticas, queixas e agressões, por sua vez, são tão fáceis e abundantes. A dinâmica familiar revela a existência de dificuldade na expressão dos sentimentos positivos, elogios, recompensas e manifestações afetivas, embora os membros anseiem intensamente por estas, como será visto no decorrer deste estudo.

D. As comemorações são em razão de aniversários, Natal e Ano Novo.

DSC D1: Comemoramos o aniversário de cada um. Aniversário pros meus filhos nunca faltou. Muitas vez faço festa de Santo Reis, Natal e Ano Novo, só dia dos pais e da mãe não comemora.

Observamos que, em 100% dos discursos as comemorações se dão em datas especiais de consenso geral. Os eventos de significado pessoal ou familiar, tais como seriam um bom desempenho em prova, aprovar o ano letivo, aniversário de casamento, vencer uma competição, conseguir uma vaga de emprego, e outros, não são razões citadas para comemoração. Uma exceção presente em alguns relatos é o aniversário.

De acordo com Raynaud (1994) e Ferreira (1997) as comemorações são elementos importantes na construção e redefinição da identidade e cumprem a função de trazer de volta a lembrança de uma pessoa ou de um evento. A construção da identidade se produz em relação aos outros, necessitando a aceitação, credibilidade e negociação com estes. A memória é um dos elementos constitutivos da identidade que permite o sentimento de continuidade e de coerência de um indivíduo ou de um grupo no processo de reconstrução de si. Ela é importante para reconhecimento e valorização do indivíduo. As comemorações, evocando a memória, representam a manutenção, coerência, renovação e continuidade da identidade de uma pessoa ou grupo (POLLACK, 1992).

Considerando o significado das comemorações, percebemos no grupo estudado a dificuldade em se dar importância aos marcos individuais, àqueles resultantes de conquistas de cada indivíduo que compõe o grupo familiar, o que nos reporta à dificuldade de reconhecimento e valorização dos membros deste e de si mesmo.

6.2.4 Regras e Limites: quem estabelece e forma de lidar com o descumprimento

As perguntas “Como vocês definem regras na família? Quando descumprem, o que se faz?” geraram as respostas que nos possibilitaram a compreensão sobre o estabelecimento de limites no grupo familiar. As ideias centrais sobre quem estabelece as regras na família estão organizadas e ilustradas na figura a seguir:

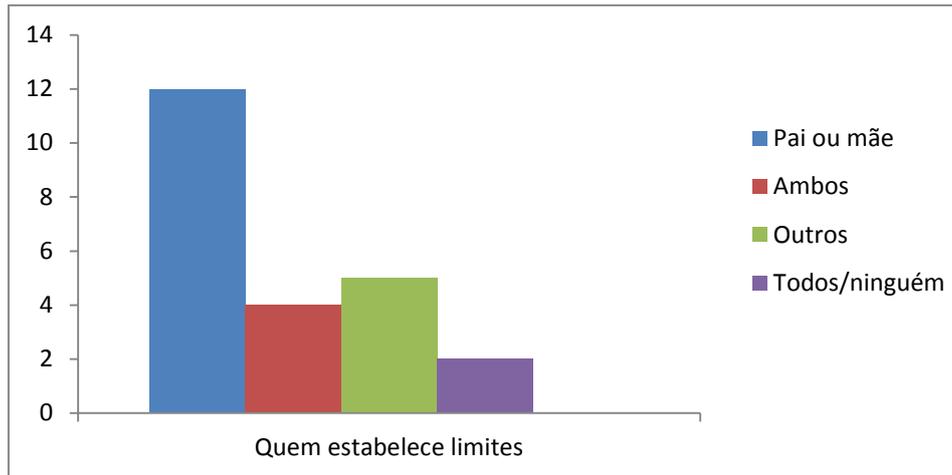


Figura 7. Distribuição das ideias centrais sobre a pessoa que estabelece as regras na família do usuário de crack. Ponta Porã/ MS - 2014.

Em 60% dos discursos, é um dos genitores que estabelece regras na família. Ambos os genitores - pai e mãe – são citados como responsáveis pelas regras em 20% dos relatos. Avós, irmãos ou adultos da casa fixam os limites, segundo 25% dos entrevistados. Há famílias em que não há regras estabelecidas - este grupo corresponde a 10% da população estudada.

A. As regras são estabelecidas por um dos genitores

DSC A1 (a mãe): *Quem coloca mais as regras é a minha mãe. Depois que meu pai foi embora, eu era pequena tinha uns 8 anos... a mãe. Ela mandava em todos e nos castigava se não obedecíamos. Ela não tem mais regras sobre os filhos... os filhos respeitam, os netos respeita tudo, ela manda um pouco, sabe.*

DSC A2 (o pai): *Na minha casa mando eu, sou em quem digo o que pode ou não fazer. Mesmo antes, quando morava com a esposa, sempre era eu.*

B. As regras são estabelecidas por ambos os genitores

DSC B1: *Quem põe as regras são minha mãe e meu pai, ambos. Os dois decide isso, ninguém faz sem decidir um só. Um pouco é ela, um pouco é ele.*

C. As regras são estabelecidas por pessoas que não são os genitores

DSC C1: *Na minha família anterior só tem um que todo mundo obedece porque... não sei, ele não fuma, ele não bebe, e ele é igual um pai pra nós, que fala o que pode e o que não pode. Quando eu era pequeno morreu o pai e a mãe abandonou um pouco e fui criado um pouco*

com a vó e o vô. Minha irmã que fala o que pode e o que não pode, ela que é a dona da casa. Mandam as pessoas mais velhas.

D. Todos ou ninguém estabelece as regras

DSC D1: *Lá é tudo... uma república, cada um no seu canto, ninguém manda em ninguém. Quando não faz algo eu pergunto: “por que você não fez, coração? O que aconteceu?” E eles responde: “não, não aconteceu nada, eu não fiz de preguiça”. E aí não dá nada, não fica de castigo, ninguém castiga ninguém. Desde pequeno é assim. Meus filhos nunca me desobedeceram.*

Quando as regras são definidas por um dos genitores, em 75% das vezes a responsável é a mãe. Este dado é interessante quando confrontado com um resultado anterior (6.2.1- DSC A1) em que, quando citado um dos genitores como a pessoa com quem há maior proximidade, este é a mãe, e dentre as razões de não haver afinidade com o pai, a justificativa é que ele é quem define regras e estabelece limites. No entanto, percebemos que muitas vezes é a mãe que estabelece limite e este não é fator de exclusão para haver maior proximidade com ela.

Quando as regras são fixadas por outros que não os genitores, observamos que, na maioria das vezes, isto acontece quando os filhos são criados por outros que não os pais, como os avós e os irmãos. Em apenas um caso é citado que qualquer adulto da família pode pôr as regras.

Há poucos casos em que todos ou ninguém estabelece regras na família, e, conseqüentemente, não há nenhuma correção. Como não há regras definidas, não há o que infringir e nada do que se faz é considerado inadequado, portanto, não precisa ser corrigido. Em ambos os discursos percebe-se um certo orgulho na forma de organização e funcionamento da família. Percebemos, inclusive, uma dificuldade de compreensão do que significa por limite, estabelecer regras, como é possível observar em um questionamento que uma entrevistada nos faz: “Como assim? Mantimentos, você diz? Antes, quando era pequeno, era eu que matriculava, eu ia pra escola, tudo”.

As ideias centrais sobre o modo de lidar com descumprimento de regras estão organizadas na figura abaixo:

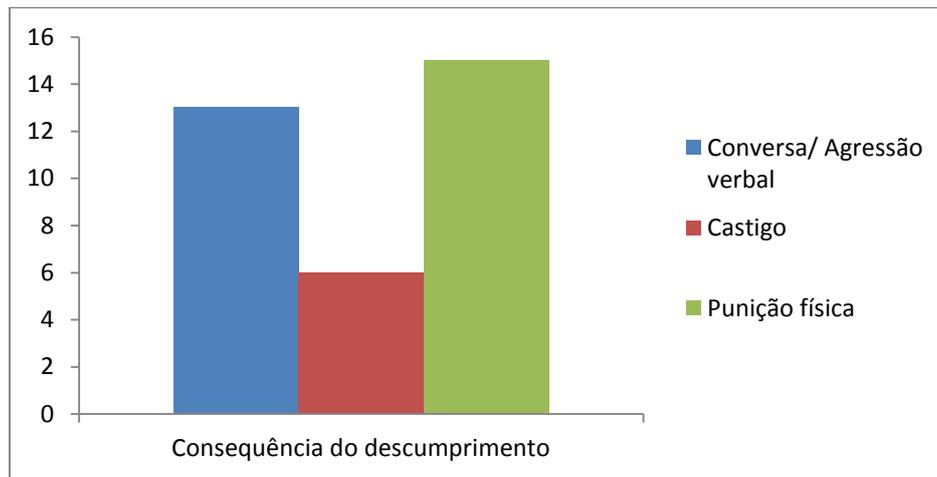


Figura 8. Distribuição das ideias centrais sobre as consequências do descumprimento de regras estabelecidas nas famílias de usuários de crack. Ponta Porã/ MS – 2014.

Em 75% dos discursos, o descumprimento das regras leva a uma punição física. As conversas explicativas/ admoestadoras, ameaças, gritos e xingamentos aparecem em 65% dos discursos. Os castigos, nos quais não há coação física, mas sim admoestação e privação de algum prazer ou privilégio, aparecem como atitude corretiva em 30% dos discursos.

A. O descumprimento de regras na família gera conversa, gritos e ofensas.

***DSC A1:** A primeira coisa quando faz o que não deve ser feito, a gente sentava e conversava... “por que fez”, fala na minha orelha, parece um louro, fala muito, explica... “olha, você tem que fazer isso”... Bronca mesmo, aí tem que escutar. Quando éramos crianças, às vezes minha mãe passava pro meu pai, meu pai vinha e conversava, fazia chorar e pronto, punha sentar ali, conversa, explica como criou. Os grandes a conversa é mais séria, é mais rígida, mais de perto. Entre eu e meu marido, quando descumpre aí a gente conversa, na hora não, mas depois a gente conversa. Agora houve uma atitude, antes não, conversava e faz de conta como nada aconteceu. Às vezes falava as coisas, às vezes discutia. Ele quer falar mais alto, se estressar um pouco, ele fala bem alto. Tem muita briga na casa, violência psicológica... ele é especialista em violência mental, as palavras dele dói mais que qualquer tapa na cara.*

B. O descumprimento de regras na família gera um castigo que consiste na privação de algo que resulte em prazer

DSC B1: *Tem que dar uma chance, uma ou duas se for preciso, é assim que funciona. Daí se insiste, quando desobedece fica de castigo. Perde alguma coisa, vai pra trás da porta, depois sai... daí obedece.*

C. O descumprimento das regras na família tem como consequência a punição física

DSC C1: *Se não tem jeito... quando abusa muito, apanha... então apanha assim na perna, uma paulada, mas assim dos bons, pra não esquecer mesmo. Quando eu era pequena, eu era terrível, apanhava muito. Naquele tempo podia surrar, né? Meu marido uns empurrão ele já me deu, mas eu dou também nele uns empurrão. Meu pai era muito agressivo com minha mãe, batia muito nela. Os filhos tem hora que a gente dá um empurrãozinho, uns tapinha vai. Dá umas palmadinhas nele. Quando fazia uma coisa muito grave assim, dava uma surra e pronto.*

D. Os filhos são muito obedientes

DSC D1: *Eles me respeitam, meus filhos me respeitam, meus netos me respeita tudo, eles tem um amor, uma obediência. Os meninos não dão trabalho, nunca deram. Na família eu digo o que pode ou não fazer, e eles obedecem. As crianças é tudo obediente, são todos educados. Meus filhos nunca me desobedeceram.*

Cumprir as regras estabelecidas por algum adulto envolve o conceito de reconhecimento de limites, respeito por aquele que as estabeleceu e obediência. Bueno, Santos e Moura (2010) retomam a importância da obediência infantil às instruções parentais para instalar o desenvolvimento de repertórios de autonomia, autocontrole e socialização das crianças. Segundo Wahler (1997), a obediência infantil é a resposta mais adequada da criança à instrução parental. Tal obediência só pode surgir quando há instruções, ordens, direcionamentos ou pedidos parentais que a antecedam.

As funções parentais não exercidas com consenso e autoridade, não permitem ao filho desenvolver adequadamente sua relação com o poder e o controle de suas emoções. Assim, ele não aprende a negociar em situações de poder desigual e não reconhece limites (MINUCHIN, 1982). Comportamentos de desobediência são comuns em determinada fase do desenvolvimento infantil, e não constituem sinais de disfunção. É de acordo com as consequências que estes comportamentos produzem que se dará a manutenção ou extinção destes (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; MANFRINATO, 2005).

Na correção do comportamento desobediente, percebemos o uso de ameaça e desqualificação do outro, no qual está misturado à intenção de educar o descontrole emocional frente ao desagrado que a infração de regras trouxe. A punição física também é utilizada como modo de correção do comportamento desobediente. Em todos os relatos deste discurso, aqueles que batem nos filhos ou parceiros contam que apanhavam de seus pais ou avós quando crianças. Percebemos que é esta a forma que aprenderam de lidar quando não se sentem obedecidos. Mais do que propriamente educar, estão, assim, expressando suas emoções diante do enfrentamento de sua autoridade.

As práticas educativas parentais podem ser coercitivas – punição verbal ou física – e não coercitivas – por meio da negociação, explicação e comando verbal (BUENO; SANTOS; MOURA, 2010). De acordo com estes autores, pesquisas relacionam problemas comportamentais, como agressão, desobediência e delinquência, a práticas educativas parentais coercitivas. As práticas não coercitivas favorecem a aprendizagem de comportamentos de obediência, ao contrário da punição, que não se mostra efetiva para a aprendizagem de comportamentos adequados.

Entre os discursos, aparece, também, uma situação de anomia, ou ausência total de regras. Quando os pais negligenciam seu papel disciplinador e mais tarde, para protegê-los, buscam remediar os problemas que os filhos causaram por desrespeito às regras e convenções sociais, negam a estes as oportunidades de evolução moral. Segundo Piaget (1994), a criança nasce na anomia e, através das correções de seus pais, vai adquirindo a consciência de dever, reconhecendo nos mais velhos a fonte e o modelo das regras, chegando, assim, à heteronomia e obediência. Esta se desenvolve primeiramente em relação à família e escola.

De acordo com Moreira (2004), é comum encontrar nas famílias com dependentes químicos limites geracionais frágeis e conflitos no exercício dos papéis familiares. Nestas famílias não estão bem delimitados os papéis de pais e filhos, de adultos com capacidade de estabelecer regras e crianças com consciência da existência destas; por esta razão, a disciplina fica enfraquecida ou inexistente.

Schenker e Minayo (2003) descrevem nas famílias de dependentes químicos a dificuldade que existe no estabelecimento de limites e a ambiguidade das regras estipuladas, tal como os encontramos no grupo estudado.

Costa, Cenci e Spies (2014), em seu estudo sobre conjugalidade e parentalidade na dependência de crack, descrevem famílias com fragilidade de vínculos conjugais e parentais, problemas no estabelecimento de limites e no acompanhamento do desenvolvimento dos filhos. As autoras associam tais resultados às situações de subsistência que tiveram que ser

administradas. Descrevem, também, a falta de apoio da rede primária - amigos e vizinhos - e secundária - escola e comunidade - como contribuidoras para a exposição aos riscos, fato que aumenta as chances de envolvimento com drogas.

Em relação às regras em diferentes modelos familiares, Genovese e Genovese (1997), em seu estudo com famílias reconstituídas, encontraram nestas uma disciplina pouco clara e indefinida, devido, talvez, às variações de regras e concessões a que estas vão sendo submetidas, conforme cada novo arranjo vai sendo feito.

Há uma ideia bastante presente nos discursos e, em sete deles, efetivamente expressa, que é a de que os filhos são muito obedientes. Nossos achados são corroborados pela pesquisa de Orth e Moré (2008), na qual mães de usuários os descrevem como bem educados, obedientes, filhos que nunca deram trabalho. Tais resultados fazem-nos pensar que se torna difícil falar em obediência e bom comportamento em um ambiente em que não se tem regras para, de fato, obedecer, ou modelo de comportamento adequado para seguir. Sem um parâmetro claro e definido não há como se estar fora dele. A ideia de obediência dos usuários membros da família, antes de nos parecer ser uma característica própria deles, remete-nos à falta de clareza dos limites a serem respeitados ou mesmo ausência destes.

6.2.5 Percepção do Amor: como se percebe amado e o quanto isto é parte da sua vida

Frente à pergunta “O que faz você se sentir amado? Quando foi a última vez que se sentiu amado?”, obtivemos as respostas dispostas na figura e discursos a seguir.

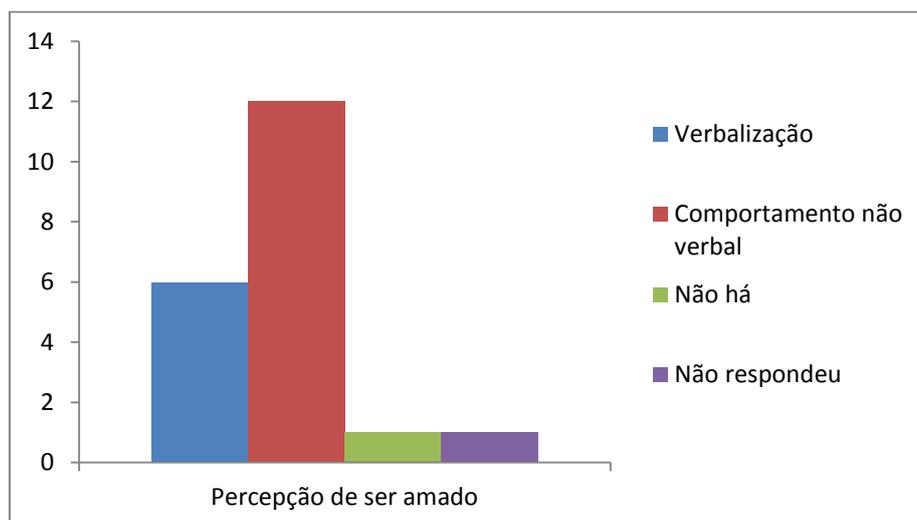


Figura 8. Distribuição das ideias centrais sobre a percepção de ser amado do familiar de usuário de crack. Ponta Porã/ MS – 2014.

A. O sentimento de amor é percebido quando este é expresso verbalmente

DSC A1: *É bom quando a gente escuta, né? Quando fala, né, quando me diz assim, diz que gosta de mim, quando vem e me dá atenção... a pessoa que te ama expressar isso pra você... me chama de meu amor. Depois que ele se arrepende, todo dia ele me chama de meu amor, “eu te amo”, todo dia ele fala. Ele se arrepende e valoriza a pessoa que tem. Sempre ele foi assim, sempre... fala que gosta de mim, que me ama e que sem mim ele não pode viver.*

B. O sentimento de ser amado é causado por comportamentos não verbais que o confirmam (carinho, abraço, beijo, atitude, consideração, gestos)

DSC B1: *Com carinho, abraço, gestos, as atitudes,... quando vem e me dá atenção, me abraça, me beija, cuida de mim... o carinho físico. Quando recebo o carinho dos meus filhos, quando minha família tá perto de mim... É eu terminar o horário de trabalho e vir pra casa, saber que tá todo mundo me esperando lá, tranquilo... quando eu tô tranquilo, né, sem ser incomodado, sem discutir com ninguém.*

C. A percepção de ser amado é inexistente

DSC C1: *Não tem nada que me faz sentir amada.*

Observamos que, embora a maior parte dos entrevistados se sinta amado por atitudes e contato físico, o toque é pouco frequente nas manifestações de contentamento e aprovação (6.2.3 - DSC B1). Uma vez que abraços, beijos e afagos pouco fazem parte das demonstrações de alegria e comemorações, e que é principalmente o contato físico que desperta a sensação de ser amado, podemos hipotetizar que nestas famílias não se propicia ao outro a possibilidade de se sentir amado.

Nossos resultados estão alinhados com a pesquisa de Paz e Colossi (2013) que observa em seus entrevistados uma dinâmica familiar com dificuldade de lidar com a proximidade afetiva, e a necessidade de um importante conflito para a manutenção da unidade familiar. Também Seleglim e Oliveira (2013) em seu estudo relatam ausência de comportamentos de afeto e deficiência nos vínculos.

Em dois discursos a percepção de ser amado está na possibilidade de obtenção de tranquilidade. Ambos são discursos do pai de usuário.

Alguns relatos revelam que a declaração de amor que faz a pessoa se sentir amada costuma vir após um desentendimento. Resultado semelhante encontramos em Vilela (1985) em sua pesquisa sobre percepção de amor/ desamor, quando a declaração tem a função de

reconciliação após uma briga, fato que a autora atribui à capacidade do amor de suavizar tensões e superar discussões buscando recuperar o prazer.

Há um discurso em que a entrevistada relata que não se sente amada. Porém, ao responder à pergunta seguinte, declara que toda hora se sente amada. A contradição presente no discurso será abordada mais adiante.

D. A última vez que se sentiu amado (a) foi na última semana ou meses atrás

DSC D1: *Quando? Cada momento, né... Sinceramente? Hoje de manhã, ontem, final de semana passado... agora sempre, né?*

DSC D2: *Ah, não sei, faz tempo. Vixi, faz dias, né... é meses mesmo... faz um ano.*

Neste estudo foram entrevistados dois casais de ex-usuários. Ambos os casais responderam a esta pergunta afirmando que a última vez que tiveram o sentimento de ser amado foi ontem ou hoje. Não encontramos estudos sobre a percepção de amor em usuários de crack e suas famílias. Os resultados obtidos neste estudo nos fazem refletir sobre a relevância do sentimento de ser amado e de pertença como medida de recuperação na dependência química.

Uma pessoa não respondeu à pergunta sobre o que lhe faz sentir amado e nove não responderam quando foi a última vez que se sentiram amados. Alguns entrevistados choraram antes de responder. Esta pergunta invariavelmente causou comoção. Ao final da entrevista muitas pessoas mostraram-se surpreendidas, satisfeitas ou incomodadas, por terem tido a oportunidade de refletir sobre um assunto que, segundo os relatos, nunca antes haviam pensado. Com bastante frequência ouvíamos dos entrevistados que essa pergunta era difícil de responder. Alguns retornaram à instituição em outro dia pedindo para falar com a entrevistadora, com o depoimento de que as perguntas trouxeram uma visão nova à sua vida, que está lhes fazendo refletir sobre vários aspectos nunca antes considerados. Esta reação também foi suscitada na pesquisa de Vilela (1985) sobre o amor.

Frente à facilidade com que violência física, abuso de substância química, desrespeito, ofensa, assassinatos, abandonos, são relatados nas entrevistas sem constrangimentos ou comoção, torna-se importante a reflexão sobre os sentimentos positivos e a percepção da ausência deste em nossa vida. Parece ser que o contato com os sentimentos e as vivências negativas se naturaliza e se torna parte do esperado nestas famílias, enquanto que falar de qualidades pessoais, aspectos positivos do grupo, alegria, percepção e expressão de amor causam desconcerto, maravilhamento e incômodo ao mesmo tempo. Percebemos, assim,

como parece difícil vivenciar emoções e sentimentos positivos, uma vez que o grupo familiar não está aberto a percebê-los no seu cotidiano.

6.2.6 Fortalezas e fragilidades da família

Para compreender o ponto de vista da família a respeito de suas fortalezas e fragilidades foi perguntado “O que é bom na sua família? E o que não é bom?”. Os relatos foram agrupados nas figuras e discursos que seguem.

As ideias centrais sobre o que há de bom na própria família, estão ilustradas a seguir:

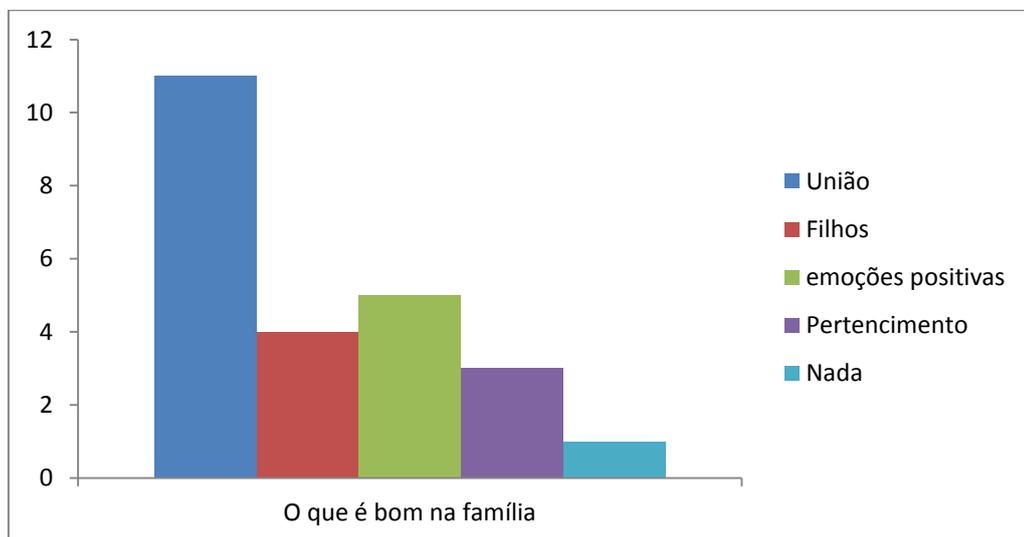


Figura 9. Distribuição das ideias centrais sobre o que é bom nas famílias de usuários de crack. Ponta Porã/ MS – 2014.

Em 55% dos discursos a União é citada como o que há de melhor na família. Os relatos que descrevem a gratidão, a tranquilidade, o carinho e o amor entre os membros correspondem a 25%. É citada também a sensação de pertencimento ao grupo em 15% dos discursos. 5% não reconhece nada como bom no grupo familiar.

A. A união:

DSC A1: O que é bom mesmo é tá tudo vivendo junto, não sair de perto, ficar por perto... convivência, né? Assim de se encontrar, almoçar todo mundo junto, tudo conversando. Ver que estamos juntos, você chega lá e tá tudo unido. A união. Quando tá todo mundo junto sem

brigar. Mesmo que eles brigue tudo, eles são tudo unido... A união quando se precisa. Eu gosto quando tão unidos.

B. Os filhos:

DSC B1: *Meus filhos. Mesmo agora, com todos os problemas disso aí (a droga)... são meus filhos ainda. Ver que estão todos bem, que estamos juntos. A persistência dos filhos, que nunca desistiram.*

C. As emoções positivas/afetividade:

DSC C1: *Tranquilidade. Isso daí é muito bom. Eles são muito carinhosos. Amor, né, e carinho, afeto, consideração... Gratidão e amor é bom na minha família.*

D. O pertencimento:

DSC D1: *Acho que bom é tá lá em casa, é quando eu tô num lugar que é meu, parece. Não sei... tá casada, ter meus filhos, ter um lugar onde posso me deitar e descansar, ter o meu lugar... tá vivendo tudo junto, não sair de perto, ficar por perto... Meu marido também tem esse lado assim, acho que é por isso que a gente combina.*

E. Nada:

DSC E1: *Nada é bom na minha família. Só dificuldades.*

Esta foi outra pergunta que não pareceu fácil aos entrevistados responder. Mais da metade considerou uma característica muito boa da família a união. Este dado nos chama a atenção uma vez que é observado ao longo das entrevistas destas famílias situações de muita desunião e desagregação entre os membros. Ainda assim, o sujeito coletivo ressalta a união como o melhor elemento do grupo familiar.

Com este resultado consideramos importante pensar sobre a família que, de fato, se tem e aquela que se deseja ter. Percebemos nas entrevistas uma dificuldade, não na reflexão propriamente dita, mas nas emoções que suscitavam se ater a esta e, então, como consequência, algumas respostas de senso comum ou convencionais. Muitas vezes as mesmas pessoas que responderam que o melhor entre eles era a união, ao responder sobre o que consideram um aspecto ruim de sua família disseram que é a desunião. Por um lado, estes resultados podem sugerir a dificuldade do olhar sobre a família real e a tendência de uma percepção fantasiosa compensatória. Há, no entanto, outro lado que se impõe e que não podemos deixar de analisar.

A fala dos entrevistados é de que são unidos porque eles *podem* contar uns com os outros nas dificuldades e momentos mais difíceis. Esta fala pode ser entendida de um modo mais amplo: são unidos porque eles *só* podem contar uns com os outros. Considerando a realidade econômica e social em que vivem, o ambiente hostil, a situação de miséria e as perspectivas desesperançadas de mudanças, entre si é que eles se confortam e ajudam, configurando-se a família um núcleo de sobrevivência em um entorno ameaçador. Sob este ângulo, certamente a família é unida e, o que há de pior, que teria o poder de enfraquecê-la e desagregá-la, seria a desunião.

Não encontramos estudos sobre o que é visto como positivo dentro da família, por um indivíduo pertencente ao próprio grupo, seja em famílias com problemas de dependência ou quaisquer outras para comparar nossos resultados.

Todos os discursos que relatam como bom na família o sentimento de pertença são discursos de ex-usuários que constituíram suas próprias famílias. A questão de pertencimento é abordada no tópico Violência e Perda X Uso de crack/ álcool (6.2.7).

Um discurso revela que em sua família não há nada de bom, e tudo é ruim. São respostas imediatas, emitidas sem maior reflexão, acompanhando o tom de descontentamento, tristeza e queixa que se mantém durante toda a entrevista.

As ideias centrais sobre o que não é bom na própria família estão organizadas e dispostas na figura abaixo:

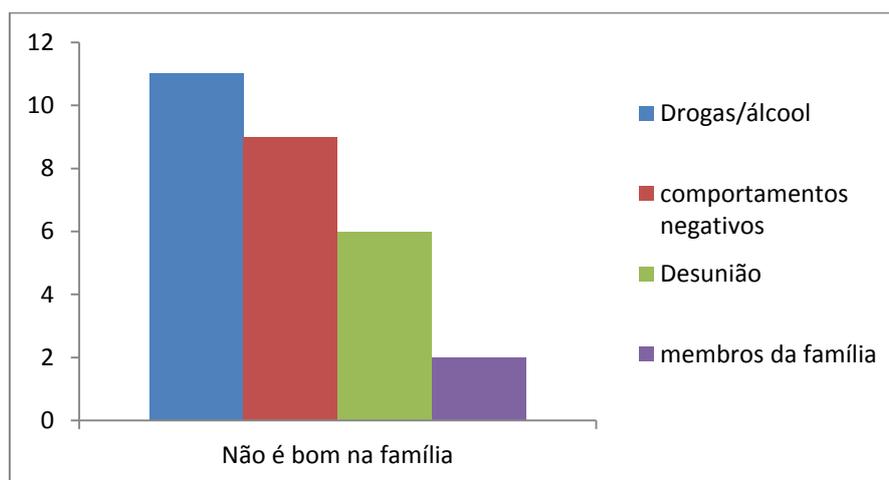


Figura 10. Distribuição do que não é bom nas famílias de usuários de crack. Ponta Porã/ MS-2014.

As drogas e o álcool foram citados em 55% dos discursos como a única coisa que não funciona na família e, sem os quais, tudo seria bom. Em 45% são citados os comportamentos negativos, quase sempre atribuídos à presença do crack ou álcool. A desunião é apontada em 30% dos relatos. Os discursos que apontam determinados membros como muito ruim na família, que se pudessem mudariam, perfazem 10% do total.

A. A droga ou álcool

DSC A1: O que não é bom é que eu não tô conseguindo resolver com esse menino, a droga. Esse negócio aí que usa, né. Ah, essa maldita droga. Os vícios. A bebida, porque traz o desgosto, a tristeza, muita bebida... o jeito dele com isso que ele usa, né.

Quando perguntados, estes entrevistados afirmam que, antes do uso da droga/ álcool, não havia nada que não fosse bom na família. Estas famílias, no entanto, relatam o uso de crack/ álcool em suas gerações anteriores, por seus pais/ avós, expressando uma repetição da dinâmica adicta ao longo da história familiar. Se assim for, nunca houve, de fato, um período em que não tenha havido o consumo na família para se dizer que antes da dependência tudo na família era bom. Observamos, então, que a droga cumpre uma função de acobertar algo que não funciona na família; o usuário da droga é, na realidade, o portador do sintoma da disfunção familiar, colaborando para manter o equilíbrio de seu grupo e encobrindo conflitos arraigados à estrutura familiar (KAUFMAN, 1989; REZENDE, 1997; MOREIRA, 2004; SEADI, OLIVEIRA, 2009). A droga/ álcool tem um lugar privilegiado na atenção familiar, retirando o foco de conflitos parentais, do relacionamento conjugal e demais relações intrafamiliares, por isso o que é expresso como ruim na família é só o crack/álcool.

Percebemos que é incômodo para os entrevistados nomear a droga; falam desta mas o discurso é sempre preenchido por reticências e subtextos. O crack é um tabu na família, sobre o qual, embora exista e todos saibam, não é para se falar a respeito.

B. Os comportamentos negativos

DSC B1: Sei lá... briga, desentendimento... o desentendimento que não é bom, a falta de diálogo... a discussão é o mais ruim que tem. Não gosto da briga, da discussão à toa. A agressão verbal, quando meu marido me chama de puta. Não tem limite, não sei se é eu que não consigo. Falta de respeito, falsidade. Eu gostaria que ele mudasse a situação, que ele respeitasse mais.

Os discursos que compõe este DSC fazem referência à falta de respeito, falsidade, agressão verbal, briga, falta de diálogo, falta de limites, como aspectos negativos vivenciados

na própria família. Uma vez mais, tais comportamentos são associados à droga, como consequência de seu uso.

C A desunião, o distanciamento e o não pertencimento.

DSC C1: *O que não é bom é quando ficamos todos separados, quando a gente consome, a gente fica fechado, minha filha fica longe, fica cada um por um lado... essa distância dos filhos é ruim. Eu acho que a desunião dá muito conflito, entre os filhos, entre o casal mesmo.*

Minha mãe é meio distante de mim assim... A distância, a falta de mostrar afeto, a desunião.

DSC C2: *Quando eu tô fora. É, acho que é mais isso mesmo, eu estive muito tempo, não que na casa da minha sogra me faltava alguma coisa, mas eu ficava sabe naquela... “puxa...” eu gosto de pertencer a algum lugar e o que não é bom é quando estou fora. Ah sim, acho que todos se sentem assim, pelo menos meu marido fica, ele também tem esse lado assim, acho que é por isso que a gente se combina.*

A desunião, algo considerado ruim na família, pode ser associada também à falta de pertencimento. A necessidade de pertencer será abordada em maior profundidade mais adiante. Considerando os discursos anteriores que relatam a união como motivo de alegria e característica positiva presente na família, a contradição presente será, também, discutida no final deste capítulo.

D. Membros da família

DSC D1: *O que não é bom mesmo na minha família é o meu marido/ irmão/ mãe/ filhos. Eu mudaria ele(s), que não muda nunca mais. O que eu não gosto é do meu irmão tá se afundando na droga, tá ficando que nem meus filhos. Eu não sei como é que fui ter três filhos assim. Só ele(s) mesmo que não é bom.*

Neste discurso, uma falha da unidade familiar está associada a um ente. Uma vez que o que é ruim é parte constituinte da própria família, isto traz uma consequência lógica, que é a impossibilidade de efetuar mudanças nesta. O que não é bom na família são as pessoas, e se houvesse a possibilidade de modificá-las, isto faria com que tudo o que é ruim na família desaparecesse. Quando os membros da família agem como se os relacionamentos familiares fossem opcionais, fazem-no em detrimento de seu próprio senso de identidade e da riqueza de seu contexto emocional (CARTER, MCGOLDRICK, 1995). Como tais relacionamentos não são opcionais e não há poder para se estabelecer uma mudança no outro, o risco é cruzar os braços e aceitar o que é ruim, uma vez que se entende que nada se pode fazer para melhorá-lo.

6.2.7 Violência e Perda X Uso de Crack/ Álcool

No transcorrer das entrevistas surgiram relatos de violência e perdas vivenciadas pela família. Tais relatos não fazem parte da resposta à pergunta sobre conflitos, que gerou uma discussão anterior, neste estudo, sobre práticas violentas. Devido ao conteúdo impactante e alta frequência com que aparecem tais temas, consideramos importante abrir um eixo para apresentar os discursos abaixo.

A. A experiência da perda.

DSC A1: Eu tava no acidente. O carro tombou, só tava eu com eles, eu lembro até hoje, eu penso muito nisso até hoje. Minha mãe casou de novo várias vezes. Nós somos muitos irmãos, tudo de pais separados, ninguém do mesmo pai e mãe, tudo irmão de mesma mãe. Minha mãe tinha um filho com cada pai, a cada dois anos nascia outro irmão. Eu era gêmea e minha irmãzinha morreu afogada no rio quando tínhamos dois anos. Quando minha mãe foi morar em Portugal, ela não levou nenhum filho. Eu fui morar com minha avó porque minha mãe tinha que trabalhar e depois que ela amigou com meu padrasto eu... fiquei. Ele traiu minha mãe, ela só descobriu que tava grávida depois. Ele nem chegou a ver a filha dele. Aí a mãe veio e levou embora nós, eu era pequena e tinha que cuidar da minha irmã que era pequena também, e cozinhar e dar comida pra ela, e eu fazia só macarrão porque não sabia fazer outra coisa. Ela voltou a casar e foi assassinada pelo meu padrasto. Eu tava presente quando ele matou ela e levou a filhinha deles. Eu fui morar com minha avó. Daí em seguida eu amiguei. Já casei várias vezes. Casei, tive uma filha, separei e casei de novo. Tive um filho, fiquei viúva, daí voltei a casar e fiquei viúva de novo. Eu criei as crianças sozinha. De um eu separei porque ele abusou da minha filha, da filha dele mesmo. Aí namorei outro, engravidei, ele foi embora atrás de mulher, não falou nada, ficou por isso mesmo e agora ele tá preso. Depois conheci esse meu marido com quem tô junto com quem tenho uma filha. Quando eu vim morar com ele eu já não tinha mais filhos comigo, já tava sozinha, os filhos tudo o Conselho (Tutelar) já tinha tomado. Agora fica na dúvida se o que é que vai acontecer com a criança, se não vai levar, se vai ficar... os outros o Conselho levou tudo.

Percebemos o sentimento de abandono em todas as famílias entrevistadas. Em 100% destas foi constatado um evento traumático seguido do sentimento de abandono, anterior ao consumo de crack/ álcool. Este evento traumático pode ser a separação dos pais, o nascimento de um irmão que lhe retira atenção do genitor, a desatenção constante, a negligência nos cuidados, a morte, ou um abandono real (quando um dos genitores se ausenta

permanentemente deixando a pessoa sob a responsabilidade de outrem). Com o uso da droga somam-se outras perdas, que potencializam o sentimento que se procura evitar.

Enquanto Bowlby (2002) fala em “apego seguro”, Winnicott (1983) fala em “ambiente facilitador”. Ambos se referem aos vínculos afetivos estáveis que permitem ao ser humano um desenvolvimento saudável, e à segurança da continuidade de tais vínculos, que permitem que a criança se afaste do seu cuidador para poder construir sua autonomia. Estes laços são construídos na infância, com as práticas parentais de cuidados e afagos.

Segundo Bowlby (2002, 2004a, 2004b) as experiências de separação e perda das figuras centrais de apego são fundamentais para entender as perturbações sofridas pelas crianças. O autor atribui a estas experiências um potencial patogênico, alertando que os sintomas causados por estes podem se manifestar ao longo da vida. A separação dos pais faz a criança experimentar um sentimento total de perda: da unidade familiar, da presença de um dos genitores, de alguma segurança, da esperança que tudo volte a ser como era antes. De acordo com Peck e Manocherian (1995), a separação dos pais está em segundo lugar entre os eventos mais estressantes de vida, e pode se fazer sentir algumas vezes como morte.

No recasamento as principais questões dos filhos são lidar com as perdas, com as lealdades divididas, com o fato de fazerem parte de duas famílias e não saberem a qual delas pertencem, com as fantasias de juntar novamente os pais e com a culpa de ter causado a separação destes (VISHNER *et al.*, 1996).

Não é a separação propriamente o problema, mas a forma como os pais se separam, o modo como comunicam isto aos filhos e a continuidade ou não do exercício dos papéis parentais. Quando, como resultado da separação, ocorre negligência, abandono e privação de cuidado aos filhos isto é considerado uma forma de violência intrafamiliar, que expõe a criança a maus tratos, atraso escolar, abuso sexual, entre outros problemas (MINAYO, 2005).

É na família que os membros vão desenvolvendo a individualização e também o sentimento de pertencer (MIOTO, 1998). Observamos, neste estudo, famílias que sofrem perdas trágicas ou constante troca de membros do grupo, no qual são adicionados uns e vão desaparecendo outros com os quais, geralmente perdem o contato. Tal situação fragiliza o sentimento de pertencimento, o que aumenta a sensação de abandono.

Segundo Dahl, Cowgill e Asmundsson (1987) o tempo para surgir o sentimento de pertença na família recasada é de dois a quatro anos. Uma pesquisa revelou que famílias recasadas referiam-se aos filhos dos relacionamentos anteriores como “os teus” e “os meus”, sem nunca mencionar “o nosso”, e que foi após três a quatro anos de união que começaram a

se perceber como unidade (COSTA; DIAS, 2012). No entanto, muitas das famílias do presente estudo antes desse tempo desfazem esse vínculo e realizam novo recasamento.

Stanton e Todd (1985) encontraram em seus estudos com dependentes químicos, a ausência de um dos genitores, frequentemente o pai, ou ambos, por separação ou por morte. Sobre a perda por morte, abordamos anteriormente (6.2.1 - DSC B1) estudos destes autores e de outros, analisando os seus efeitos e comparando com os resultados de nossa pesquisa. Diversos estudos apontam a dificuldade em lidar com a separação dos pais ou morte de um familiar (ALVAREZ; GOMES; XAVIER, 2014), a falta de apoio parental (BAHR; HOFFMANN; YANG, 2005; ALVAREZ; GOMES; XAVIER, 2014), a negligência e o abandono (BITTAR; NAKANO, 2011) entre os fatores predisponentes ao início e manutenção do uso de drogas.

É importante analisar a perda nestas famílias porque ela vai se dando, com o tempo, em vários níveis. Na infância, há a vivência do abandono parental. Na adolescência e juventude, quando iniciam o uso da droga, tornam-se geralmente mais agressivos com seus genitores na tentativa de conseguir e manter uma pseudoindependência, uma vez que costumam retornar à família depois do uso. Assim, a família vive uma sensação constante de abandono e retorno e, o usuário, a angústia decorrente do processo de separação e distanciamento da relação familiar (KALINA, 1999; STANTON E TODD, 1985; SUBDRACK, 2004). E há, ainda, um terceiro nível, quando, no abuso da droga, o indivíduo abandona seus hábitos, costumes e relações e, por fim se perde de si mesmo. Assim, com as sucessivas perdas, o sentimento de abandono surgido na infância, tende a crescer, confirmar-se cada vez mais, e se perpetua.

B. O discurso da violência

DSC B1: *É complicado falar qual relacionamento é bom, todo mundo vive se xingando, quando não é entre pai e mãe, é com os filhos. O meu avô era muito agressivo com a minha vó, batia muito nela. Minha vó também pegava a cinta e batia na gente, nós apanhava e feio. Minha mãe separou do meu pai e voltou a casar. A gente se dava mais ou menos com o padrasto... ele era bonzinho mas só que quando bebia que era chato... Esse também usava álcool... o marido anterior usava também... bateu uma vez na minha mãe e quebrou o braço dela. Ela foi assassinada pelo meu padrasto. Meu marido me bate, eu nunca bati nele, só que ele me bate, quando sai pra bagunça e volta daí eu apanho, porque ele chega e me bate. Eu dou também nele uns empurrão. Ele sempre foi ruim, isso os meninos se espelharam nele, ele queimava roupa, quebrava o carrinho deles, e os dois meninos faz a mesma coisa. Um filho*

meu levou esse monte de tiro né, por causa de uma mulher casada, chegou o marido dela e deu 6 tiros. Tinha vez que ele chegava em casa, quebrava tudo. Meu marido mesmo nunca deu carinho pras crianças, pra todas, só patadas, esculhambava... Ele jogava a cama da minha filha, era horrível. Ela diz que eu só acreditava nele, que não acreditava nela, né, mas o que eu posso fazer, difícil saber quem tá dizendo a verdade.... eu também tinha que trabalhar... O ataque que ele tinha com as crianças tinha comigo também, tudo igual. Ele é especialista em violência mental. As palavras dele dói mais que qualquer tapa na cara. Eu separei dele porque ele abusou da minha filha, da filha dele mesmo.

Encontramos neste DSC assassinato, acidente de trânsito, abuso sexual, espancamento e agressões verbais. Cabe lembrar que este discurso não corresponde à vivência de um indivíduo em particular, mas sim é composto pelos relatos de vários participantes, com a mesma ideia central. Esta violência permeia a fala de todos os entrevistados quando contam sobre suas vidas, fornecendo dados sobre a naturalização da vivência de violência, que vai acontecendo intergeracionalmente. Não percebemos, durante os relatos, qualquer expressão de assombro, sentimento de injustiça, indignação, tristeza, choque ou desagrado. A vivência negativa não é acompanhada da emoção negativa, porque ela se tornou natural.

A representação social da violência é de que esta é inerente às relações, sendo, ao mesmo tempo, consequência destas, da comunicação e da vida social. Esta concepção existe como certeza na estrutura do pensamento popular (MINAYO, 2003).

A violência intrafamiliar é um tema relevante na atualidade devido ao aumento de incidência e à gravidade da questão, uma vez que prejudica os processos de desenvolvimento físicos, psicológicos e sociais dos indivíduos nela envolvidos, e da sociedade como um todo (DE ANTONI; BARONI; KOLLER, 2007).

O sistema conjugal é, para os filhos, um modelo de como são as relações de intimidade, como se expressa o afeto, como se relaciona com os parceiros e se lida com conflitos de iguais. Assim, crianças que testemunham a violência conjugal podem se relacionar no futuro com o mesmo modelo aprendido na infância (MINUCHIN, FISHMAN, 2003).

Segundo Assis e Deslandes (2006) a violência, quando sofrida nas práticas educativas, muitas vezes não é sentida pelo filho como agressão, sendo justificada por este como uma maneira correta de corrigir um comportamento errado seu. Os sentimentos de adolescentes vítimas de abuso físico são ambíguos, convivem com os sentimentos de raiva, afeto e ódio pelos familiares e a aceitação de que a dor que sentiram foi merecida e se deve ao amor e

necessidade de educá-los. Amor e dor, assim, desde tenra infância, apresentam-se juntos e indissolúveis, este último sendo justificado pelo primeiro.

A violência, nestas famílias do estudo, exerce uma função de comunicação, com um subtexto de poder e subjugação. Percebemos, então, a inabilidade e a impossibilidade destas em se expressar de outro modo, pois que sequer concebem que existe uma outra forma de trocas afetivas, sendo somente através destes códigos transmitidos de geração em geração que conseguem se expressar, sentir-se conectados e partícipes do grupo.

Baseado em estudos que demonstram a associação entre experiências adversas nos primeiros anos de vida e comportamentos compulsivos perseverantes de natureza motivacional, principalmente a busca de estímulos prazerosos (ERNST; ROMEO; ANDERSEN, 2009), Tractenberg *et al.*(2012) sugerem a investigação da história de experiências traumáticas vivenciadas na infância e adolescência de tais pacientes. De acordo com estes autores, uma intervenção eficaz no tratamento de usuários de crack deveria propor a diminuição de tais sintomas favorecendo os processos de mudança e a redução dos comportamentos disfuncionais da dependência do crack.

Diversos estudos sugerem que dependentes químicos diagnosticados com transtorno de estresse pós-traumático, por violência ou perda significativa, escolhem a substância de abuso de acordo a seu efeito farmacológico, como forma de aliviar o sofrimento relacionado ao evento traumático e suprimir a memória perturbadora (BROWN; WOLFE, 1994; STEWART *et al.*, 1998; TULL *et al.*, 2010). A possibilidade de relação entre a precocidade da vivência de situação adversa e o início prematuro da experimentação de substância de abuso é relatada por alguns autores (HYMAN; GARCIA; SINHA, 2006). Um estudo realizado com usuárias de crack revela que 86,9% das entrevistadas relataram exposição a algum evento potencialmente traumático ao longo da vida; em 67,6% dos casos este foi agressão/ abuso físico e 57% foi ter testemunhado um evento ocorrido a outrem (TRACTENBERG *et al.*, 2012).

Violência e/ou abuso de substância psicoativa por ao menos um dos genitores, assim como a falta de apoio parental e negligência são descritas como parte do cotidiano das famílias de dependentes químicos (BAHR; HOFFMANN; YANG, 2005; SELEGHIM, 2013).

Em geral, nos relatos, esta violência é atribuída ao uso de álcool ou drogas. Neste caso, como antiga é a prática do abuso de substância psicoativa, antiga é a vivência de violência. Por sua vez, o modo de enfrentamento ao sofrimento encontrado pelo grupo, ou a forma de escape a este, é o consumo de crack/ álcool, levando a um círculo vicioso, cada vez mais poderoso quanto menos questionado.

Existem, também, outras variáveis que devem ser consideradas no consumo do crack, como pobreza, educação, valores, crenças, baixa autoestima e papéis familiares (MINAYO; DESLANDES, 1998; KASHANI; ALLAN, 1998). Hart (2013) realizou experimentos com usuários de crack evidenciando outros estímulos que levam ao consumo em abuso desta droga e consequente vício, como a pobreza, a falta de emprego, e ausência de uma rede protetiva e vinculações saudáveis. Segundo o autor é possível a interrupção da dependência se estas pessoas forem providas com alternativas mais gratificantes e que preencham suas reais necessidades.

A violência nestas famílias pode ser compreendida como o reflexo da baixa interação entre os indivíduos no grupo familiar - uma expressão desta fragilidade de vínculos - além de, talvez, o único modo de comunicação que conhecem. Assim eles se relacionam entre si. Usando de repressão e repreensão. De certa forma, também é assim que a sociedade se relaciona com essas famílias.

6.2.8 Repetição de padrões

Ao longo das entrevistas realizadas foi possível observar repetição de padrões de relacionamento em quase todos os temas envolvidos pelas questões. Em um estudo sobre dinâmica familiar este é um fato relevante, que merece destaque.

A compreensão do padrão em que vem ocorrendo a repetição em cada história de vida não se faz possível, no entanto, sem que descrevamos trechos dos depoimentos dos entrevistados, sob o custo de perder a riqueza que oferece cada discurso em particular. Com tal propósito, estes estão dispostos no Apêndice C, visto que não configuram um discurso do sujeito coletivo, devido à sua singularidade.

Descrevemos a seguir os resultados encontrados, discutindo-os com a literatura existente a respeito.

Com relação à composição familiar, fato que também expressa a dinâmica relacional da família, observamos crianças sendo criadas pelos avós, devido à ausência prolongada ou abandono dos genitores. Este padrão se repete na nova configuração familiar.

No relato E5 observamos que a avó paterna criou o menino quando a mãe foi embora. Este cresceu, teve um filho - cuja mãe também foi embora - que está sendo criado pela avó materna. Em E6, o pai de F. relata que seu filho foi abandonado pela mãe e criado por ele, pai, quando ainda era criança. F. tem agora um filho. Esta criança também foi abandonada pela mãe e está sendo criada por ele (pai), junto com o avô. Em E10, percebemos no relato da mãe,

que a filha primogênita tem uma história de casamentos, abandono e viuvez muito parecida à da mãe. As outras filhas, também, seguem o padrão de gerar filhos e se manter como as únicas responsáveis por estes, a exemplo do que a mãe conta ter acontecido com ela também.

A repetição de padrão relacional em que o companheiro faz uso de álcool, ou recorre à violência quando desagrado, tal qual acontecia com seus pais ou serve de modelo a seus filhos, está presente em E9, E12 e E15.

O modo de resolução de conflitos aprendido na família de origem e reproduzido na relação atual, vemos em E15. A exemplo do que vivenciava em sua casa, quando a mãe fugia no momento de briga esperando o tumulto passar para retornar a casa, também a entrevistada se comporta de igual forma com seu parceiro.

As repetições relacionadas ao recasamento podem ser observadas em nove relatos (E5, E6, E10, E11, E13, E14, E15, E17 e E19). Dentre estes, alguns evidenciam a reprodução de atitudes aprendidas na forma de lidar com a responsabilidade sobre algum filho de casamento anterior.

Os seres humanos tendem a reproduzir padrões de relacionamentos anteriores através das gerações seguintes; dessa forma podem eternizar problemas não resolvidos. O padrão de apego vivenciado pelos pais tende a se reproduzir na relação com os filhos, seja de modo positivo ou negativo (BOWLBY, 2002). Da pessoa que continua emocionalmente ligada a seus pais, com forte conexão à sua família de origem e prejuízo em sua autonomia, dizemos que ela se encontra indiferenciada. Essa indiferenciação da família de origem é transferida para a relação conjugal e parental, juntamente com os problemas que, do passado, transferem-se para o futuro (MINUCHI, 1982; BOWEN, 1979).

Para Bowen (1979), em cada relacionamento que nos envolvemos repetimos os problemas relacionais vividos com nossos pais; isto faz com que escolhamos parceiros parecidos àqueles, a quem possamos transferir os conflitos familiares não resolvidos, ou fazemos isto com os filhos. Quando uma questão afetivo-emocional não está resolvida, ela tende a se repetir. É como se a repetição nos desse a oportunidade de elaborar as situações vividas e superá-las, o que raramente acontece até que se instale um processo reflexivo profundo ou uma vivência impactante cujo choque nos faça mover o círculo. Na maior parte das vezes acomodamo-nos à situação que nos é familiar, mesmo que desagradável, anestesiando-nos ou criando falsas justificativas para dela não sair.

Famílias transmitem intergeracionalmente não só conflitos, mas modos de comunicação, de trocas de afeto, crenças, mitos e compromissos de lealdade. Isto funciona

para manter a estabilidade da família, como também para eternizar modelos rígidos de comportamentos ou valores (CERVENY, 2011).

Existe na família de dependentes químicos um sistema de retroalimentação negativa, no qual um indivíduo influencia um segundo, que exerce influência sobre um terceiro, que age sobre o primeiro, realizando um ciclo constante (ORTH, MORÉ, 2008). As autoras acima descrevem padrões repetitivos em três gerações – avós, pais e filhos – quanto ao uso de drogas, doenças mentais, crônicas e psicossomáticas, citando depressão, suicídio, transtornos mentais e neurológicos, infarto, câncer e cirrose. Elas apontam uma lealdade ao padrão adicto intergeracionalmente, que é transmitido por rituais, crenças e regras que regem a dinâmica familiar. A identidade familiar é mantida em torno das drogas e os filhos reproduzem, mais tarde, o padrão adicto, unindo-se e se separando sucessivamente de pessoas com caráter semelhante ao de seu grupo familiar.

Boti, Costa e Henriques (2011) revelam padrões de semelhança nas relações afetivas, nos conflitos familiares sempre intensos e no abuso de substâncias psicoativas, hábitos estes da família original que são repetidos no novo arranjo familiar. Ambientes familiares em que há uso de drogas mostram-se desfavoráveis ao afeto, o que pode predizer o uso de droga nos filhos (PAZ; COLOSSI, 2013). Nossos resultados são condizentes com os dos autores acima citados.

6.2.9 Contradição

Durante a realização das entrevistas percebemos que a contradição é uma característica presente em muitos relatos. Isto ficou evidenciado na análise posterior dos discursos. Esta contradição se dá em vários níveis e, embora seja muito importante retratar a sua ocorrência, não configura um discurso do sujeito coletivo, da mesma forma como acontece com o tema anterior. Assim, optamos por apresentar os resultados obtidos e discuti-los, mantendo os discursos individuais no Apêndice D.

Há casos em que uma mesma pergunta gera uma resposta contraditória; outros em que a contradição vai se revelando ao longo da entrevista. Em ambos os casos não há nos entrevistados a percepção de que seu discurso seja dúbio e, mesmo quando confrontados com o que foi dito anteriormente, estes afirmam, com naturalidade, ambas as respostas.

Neste estudo observamos que a pergunta sobre aspecto positivo e negativo da família revelou muitas respostas contraditórias. Descrevemos a seguir situações em que a contradição está presente, para melhor compreensão da discussão.

Uma entrevistada respondeu que o que há de melhor na sua família, aquilo de que ela se orgulha muito é a saúde e a tranquilidade, porque os membros são muito amorosos e jamais se desentenderam. Porém, em outro momento da entrevista, descreve o seu grupo familiar, composto por quatro membros, no qual um é usuário de crack, outro tem problemas neurológicos, outro sofre de colesterol, diabete e cefaleia, e a própria recebe o Benefício de Prestação Continuada por incapacidade frente a problemas respiratórios. Em meio a seu relato nos conta, também, que um de seus filhos quebra tudo na casa como consequência do uso do crack e que já levou seis tiros em uma confusão, mas descreve-o como “muito bonzinho e sossegado” (E16).

Deixando de lado o questionamento do que representa ter saúde para esta pessoa ou do que é ser “bom”, o que nos chama a atenção é que estes aspectos são citados como muito positivos nesta família. No transcorrer da entrevista, esta mãe afirmou várias vezes que seu filho, criança presente naquele momento, era hiperativo e “não parava quieto”; a criança permanecia por perto enquanto ela própria levantou-se inúmeras vezes para andar, interrompendo a entrevista e retomando-a – ela descreve a si mesma como muito sossegada e tranquila e seu filho como muito agitado.

Outra entrevistada respondendo à pergunta sobre o que é bom na sua família diz que são seus filhos e todo seu grupo familiar; a resposta ao que não é bom é a mesma: seus filhos e grupo familiar (E5).

Uma mãe responde que não há nada que não seja bom em sua família; o filho adolescente, que está ao lado da mãe, afirma que muita coisa é ruim. Aqui observamos também a negação, quando não se admite uma constatação (E10). Outra mãe afirma que positivo em sua família é a honestidade, da qual ela tem muito orgulho porque os filhos nunca pisaram em uma delegacia; ao longo da entrevista nos conta que seu filho responde a processo judicial por pensão alimentícia (E18).

Sobre a percepção de ser amado, houve uma resposta em que a pessoa afirma que nada lhe faz sentir amada e, à pergunta seguinte sobre quando foi a última vez em que se sentiu amada, responde que se sente amada a todo momento (E11). Esta entrevistada relata diagnóstico de depressão, revelando um discurso desesperançado ao longo da entrevista. Esta contradição presente no relato acima pode se dever a essas pequenas oscilações de humor que, na maior parte do tempo, manteve-se sombrio.

O tema “Regras e Limites” revelou também vários discursos contraditórios. Percebemos que não há clareza em alguns entrevistados no próprio conceito de limites e

regras. Em outros casos, há grande permissividade. As três entrevistas em que constatamos discurso ambivalente em relação aos limites foram respondidas por mães de usuários.

Uma mãe toma a defesa do filho quando este transgredir regras, como relata ter acontecido em tempos de escola, em que discutia com professores e direção, se houvesse uma atitude considerada inadequada com seu filho; o comportamento do filho que provocou a atitude inadequada se mostra irrelevante (E5).

Outra mãe, com filha usuária de crack, adolescente em situação de rua, cada vez que a filha retorna a casa, cuida que suas necessidades de alimentação, higiene e vestuário sejam supridas. Quando a filha expressa o desejo de retornar às ruas, no local de consumo de crack, a própria mãe a leva e deixa lá. Esta mãe afirma que esta filha sempre obedece a tudo que ela pede (E7).

Uma mãe com dois filhos jovens usuários também os descreve como crianças que foram muito obedientes, fazendo o que ela lhes dizia para fazer. Quando se refere ao consumo de crack afirma que este começou em uma praça em frente à sua casa, onde eles iam todos os dias brincar. Segundo a mesma, os filhos nunca lhe desobedeceram, o problema é que eles saíam para brincar (E9). Não terá sido nunca dito a estas crianças para não sair para brincar ou não seriam elas de fato obedientes?

Autores já exaustivamente citados acima confirmam entre as famílias de dependentes químicos este ambiente em que estão presentes a falta de limite e a permissividade, a falta de aproximação e o excesso de apego, a queixa sobre a agressão e o uso da mesma. Frente a regras e valores contraditórios as crianças crescem confusas, é o que temos visto ao longo deste estudo.

Algo é dito e simultaneamente desdito, afirmando a verdade do contrário - a isto Cirne-Lima (1993) define como contradição. Segundo a análise deste autor, há uma corrente filosófica afirmando que quem se contradiz não diz nada, anula seu discurso e não comunica nada ao outro. A não-contradição e manutenção de um discurso lógico expressam racionalidade e comunicação pela linguagem.

Se adotarmos o entendimento de que a contradição anula a comunicação corremos o risco de retirar também isto àqueles que muitas outras privações já enfrentam: a fala. Conforme nos conduz a refletir o autor citado acima, baseado em Aristóteles, se só apontarmos as contradições emergentes, também nós ficamos sem fala, sem comunicação, limitando-nos a apontar. Nesse caso, comungaremos do mesmo silêncio encontrado pelas famílias do estudo para a resolução de conflitos.

A contradição presente neste estudo nos revela algo. Estamos falando desde o início de famílias que possuem um modo de comunicação diferente daquele socialmente aceito como tal. Expressam-se entre si por meio da agressão, da indiferença velada, do descaso, da desconfirmação de realidades experienciadas, do silêncio. É uma vivência de contradições constantes, o que faz com que esta não seja mais sentida como tal. O discurso apenas o revela; portanto, não causa surpresa a estas a constatação do dito e do não dito ao mesmo tempo, nem lhes parece haver qualquer coisa de estranho nisso.

Tais famílias falam outra “linguagem”, que tem uma lógica particular, que não é a mesma daqueles que estão empenhados em tratá-los. De certa forma, o que a instituição e os profissionais que nela atuam estão lhes oferecendo, elas não se percebem carecendo disso. É necessária uma mudança da forma de entender o mundo, antes que delas se espere, como consequência natural a uma orientação ou conselho recebido, uma efetiva mudança de comportamento.

Há experiências de suporte à família e modificação de práticas, comportamentos e costumes, que podem funcionar na prevenção e também no tratamento da dependência química. De Paula *et al.* (2014) apontam que, quando a família é alvo de intervenção na instituição de saúde, esta muda a visão que tem do membro usuário (antes negativa, o que comprometia ainda mais as relações intrafamiliares), altera a sua maneira de lidar com o problema e sua participação no tratamento, oferecendo mais suporte afetivo ao membro dependente, e um ambiente mais saudável em casa.

6.3 Sistematização dos resultados

A tipologia familiar nesta pesquisa revela que uma grande parte dos usuários de crack do grupo estudado cresceu em famílias reconstituídas, com contínuas experiências de perda – sejam elas por separação, negligência, abandono ou morte de um ou ambos genitores. Estes constituíram, por sua vez, com maior frequência, famílias nucleares e estendidas, sugerindo o desejo de pertença, a indiferenciação familiar e a necessidade de subsistência.

O desentendimento familiar se expressa, na maior parte, através de agressões verbais. As razões principais para o surgimento deste são a intolerância e o álcool/droga. Constatamos a inexistência de resolução de conflitos, uma vez que o grupo familiar silencia sobre o ocorrido, esperando que as emoções acirradas se dissolvam, para retornar à normalidade.

O sentimento de alegria é motivado principalmente pelos filhos, e as emoções que mais trazem regozijo são união e tranquilidade. As conquistas pessoais não constituem razão

de comemoração, o que não colabora para o reconhecimento e valorização do indivíduo dentro do grupo, confirmando a indiferenciação familiar.

União e emoções positivas são amplamente citadas como os aspectos bons que tais famílias possuem. Diante de tantos conflitos vivenciados e dificuldades socioeconômicas, podemos entender as características positivas como uma idealização da família que se deseja ter, ou compreendê-las como valor de sobrevivência no isolamento social vivenciado pelo grupo familiar.

Como aspectos negativos a família reconhece o álcool, o crack e o comportamento que destas substâncias advém; acredita que antes do uso delas não havia nada negativo na unidade familiar. Ficou evidenciado, no entanto, que o uso de álcool e crack é intergeracional nestas famílias, ou seja, não surgiu há pouco tempo no grupo. Assim, entendemos que as drogas tem a função de encobrir dificuldades relacionais pré-existentes e manter o equilíbrio familiar, apresentando-se como um sintoma da dinâmica familiar.

Os entrevistados percebem-se amados, em sua maioria, quando recebem afagos, beijos e abraços. No entanto, estas demonstrações físicas não fazem parte de seu repertório de expressão de afeto e alegria. Os elogios escassos, e as críticas, queixas e agressões em abundância, evidenciam a dificuldade de aproximação afetiva presente nos processos relacionais. As vivências negativas fluem facilmente; no entanto, não há espaço para as positivas na dinâmica familiar.

O distanciamento das próprias necessidades afetivas conduz ao adormecimento destas, e a aridez de emoções positivas vai tornando o coração amarelo. Nas palavras de um poeta: “de tanto andar uma região estéril em que ninguém me perguntava se me agradavam as alfaces ou se preferia a menta (...) e de tanto não responder, tenho o coração amarelo” (NERUDA, 1982, p.15). Quando o ambiente e o grupo não propiciam o interesse pelo outro e o embelezamento da alma, esta se recolhe e se faz pálida.

A cultura do silêncio sobre os conflitos que leva à não resolução destes, a filosofia do terror para assegurar o seu lugar no grupo, o anseio de atenção que faz com que toda agressão seja aceita porque, afinal, lhe confere existência, os sonhos e planos que, se um dia existiram, morreram - são todos aspectos desenvolvidos no seio destas famílias que, diante de tantas carências e incoerências, veem no crack uma experiência que pode vir a trazer esse mesmo prazer ambíguo conhecido de longa data.

As pessoas do grupo familiar convivem cotidianamente com sentimentos ambivalentes, agem provocando o contrário do que gostariam, estabelecem limites dúbios e indefinidos, têm na violência um modo de comunicação e na contradição, a fala do grupo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As famílias estudadas apresentam um modo de se relacionar que não se mostra efetivo para o desenvolvimento saudável de seus membros. Trazem heranças de relacionamentos mal resolvidos e hábitos de longa convivência com substâncias psicoativas e agressões, que ressurgem a cada novo arranjo familiar que estabelecem. Este processo que se implanta de modo natural, sem questionamentos por parte do indivíduo ou grupo, traz desagrado, comprometimento da saúde física e mental e perpetua a alternativa de reação que aprenderam e a que mais conhecem: o uso do crack e álcool.

Os apegos inseguros impedem a autonomia e individualização. A sensação de abandono que acompanha aqueles que tiveram vínculos relacionais rompidos ou prejudicados, não possibilita o afastamento saudável dos membros da família para a construção de novos vínculos. Assim, são formadas famílias aglutinadas, que favorecem a despersonalização dos membros em favor do grupo. A droga oferece uma ilusão de independência.

O sentimento de abandono generalizado e a busca do sentimento de pertença revelados neste estudo evidenciam que há trocas inadequadas sendo feitas com o ambiente. O aprendizado do modo inadequado de realizar as trocas afetivas reflete na forma de aproximação do crack; se o contato com este se deu por facilidade de acesso, conflitos familiares, hábito de consumo intergeracional, vulnerabilidade socioeconômica, ou outros fatores que influenciam o consumo, a forma desmedida e inadequada de se relacionar com a droga segue o modelo de trocas relacionais aprendido em família.

O modo de educar os filhos ensina a estes uma filosofia de medo e dor, que os acompanhará por toda a vida, levando-os a repetir este padrão de comportamento como forma de relacionamento aprendida e a perpetuar a violência de geração em geração. Assim, acabam reproduzindo os eventos traumáticos vivenciados em família que se esforçam, sem sucesso, por esquecer.

Concluimos que as famílias do estudo possuem um funcionamento *sui generis*, com uma grande necessidade de pertencimento dos membros, a utilização da violência como linguagem do grupo, e a contradição como a expressão do modo em que a família enxerga o mundo e os membros a si mesmos. O consumo do crack se apresenta atrativo pela compensação oferecida de enfrentamento a estes fatores, e seus efeitos não destoam das experiências vivenciadas no grupo familiar. Assim, a dinâmica familiar disfuncional possui um papel fundamental no início e manutenção do uso da droga.

Durante a revisão de literatura sentimos a necessidade de pesquisas sobre a afetividade, os sentimentos e as emoções positivas vivenciados nas famílias de usuários de crack. Mais estudos sob esse prisma poderiam revelar os fatores de proteção com que estes grupos contam intrinsecamente; conhecendo-os, seria, talvez, possível indicar caminhos para seu fortalecimento. É, de certa forma, pretensioso pensar que aqueles que estão de fora do grupo que necessita de cuidados é que sabem do que estas pessoas precisam. Ouvi-las, não só nas suas carências, mas também no seu brilho – e permitir que elas ouçam a si mesmas – é fundamental para uma intervenção eficaz, sem contar que é uma oportunidade de ensinar um novo modelo de trocas.

Compreender como as famílias percebem a si mesmas em seus relacionamentos intrafamiliares e funcionamento grupal, seus pontos positivos e o que não apreciam em si, o que lhes falta e o que possuem que só eles veem, poderia tornar a aproximação a estas, pelos serviços de saúde e assistência social, mais assertiva e afinada com o apoio que elas julgam necessitar para o enfrentamento de seus problemas.

Os problemas relacionais observados revelam falhas profundas de comunicação; acreditamos que estas possam sofrer transformações, uma vez que qualquer modo de comunicação é passível de modificação. No entanto, isto não se dará naturalmente dentro do ambiente familiar que utiliza esse mesmo código há gerações, não se apercebendo de que este não é efetivo. Faz-se necessária a intervenção de outros, alheios ao grupo, e que conhecem outras formas de expressão mais eficazes. Sugerimos, aos profissionais e serviços que atuam com estas famílias, ações educativas que possam apresentar e propor aos membros das unidades familiares outros métodos de convivência, outras estratégias para lidar com conflitos e uma forma de comunicação das suas necessidades emocionais e afetos mais assertiva, propiciando a estas a possibilidade de um modo novo de se relacionar. Como todo processo educativo, seria longo e demorado, porém psicoprofilático e com prognóstico positivo para a saúde individual e grupal.

O CAPS em que foi realizado o estudo vem atuando junto às famílias, porém de uma maneira ainda um pouco tímida. Frente aos resultados obtidos nesta pesquisa, acreditamos que uma atuação dos CAPS mais incisiva e estruturada junto aos familiares, com propostas terapêuticas bem planejadas e definidas, utilizando-se de técnicas de terapia familiar, comportamentais e de comunicação, seria de grande auxílio na modificação da dinâmica familiar e recuperação dos pacientes. Sugerimos uma abordagem às famílias dos dependentes de crack focada no fortalecimento de vínculos, estimulando as interações afetivas entre os

membros e ensinando estratégias de comportamento que rompam com os moldes aprendidos, e repetidos por gerações, que resultem em interações mais felizes e saudáveis.

A capacitação frequente dos profissionais das instituições de saúde nas referidas técnicas de tratamento é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de um trabalho eficaz e assertivo junto a estas famílias.

Este estudo apresenta algumas fragilidades, uma delas inerente ao tipo de estudo, que é o tamanho da amostra. Realizado com 20 participantes, apresenta resultados importantes, sem a possibilidade de generalizá-los. Talvez o fato de incluir como familiar o próprio usuário possa trazer alguma limitação, embora não tenhamos percebido mudanças substanciais no discurso entre o dependente químico e o que não o é, quando fala do seu grupo familiar. Novos estudos poderão ser realizados comparando as percepções dos membros das famílias de dependentes químicos com as do próprio usuário, a respeito da mesma família, à qual ambos pertencem, e talvez estabelecer uma comparação.

Estas famílias são institucionalizadas e, acreditamos que possam ser diferentes daquelas sem nenhum acesso ou cuidado da instituição que atende o membro dependente químico. Futuros estudos poderão dizer se ambos os grupos possuem percepções diferentes a respeito de sua unidade familiar.

O fato de termos incluído na entrevista dois casais, ambos ex-usuários, não nos parece um fator limitante, pois que seu discurso não destoa dos demais, e sim, reafirma-os. Finalizadas as entrevistas, perguntamos a estes quatro participantes o que acreditam que teria lhes ajudado a se afastar da droga. A resposta de todos foi a mesma: ter uma pessoa, uma casa, uma família, um trabalho, algo que lhes dê cabida, possam ter como seus e aos quais possam pertencer. Todos estes, fatos amplamente levantados neste estudo pelas entrevistas dos outros participantes. Este talvez seja um campo de investigação interessante de se percorrer.

8 REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000.
- ALEXANDER, D. E.; GWYTHYR, R. E. Alcoholism in adolescents and their families – family-focused assessment and management. **Pediatric Clinics of North America**, v. 42, n.1, p. 217-234, Feb. 1995.
- ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; XAVIER, D. M. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. **Revista de enfermagem UFPE**. v. 8, p. 641-648, 2014.
- ANDOLFI, M.; ANGELO, C.; MENGHI, P.; NICOLO-CORIGLIANO, A. **Por trás da máscara familiar: Um novo enfoque em terapia da família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- ARGYLE, M. **The psychology of happiness**. Hove/Nova York: Routledge/Taylor & Francis, 2001.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. São Paulo: Zahar, 1981.
- ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: LIMA, C. A. *et al.* (Org.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 141-153, abr. 2012.
- AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS AD do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 56-63, jan. - mar. 2010.
- BAHR, S. J.; HOFFMANN, J. P.; YANG. Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. **J Prim Prev**. v. 26, p. 529-51, 2005.
- BARROS, R. Redes de apoio e participação social do usuário de drogas. In: GARCIA, M. R. V.; FRANCO, Y. O. (Org.). **Usuários de drogas: da invisibilidade ao acolhimento**. Sorocaba: EDUNISO, 2013.
- BASTOS, F. I. Crack no Brasil: uma emergência de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1016-1017, jun. 2012.
- BENCHAYA, M. C.; BISCH, N. K.; MOREIRA, T. C.; FERIGOLO, M.; BARROS, H. M. T. Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 3, p. 238-244, jun. 2011.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas por jovens infratores: perspectiva da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 11, p. 168-175, 2012.

BEYERS, J. M.; TOUMBOUROU, J. W.; CATALANO, R. F.; ARTHUR, M. W.; HAWKINS, J. D. A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. **Journal Adolescent Health**, v. 35, n. 1, p. 3-16, July 2004.

BITTAR, D. B.; NAKANO, M. A. S. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. **Texto contexto enfermagem**. v. 20, p. 17-24, 2011.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M.; MANFRINATO, J. W. S. Mães avaliam comportamentos socialmente "desejados" e "indesejados" de pré-escolares. **Psicologia em Estudo**. v. 10, p. 245-252, 2005.

BOTTI, N. C. L.; COSTA, B. T.; HENRIQUES, A. P. F. Composição e dinâmica das famílias de usuários de crack. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 3, n. 7, p. 93-110, jul./ dez., 2011.

BOWEN, M. **De la familia al individuo**: la diferenciación del si mismo en el sistema familiar. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1979.

BOWLBY, J. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BOWLBY, J. **Apego**: A Natureza do Vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BOWLBY, J. **Separação**: Angústia e Raiva. São Paulo: Martins Fontes, 2004a.

BOWLBY, J. **Perda**: Tristeza e Depressão. São Paulo: Martins Fontes, 2004b.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Conversando sobre cocaína e crack**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 1999.

BRASIL. Ministério de Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social. Orientações Técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BROWN, P.J.; WOLFE, J. Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. **Drug Alcohol Depend**. v. 35, n. 1, p. 51-9, 1994.

BUENO, A. C. W.; SANTOS, B. C.; MOURA, C. B. Obediência infantil: conceituação, medidas comportamentais e resultados de pesquisas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 203-216, abr./ jun. 2010.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S.; LIMA, E.; ADIALA, J. C. Revisão: perfil de uso da cocaína no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 6, p. 287-303, jun. 1995.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO S.A.; MOURA, Y.G.; SANCHEZ, Z.V.M. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas / Universidade Federal de São Paulo, 2007.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2001**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas / Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E.A.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC**, n.3, p. 9-35, 2001.

CARNEIRO, H. **Comida e Sociedade: Uma história de alimentação**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2003.

CARNUT, L.; FAQUIM, J. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Journal Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 1, p. 62-70, 2014.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CERVENY, C. M. O. **A família como modelo: desconstruindo a patologia**. 2 Ed. São Paulo: Livro Pleno, 2011.

CIRNE-LIMA, C. R. V. **Sobre a contradição**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1993.

COSTA, C. B.; CENCI, C. M. B.; SPIES, D. W. Conjugalidade e parentalidade diante da dependência de crack de um filho. **Contextos clínicos**, v. 7, n.2, jul./dez. 2014.

COSTA, J. M.; DIAS, C. M. S. B. Famílias recasadas: mudanças, desafios e potencialidades. **Psicologia: teoria e prática**. v. 14, p. 72-87, 2012.

COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 2, p. 395-406, 2015.

DAHL, A. S.; COWGILL, K. M.; ASMUNDSSON, R. Life in remarriage families. **Social Work**. v. 32, p. 40-44, 1987.

DE ANTONI, C.; BARONI, L.R.; KOLLER, S.H. Indicadores de risco e de proteção em famílias fisicamente abusivas. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**. v. 23, p.125-132, 2007.

DE ANTONI, C.; MEDEIROS, F.; HOPPE, M. W.; KOLLER, S. H. Uma família em situação de risco: resiliência e vulnerabilidade. **Interfaces: Revista de Psicologia**, v. 2, n.1, p. 81-85, 1999.

DE PAULA, M. L.; JORGE, M. S. B.; ALBUQUERQUE, R. A.; QUEIROZ, L. M. Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. **Saúde e Sociedade**. v. 23, n.1, jan./mar. 2014.

DELFINO, V. *et al.* A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. **Texto e Contexto Enfermagem**, p. 38-46, 2005.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paideia**, v, 17, n. 32, p. 21-32, 2007.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Acesso: <<http://www.dicio.com.br/psicossocial>>

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA.

Acesso:<<http://www.priberam.pt/dlpo/sociodemografico>>

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

DUNN, J.; LARANJEIRA, R. R.; DA SILVEIRA, D. X.; FORMIGONI, M. L.; FERRI, C. P. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. **Substance Use Misuse**. n.31, p. 519-527, 1996.

ERNST, M.; ROMEO, R. D.; ANDERSEN, S. L. Neurobiology of the development of motivated behaviors in adolescence: a window into a neural systems model. **Pharmacol Biochem Behav**. v. 93, n. 3, p. 199-211, 2009.

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. **Escola que protege**: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Brasília: Brasil, Governo Federal, 2008.

FÉRES-CARNEIRO, T. **Entrevista familiar estruturada (EFE)**: um método clínico de avaliação das relações familiares. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

FERREIRA, M. M. História oral, comemorações e ética. Projeto História. **Ética e História Oral**. n. 15, p. 157-164, abr. 1997.

FERRI, C. P.; LARANJEIRA, R. R.; DA SILVEIRA, D. A., DUNN, J.; FORMIGONI, M. L. Increase in the search for treatment by crack users in 2 outpatient clinics at the city of Sao Paulo from 1990 to 1993. **Revista Associação Med Bras** n.43, p. 25-28, 1997.

FONSECA, C. **Caminhos da adoção**. São Paulo: Cortez, 2002.

FRANCO, M. L. P. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 169-186, jan./ abr. 2004.

FREYRE, G. **Casa grande e senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. **Pesquisa nacional sobre uso de crack e outras drogas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M., CARLINI, E. A. **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 - 2004**. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas/ Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br>

GENOVESE, Z. K.; GENOVESE, T. A. Developing spousal relationship within stepfamilies. **Families in Society: The Journal of Contemporary Human Service**. v. 78, n. 3, p. 255-263, 1997.

HAMID, A. Crack: new directions in drug research. Part 1. Differences between the marijuana economy and the cocaine/crack economy. **International Journal of Addiction**, v. 26, n. 8, p. 825-836, Aug. 1991.

HART, C. **High price**: A neuroscientist's journey on self-discovery that challenges everything you know about drugs and society. New York, NY: HarperCollins, 2013.

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

HYMAN, S. M.; GARCIA, M.; SINHA, R. Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependent adults. **Am J Drug Alcohol Abuse**. v. 32, n. 4, p.655-64, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**. Rio de Janeiro: IBGE 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**. Rio de Janeiro: IBGE 2013.

JUNG, C. V. **Psicologia do inconsciente**. Petrópolis: Vozes, 1998.

KALINA, E. **Clínica e terapêutica de adicções**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KALINA, E. **Drogadição hoje**: Indivíduo, família e sociedade. São Paulo: Artes Médicas Sul, 1999.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria**: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

- KASHANI, J. H.; ALLAN, W. D. The impact of family violence on children and adolescents. In: KAZDIN, A.; KASHANI, J. **Developmental clinical psychology and psychiatry**. Thousands Oak: Sage; 1998.
- KAUFMANN, E. F. Family therapy in substance abuse treatment (psychoactive substance use disorders - not alcoholic). In **Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force**, American Psychiatric Association. Washington, 1989.
- KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, Ago. 2008.
- KLIEWER, W.; MURRELLE, L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. **Journal of Adolescent Health**, v. 40; n. 5, p. 448-55, May 2007.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liberlivro, 2005.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo**. Brasília: Liberlivro, 2010.
- LIDDLE, H. A.; DAKOF, G.A. Efficacy of family therapy for drug abuse: promising but not definitive. **Journal of Marital and Family Therapy**, v. 21, n.4, p. 511-543, Oct. 1995.
- MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n.2, p. 32-36, dez. 2002.
- MEDEIROS, K. T.; MACIEL, S. C.; DE SOUSA, P. F.; TENÓRIO-SOUZA, F. M.; DIAS, C. C. V. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, p. 269-279, abr./jun. 2013.
- MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. **Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998**. Brasília: IPEA, 2001.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- MINAYO, M. C. **Violência sob o olhar da saúde**. A infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- MINAYO, M. C. S. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros: introdução. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (org.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2005. p. 9-33.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**. v.14, p. 35-42, 1998.

- MINUCHIN, S. **Família, funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. C. **Técnicas de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- MIOTO, R. C. T. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social: O trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Brasília: UnB, 2000.
- MIOTO, R. C. T. **Família e saúde mental: contribuições para reflexões sobre processos familiares**. Revista Katálysis, n.2, p. 20-26, maio 1998.
- MOREIRA, M. S. S. Dependência familiar. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 5, n. 5, p. 83-88, 2004.
- MOREIRA, S. A. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. **Ciência e Cultura**. v.62, n.4, out. 2010.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- NERUDA, P. **Coração Amarelo**. Porto Alegre: L&PM, 1982.
- OETTING, E. R.; DONNERMEYER, J. F. Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. **Substance Use & Misuse**, v. 33, n. 4, p. 995-1026, Mar. 1998.
- OETTING, E. R.; DONNERMEYER, J. F.; TRIMBLE, J. E.; BEAUVAIS, F. Primary socialization theory: culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. **Substance Use & Misuse**, v. 33, n. 10, p. 2.075-2.107, Aug. 1998.
- OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 6, p. 212-8, maio 2008.
- ORTH, A. P. S.; MORÉ, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 55, p. 293-303, out./dez. 2008.
- OSTERWEIS, M.; SOLOMON, F.; GREEN, M. **Bereavement: reactions, consequences and care**. Washington, DC: National Academy Press; 1984.
- PAIVA, F. S.; RONZANI, T, M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 177-83, jan./mar. 2009.
- PAZ, F. M.; COLOSSI, P. M. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 551-558, out./dez. 2013.

PECK, J.; MANOCHERIAN, J. O divórcio nas mudanças do ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. v. 12, p. 295-307, 2008.

PIAGET, J. **O juízo moral na criança**. São Paulo: Summus, 1994.

POLLAK, M. Memória e identidade social. **Estudos históricos**, n.10, 1992.

POULAIN, J. P. **Sociologias da alimentação**: Os comedores e o espaço social alimentar, 2004.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 315-322, set./dez. 2006.

QUEIROZ, M. S. **Saúde e doença**: um choque antropológico. Bauru: EDUSC, 2003.

RAMOS, S. P. O crack, o pai e os psiquiatras e psicanalistas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 99-100, ago. 2008.

RAYNAUD, P. La comemoración: ilusion ou atifce? **Le Debat**, n.78, p. 104-106, jan. / fev. 1994.

REZENDE, M. M. **Curto-circuito familiar e drogas**: análise de relações familiares e suas implicações na farmacodependência. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1997.

RODRIGUEZ, G. M. F.; BRANDS, B.; ADLAF, E.; GIESBRECHT, N.; SIMICH, L.; WRIGHT, M. D. A. G. Factores de riesgo relacionados al uso de drogas ilegales: perspectiva crítica de familiares y personas cercanas en un centro de salud público en San Pedro Sula, Honduras. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 17, n. esp., p. 796-802, nov./dez. 2009.

RODRIGUEZ, M. S. P.; SOBRINHO, E. H. G.; SILVA, R. M. A família e sua importância na formação do cidadão. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n.2, p. 40-48, 2000.

SANTO, A. C. M. E. **Apelando em vão por proteção**: um estudo sobre as consequências advindas da revelação da violência sexual intrafamiliar para a vítima, nos casos em que há descrença materna, e os reflexos em sua família. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SCADUTTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 605-614, mar./abr. 2009.

SCHENKER, M. A família na toxicomania. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (Org.). **Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. v. 2, p. 40.

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

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-17, jul./set. 2005.

SCOTT, P. Matrifocal males: gender, perception and experience of the domestic domain in Brazil. In MAYNES, M. J. *et al.* **Gender, kinship, power: a comparative and interdisciplinary history**. Londres: Routledge, 1996.

SEADI, S. S.; OLIVEIRA, M. S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicologia Clínica**, vol. 21, n. 2, p. 363-378, 2009.

SELEGHIM, M. R. Recursos e adversidades no ambiente familiar de indivíduos usuários de crack. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. v. 17, p. 233-234, 2013.

SELEGHIM, M. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 263-68, maio/jun. 2013.

SILVA, A. L. M.; FRAZÃO, I. S.; BEZERRA, S. M. M. S.; ARAÚJO, E. C. Adolescentes e jovens usuários de crack: revisão integrativa de literatura. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 4, p.2874-80, out./dez. 2012.

SILVA, K. V.; SILVA, M. H. **Dicionário de contextos históricos**. São Paulo: Contexto, 2006.

STANTON, M. D.; TODD, T. C. **Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas**. Barcelona: Gedisa, 1985.

STEWART, S. H.; PIHL, R. O.; CONROD, P. J.; DONGIER, M. Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. **Addict Behav.** v. 23, n. 6, p. 797-812, 1998.

SUDBRACK, M. F. O. Terapia familiar sistêmica. In SEIBEL, D. S.; TOSCANO JR., **Dependência de drogas**. São Paulo: Ateneu, 1985.

THERY, I. **Le demariage**. Paris: O. Jacob, 1993.

TRACTENBERG, S. G.; VIOLA, T. W.; ROSA, C. S. O.; DONATI, J. M.; FRANKE, I.D.; PEZZI, J.C.; GRASSI-OLIVEIRA, R. Exposição a trauma e transtorno de estresse pós-traumático em usuárias de crack. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. v. 61, n. 4, p. 206-213, 2012.

TULL, M. T.; GRATZ, K. L.; AKLIN, W. M.; LEJUEZ, C. W. A preliminary examination of the relationships between posttraumatic stress symptoms and crack/cocaine, heroin, and alcohol dependence. **J Anxiety Disord.** v. 24, n. 1, p. 55-62, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**, 2010.

Disponível em:

<http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf>.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**, 2012.

Disponível em:

http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf.

VILELA, M. Amor e desamor: expressão e percepção de sentimentos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 38, n. 4, p. 82-96, out./dez. 1985.

VIORST, J. **Perdas necessárias**. São Paulo: Melhoramentos, 2005.

VISHER, E.; VISHER, J.; PASLEY, K.; RHODEN, L. Successful stepfamily theory: client's perspective. **Journal of marital and family therapy**. v. 22, n. 3, p.343-357, 1996.

WAGNER, A. **Como se perpetua a família?** A transmissão dos modelos familiares. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

WAGNER, A.; RIBEIRO, L. S.; ARTECHE, A. X.; BORNHOLDT, E. A. Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12, n.1, p. 147-156, 1999.

WAGNER, W. **Sócio-gênese e características das representações sociais**. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. 2 ed. Goiânia: AB, 2000.

WAHLER, R. G. On the origins of children's compliance and opposition: family context, reinforcement and rules. **Journal of child and family studies**, n. 6, p. 191-208, 1997.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

(Coleta de dados com o familiar)

Entrevista nº: ____ Data da entrevista: ____/____/____ Iniciais do entrevistado: _____

Dados Sociodemográficos

1. Sexo: () M () F
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Idade: _____
4. Raça/ Cor: _____
5. Naturalidade: _____
6. Nacionalidade: _____
7. Escolaridade: () 1º grau incompleto () 1º grau completo
() 2º grau incompleto () 2º grau completo () outro _____
8. Anos de estudo: _____
9. Estado Civil: () Casado () Solteiro () Separado/divorciado () viúvo
() união estável
10. Grau de parentesco com o usuário: () Mãe () Pai () Outro _____

11. Família:

Iniciais	Parentesco	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Reside com o entrevistado	Renda

12. Zona de residência: () Urbana () Rural () Periferia
13. Bairro de residência: _____
14. Quantas pessoas residem com você? ____ Quem são elas? _____

15. Situação Ocupacional: _____
16. Renda familiar (em salários mínimos): _____
17. Sua família está inserida em algum programa de geração de renda? _____
Se sim, qual? _____

18. Quem é o principal responsável pelo sustento da família? _____
19. Que tipo de assistência à saúde a família utiliza? () SUS () particular
() convênio () outro _____
20. Alguém na família apresenta problemas recorrentes de saúde? _____
Quais? _____
21. Alguém no grupo familiar já...
() fez uso de álcool () esteve preso () se prostituiu () foi denunciado
() sofreu violência física () sofreu violência sexual
() sofreu violência psicológica () fugiu de casa
22. Há quanto tempo sua família frequenta o CAPS ad? _____
Quem encaminhou? _____
23. Qual é a principal diversão da sua família? _____ e a sua? _____

Aspectos Socioculturais e Psicossociais

1. Como está composta a família?
2. Nas relações entre vocês, quem se dá melhor com quem? Por que isso acontece?
3. O que gera desentendimentos na família? Como resolvem?
4. O que traz alegria na família? Como expressam?
5. Como vocês definem regras na família? Quando descumprem, o que se faz?
6. O que faz você se sentir amado? Quando foi a última vez que se sentiu amado?
7. O que é bom na família de vocês?
8. O que não é bom na sua família?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, intitulada “**PAPEL DA DINÂMICA FAMILIAR NO CONSUMO DO CRACK: ASPECTOS SOCIOCULTURAIS, DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS**”.

Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Maria das Graças Rojas Soto. Esta pesquisa tem por finalidade compreender o papel da família no consumo do crack.

Poderão participar deste estudo ao menos um membro das famílias dos usuários de crack que se encontram ou tenham passado por atendimento no CAPS AD de Ponta Porã.

Não participam da pesquisa: menores de idade sem a autorização de pais ou responsáveis, todos os menores de 12 anos, pessoas que no momento da entrevista estiverem sob o efeito de álcool ou drogas, aquelas que tenham dificuldade para entender ou responder às perguntas.

Caso decida participar desta pesquisa, farei algumas perguntas relacionadas à sua vida familiar e pessoal e elas serão registradas por um gravador sonoro. A entrevista tardará por volta de sessenta minutos e você tem a liberdade de desistir de participar, a qualquer momento, podendo informar essa decisão para mim pessoalmente ou pelo telefone (67)3346-4693/ 3346-4480.

Serão entrevistadas todas as famílias de usuários de crack em tratamento no CAPS AD que assim o desejarem.

O risco desta pesquisa é que você poderá sentir constrangimento em responder alguma pergunta. Caso isso aconteça, você pode se recusar a responder a essa pergunta. Pode, também, a qualquer momento, dizer que não quer participar da pesquisa, mesmo que já estejamos no meio das entrevistas. Isso não trará nenhum prejuízo ou problema para você. Caso haja necessidade, o pesquisador se responsabilizará pelo seu encaminhamento ao atendimento necessário.

Não haverá qualquer compensação financeira para os que decidirem participar do estudo. Os benefícios trazidos pela pesquisa serão, além dos benefícios sociais, a realização de uma palestra às famílias participantes quando for concluída a pesquisa.

Rubrica do Pesquisado	Rubrica do Pesquisador
-----------------------	------------------------

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. Isto quer dizer que tudo que for dito por você durante as entrevistas será considerado segredo e que, nas informações usadas pela pesquisadora, seu nome não aparecerá e ninguém saberá que foi você que disse isso ou aquilo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Maria das Graças Rojas Soto, telefone 3346-4693/ 3346-4480. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual tenha direito.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do voluntário

_____ .

Data ____/____/____ Telefone (opcional) _____

Assinatura do pesquisador

_____ .

Data ____/____/____

APÊNDICE C – REPETIÇÃO DE PADRÕES

E5: “Eu tive meus filhos com meu primeiro marido. Daí separei. Quando eu separei do pai deles, minha filha caçula tinha 2 anos. Quando eu me separei, a minha ex-sogra sempre ficou do meu lado. Quando eu fui morar em Portugal, as crianças ficaram com ela. Eu fiquei 20 anos em Portugal. Meu marido veio de lá comigo. Eu tive 3 casamentos, do primeiro tive os filhos, com o outro não e agora que tô com esse aí. O A. (filho dependente químico) teve junto com uma mulher com quem tem um filho, daí ela sumiu quando a criança tinha uns 2 anos, e o filho dele tá com minha mãe, tá com nós, tá com 9 anos. Aí ele (usuário) casou com essa minha nora agora (que está presente na entrevista), com quem não tem filhos, se conheceram faz um ano. Ela tá grávida agora.”

E6: “Eu casei quando era novo e separei, daí amiguei com a mãe dos meus filhos e separei. Com ela tive dez filhos. Ela foi embora e não levou ninguém, sete já estavam grandes e os três pequenos ficaram comigo. Deixou comigo as crianças, eu trabalhei, trabalhava até tarde como pedreiro, e eu que criei os três. F. (filho dependente químico) é o último, o caçula. Ele tem três filhos, dois guris. Separou da mulher, ela foi embora. Daí ele juntou com outra e teve um menino e separou outra vez, e o menino tá com a gente.”

E10: “Eu tive oito filhos de um primeiro casamento. Aí fiquei viúva, daí eu voltei a me juntar e tive um filho homem e esse marido depois sumiu. Eu criei sozinha. Ele não chegou nem a ver o filho dele, ele foi embora quando eu tava grávida. S. é minha filha mais velha (dependente química), ela se casou e teve um filho e ficou viúva; daí voltou a amigar e teve outro filho e ficou sozinha de novo. Depois vem a R. (dependente química), ela não casou, mas tem quatro filhos e está grávida agora. Todos de pais diferentes. Daí vem a L., está solteira, e tem três filhos, todos de pais diferentes. Eles tudo moram aqui. Daí vem A., que tá grávida, tem dois filhos, e está amigada agora.(...)”

E9: “Meu marido que fez uso de álcool mas parou faz vinte anos, por causa de doença, até parou de fumar, a gente já estava casado, eu também sofri muito quando ele bebia. Meus dois últimos filhos tem problemas com droga. Ele (marido) sempre foi assim, sempre, a vida toda. Sempre foi ruim, isso os dois meninos se espelharam nele, ele queimava roupa, quebrava o carrinho deles, e os dois meninos faz a mesma coisa. O meu marido queimava, quebrava... e os meninos faz a mesma coisa comigo... queima minhas roupa.”

E12: “Na casa deles sempre... agora a filha deles que nasceu, a bebezinha, agora eles tão felizes, no momento ele parou de beber. Ela falou que quando ele não bebe, ele é um ótimo marido, mas quando sai pra bagunça, quando volta ela apanha, porque ele chega e bate

nela.(...) Na casa dela (dependente química, tia da entrevistada) o meu avô era muito agressivo com minha vó, batia muito nela, ele bebia e tinha o péssimo hábito de preferir casa das mulheres de vida difícil que a mulher dele.”

E15: “Nós somos doze irmãos. Acho que oito do mesmo pai e mãe e mais quatro que não é de mesmo pai. Meu pai separou da minha mãe, e depois mataram ele. Daí minha mãe voltou a se casar e nasceu um meu irmão. Depois veio outro pai e nasceram outros três. Eu já tive um marido antes, com quem tive quatro filhos. Eu separei dele porque ele abusou da minha filha, da filha dele mesmo. Aí namorei com um e engravidei, a gente separou e agora ele tá preso. Depois conheci este meu marido com quem estou junto, com quem tenho uma filha bebê.(...) Com meu pai eu nunca morei mesmo porque quando eu era pequenininha que eles mataram, eu tinha cinco anos, daí eu já morava com meu padrasto, né. A gente se dava mais ou menos com o padrasto... ele era bonzinho mas só que quando bebia que era chato... Esse também usava álcool... o marido anterior usava também. Ele bebia e ficava chato, bateu uma vez na minha mãe e quebrou o braço dela. Ele quando bebia assim... ele xingava muito, falava muito palavrão. Só quando tava bêbado, começava a beber e já começa... inventar as coisas. Daí minha mãe sumia dele. E os filhos... algumas já tinha amigado, né, e as outras minha mãe levava tudo. Pra ficar de bem, depois, outro dia de manhã, ou deixava ele dormir. Esperava passar pra vir de novo. (...) Na minha casa, com ele (marido), o que traz briga é que eu fumo né, e quando ele bebe também. Quando nós nos conhecíamos ele já sabia que eu fumava e eu já sabia também que ele bebia. Ele me bate, eu nunca bati nele, só ele que me bate. É, mas às vezes eu fugi dele e outras vezes eu fico quieta né. A discussão é o mais ruim que tem. Às vezes acaba em pancadaria, né.”

E11: “Nós éramos dez irmãos. De mesma mãe e vários pais. M.(dependente química) e eu somos de mesmo mãe e pai, os outros primeiros são de outros pais. Ela (M.) tem filhos, a maior tem vinte e três anos, outra tá presa e a outra que sumiu, evaporou. Ela tem quatro filhos. Três meninas e um guri. Os três primeiros são do mesmo pai e a última eu não conheci o pai. O pai dos primeiros morreu faz muito tempo, ela criou as crianças sozinha.”

E13: “Minha família tem eu, marido, uma filha e dois filhos. Tem mais um menino, de um outro pai de quem separei, que mora com a avó. Eu tenho um irmão, de mesmo pai e mãe. Minha mãe separou do meu pai, e voltou a casar e foi assassinada pelo meu padrasto. E tinha uma menininha, eles tinham uma filha, daí ele matou ela e levou a menina. Daí eu fui morar com minha avó.”

E17: “Eu tenho um irmão e minha irmãzinha. Da minha mãe com mesmo pai é só eu e meu irmão. Minha irmãzinha é da minha mãe com meu padrasto. Minha mãe tá casada com

meu padrasto faz catorze anos. Eu tive um primeiro companheiro com quem morei, e tive uma filha, daí separamos; depois conheci esse namorado de agora, com quem ainda não tenho filhos.”

E19: “Minha família é eu, marido e dois filhos. Meu marido tem um filho de outra relação, mas não se casou anteriormente, e uma filha de uma outra relação ainda. Ele tem 4 irmãos, o caçula é de outro pai.”

APÊNDICE D – CONTRADIÇÃO

E5: “Muito bom na minha família... Meu orgulho agora é o meu filho, ele não pode ir pra baixo. Muito bom foi a minha nora ter aparecido. Muito bom é a minha família toda também, eles são muito bom pra mim. *O que não é bom na família?* O que eu não gosto é do meu irmão tá se afundando na droga, tá ficando que nem meus filhos. Eu não sei como é que fui ter três filhos assim.

E10: “O que não é bom na minha família é esse negócio aí que usa, né. *Mas e antes disso, o que havia?* Não havia nada, nada que não era bom. (O filho responde: *ixi, muita coisa né, mas não tem como falar... Não gosto da briga, da discussão à toa*).

E16: O melhor na minha família é a saúde. Meu orgulho é que as crianças são tranquilas. Tranquilidade. Isso daí é muito bom. Eles são muito carinhosos. Nós nunca se desentende, nunca teve briga, nunca discutimos. Ele é assim tranquilo, ele é um cara sossegado. Nunca teve discussão, nem quando as crianças eram pequenas, nunca, porque minha filha é um amor, e ele também, ele é muito apegado à irmã, são apegados que Deus me livre. *O que não é bom na família de vocês?* Não tem nada que não funcione na minha família, nada que não é bom. Porque o marido é muito sossegado, muito tranquilo, ele trabalha. E o guri não trabalha, coitadinho, porque ele levou esse monte de tiro né, por causa de uma mulher casada... ele não andava com ela, ele apenas tava no ponto de ônibus conversando com ela e chegou o marido dela e achou ruim que ele tava conversando, e deu seis tiros. Com o crack faz dez anos que a gente tá lutando, não sei como entrou nisso, quando eu vi já... só que ele não é agressivo, tinha vez que ele chegava em casa, quebrava tudo, agora já não, agora ele toma o remédio e já... ele continua frequentando o CAPS. Ele usa e não, ele decerto não tá usando mais, né, tá tomando o remédio.

E18: “O que é muito bom na minha família... Eu tenho muito orgulho dos meus filhos nunca fazer nada errado, nunca pisar numa delegacia, nunca aparecer num jornal nem nada, e ninguém dizer “teu filho é isso, teu filho é aquilo”. Isso eu tenho orgulho, porque a única vez que meu filho foi numa delegacia foi por causa de pensão, mas o meu orgulho é meus filhos serem limpos, graças a Deus. Honestos. A honestidade que eles tem, isso sim.”

E11: “Não tem nada que me faz sentir amada. *Quando foi a última vez que você se sentiu amada?* Toda hora, porque eles gostam de mim”.

E5: “Quando meus filhos eram pequenos eu ia muito atrás na escola, pegava minha bicicleta, brigava com o diretor... uma vez uma professora puxou a orelha do meu filho, pus ela no... processei ela; às vezes eu chegava, meu filho tava com o problema que o professor

tava com birra dele, o professor colocou ele pra fora da sala, e eu cheguei e discuti com o professor e arrumei outra escola, outro professor e já... passavam de ano.”

E7: “Ah, lá em casa eu falo com eles, né, “olha você tem que fazer isso”... e se não faz eu falo de novo. *E eles obedecem?* às vez, né, você vê, o menino mesmo de onze anos, já quer mandar em mim, ele que resolve o que quer fazer e o que quer que eu faça. Mas... a minha filha (dependente química) mesmo é bem obediente. Esses dias atrás ela foi em casa, e quando ela vai eu cozinho pra ela qualquer hora porque tem que se alimentar bem, né, daí comeu, tomou banho e daí falou “mãe, eu já vou pra rua de novo”. E eu falei pra ela: “espera um pouco filha, arruma a casa pra mãe, limpa a casa que eu tenho que levar sua irmã no médico” - porque essa irmã dela tá grávida e tinha consulta, né- “depois a mãe volta e te leva”. É duro pra uma mãe levar a filha pra droga, pra rua, né, mas fazer o quê, melhor usar na rua que em casa, ela mesmo fala: “melhor eu ir pra rua, né, mãe, que usar na frente dos meus irmãos, em casa”. Daí eu voltei pra casa e ela tava pronta me esperando, tinha limpado toda a casa, lavado a louça... então, assim, ela obedece quando a gente pede. Daí eu levei ela, né.”

E9: “Eles me obedeciam, né. Só que esse negócio da droga... tem uma pracinha na frente da minha casa, lá eles começaram a usar, nessa pracinha. Um rapaz falou pra eles “usa isso aqui, isso aqui não dá nem gripe”, falavam pra eles, eles me contam. Naquela época já moravam só os dois comigo. Meus filhos nunca me desobedeceram, o problema é que eles saiam pra brincar, aí começou tudo, nessa pracinha aí.”

ANEXO A



Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a mestranda Maria das Graças Rojas Soto, aluna do Programa de Pós-Graduação Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), orientada pelo Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha, para desenvolver o seu projeto de pesquisa "*Papel da dinâmica familiar no consumo do crack: aspectos socioculturais, demográficos e psicossociais*", no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS- AD), da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Porã.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2.012, substitutiva à Resolução 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados exclusivamente para os fins da pesquisa e para publicações científicas.

Ponta Porã, 03 / 06 / 2014.

Por ser verdade, firmo o presente,



Dr. Eduardo Santos Rodrigues

Secretário Municipal de Saúde de Ponta Porã

Eduardo Santos Rodrigues
Secretário Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Ponta Porã

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PAPEL DA DINÂMICA FAMILIAR NO CONSUMO DO CRACK: ASPECTOS SOCIOCULTURAIS, DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS

Pesquisador: MARIA DAS GRAÇAS ROJAS SOTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37887214.0.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 867.334

Data da Relatoria: 10/11/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisadora: Maria das Graças Rojas Soto. Pesquisa qualitativa e transversal.

Pesquisa a ser realizada com famílias de usuários de crack que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Ponta Porã _ MS, com o objetivo de compreender o papel da dinâmica familiar no consumo de crack. Busca a partir deste, as vulnerabilidades e potencialidades que permitam compreender o uso das drogas, através dos fatores socioculturais, demográficos e psicossociais em que estão inseridas estas famílias. Esta pesquisa tem por referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, formulada como aquela que expressa os pensamentos e valores subjacentes no conjunto da sociedade, retratando o social vivido individualmente. Os participantes serão entrevistados individualmente com duração de sessenta minutos em ambiente privativo para garantir o sigilo dos entrevistados. Número de sujeitos da pesquisa: 15. Serão incluídas no estudo:

- famílias de usuários de crack referenciados no CAPS AD de Ponta Porã, sejam elas brasileiras ou paraguaias, que frequentam as reuniões do grupo de famílias da instituição;
- famílias de usuários de crack referenciados no CAPS AD de Ponta Porã, sejam elas brasileiras ou paraguaias, que não frequentam as reuniões do grupo de famílias da instituição e que desejarem participar do estudo;

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

*Prof. Paulo Roberto Meidama
 de Oliveira Santos
 Vice-Coordenador
 CEP/UFMS*



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 867.334

- pessoas a partir de 12 anos de idade, com a devida assinatura do TCLE, TALE e TCLE do responsável (em caso de menores de idade) em sua língua pátria.

Serão excluídos do estudo:

- menores de idade sem autorização de pais ou responsáveis, todos os menores de 12 anos, pessoas que no momento da entrevista estiverem sob o efeito de álcool ou drogas, pessoas que tenham dificuldade para entender ou responder às perguntas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o papel da dinâmica familiar no consumo do crack.

Objetivo Secundário:

Conhecer a composição familiar; Compreender as práticas, atitudes, valores e comportamentos intrafamiliar; Evidenciar o contexto sociocultural, demográfico e psicossocial em que estão inseridas estas famílias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos previstos são o constrangimento que poderá surgir durante a entrevista, sendo garantida ao participante a liberdade em se retirar da pesquisa e/ou abster-se em responder alguma pergunta, sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Caso haja necessidade o pesquisador se responsabilizará pelo encaminhamento do entrevistado ao atendimento necessário.

Benefícios:

Os benefícios trazidos pela pesquisa serão, além dos benefícios sociais, a realização de uma palestra às famílias participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto encontra-se bem estruturado com boa revisão de literatura. O projeto atendeu as solicitações quanto a caracterização dos participantes da pesquisa, local das entrevistas (Caps ou domicílio) em ambiente privativo garantindo o sigilo dos entrevistados.

Fez a inclusão de paraguaios, respaldado pela cooperação fronteiriça preconizado pela política nacional de desenvolvimento regional através do programa de promoção nacional do desenvolvimento da faixa de fronteira, coordenado pelo Ministério de Integração Nacional, conforme portaria 1.120/GM de 06.07.95 SIS Fronteira, do Ministério da Saúde.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

*Prof. Paulo Roberto Meidamer
de Oliveira Bastos
Vice-Coordenador
CAPRUPA*



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 867.334

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto com autorização da Instituição Proponente, apresenta autorização da Secretaria Municipal de Ponta Porã, apresenta dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (um destinado para os pais ou responsável, em caso, de menores de idade) e um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Estes termos estão apresentados em português e espanhol.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O parecer é pela aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 11 de Novembro de 2014

Assinado por:
Wilson dos Reis
(Coordenador)

Prof. Paulo Roberto Reis
de Oliveira Barros
Vice-Coordenador
CEP/UFMS

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br