



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARIANA SPELTA CRUZEIRO

**O CAMINHO DAS PEDRAS: SENTIMENTOS RELATADOS POR  
DEPENDENTES EM ABSTINÊNCIA DE CRACK**

Fapes

Vitória

2016

MARIANA SPELTA CRUZEIRO

**O CAMINHO DAS PEDRAS: SENTIMENTOS RELATADOS POR  
DEPENDENTES EM ABSTINÊNCIA DE CRACK**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Sávio Silveira de Queiroz.

Vitória

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)  
Bibliotecária: Michele Rodrigues da Silva – CRB-6 ES-000630/O

---

C957c      Cruzeiro, Mariana Spelta, 1990-  
            O caminho das pedras : sentimentos relatados por  
dependentes em abstinência de crack / Mariana Spelta  
Cruzeiro. – 2016.  
            197 f.

            Orientador: Sávio Silveira de Queiroz.  
            Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e  
Naturais.

            1. Afetividade. 2. Toxicomania. 3. Emoções. I. Queiroz,  
Sávio Silveira de, 1960-. II. Universidade Federal do Espírito  
Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

---

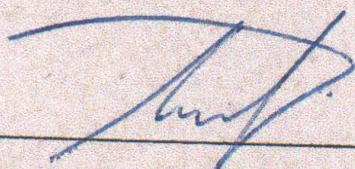


**CAMINHO DAS PEDRAS: SENTIMENTOS RELATADOS POR  
DEPENDENTES EM ABSTINÊNCIA DE CRACK - UFES**

**MARIANA SPELTA CRUZEIRO**

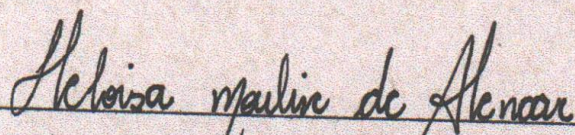
Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 26 de agosto de 2016, por:



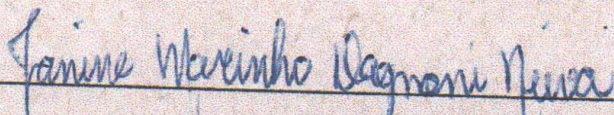
---

Prof. Dr. Sávio Silveira Queiroz - Orientador, UFES.



---

Prof.ª Dr.ª Heloísa Moulin de Alencar, UFES.



---

Prof.ª Dr.ª Janine Marinho Dagnoni Neiva, UNEB



## AGRADECIMENTOS

Dizem que o importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida. Esse pensamento nunca foi tão forte e sincero como nesses últimos tempos. Muito mais do que as folhas dessa dissertação, muito mais do que prazos, créditos e submissões de artigos, essa dissertação é fruto de uma grande paixão, a psicologia; iniciada desde os tempos da graduação e posteriormente compartilhada (ao longo principalmente do mestrado) por tantas pessoas que deixaram suas pegadas nesse percurso, ao meu lado, me provando mais uma vez que, como dizia Maria Betânia, *eu não ando só*.

Agradeço em primeiro lugar a Deus, Oxum e todos os seres de luz (não vou citar todos porque ficarei aqui até amanhã, rs), fortaleza da minha vida que iluminam meu caminhar; seja por meio de oração, pensamento, ou mesmo das incríveis pessoas que me cercam.

Agradeço ao meu orientador Sávio Silveira de Queiroz, talvez atrasado alguns minutos (brincadeira!), mas presente em momentos de alegria e preocupações, ansiedades e euforia. Sempre me acolhendo com seu incrível bom humor e jeito peculiar de ver a vida. Obrigada por fazer-se presente quando eu mais precisei. Obrigada por me orientar, no sentido mais amplo e verdadeiro. Com certeza eu não poderia ter tido maior sorte, você tornou essa caminhada muito mais tranquila e enriquecedora, levarei seus ensinamentos por onde eu for, a quem eu puder repassar.

Aos professores do PPGP que estiveram presentes nesse processo, especialmente à Heloísa Moulin de Alencar e Daiana Stursa de Queiroz, Claudia Patrocínio Pedroza Canal, pelas orientações e oportunidades de trabalhar juntos, sempre solícitos ao repassarem seus conhecimentos. E Luciana Souza Borges, minha orientadora clínica e de TCC, um dos meus maiores exemplos profissionais. Muito obrigada!

Como eu disse, minha caminhada não é solitária. Esse processo só foi possível graças a minha família, minha mãe, a pessoa mais esperta e mais insana que conheço! Obrigada por toda preocupação e torcida. À Rubia, sempre ao meu lado, à tia Bete, com seu carinho e comidinhas gostosas, e Pati que, mesmo na Califórnia, se faz presente. Vocês são minha principal base e alegria, obrigada por mais esse processo, meu amor por vocês é eterno!

Ainda sobre família, Rita Lélia Guimarães Granha, que além de corrigir essa dissertação, teve a paciência de discutir sobre minha dissertação diversas vezes (se deixar, é capaz de um mestrando falar sobre seu projeto por horas e horas) e me acalmou nos momentos de maiores preocupações. Obrigada Dami Granha, que torceu por mim mesmo da Nova Zelândia e me ajudou com o famoso abstract. Obrigada principalmente você, Di; que acreditou em mim quando eu menos acreditava. E que apoia cada decisão (mesmo que louca!), você é meu sorriso de cada dia e minha maior parceira.

Obrigada aos tantos amigos! Como passam das quatro da manhã e recorri a algumas tacinhas de vinho para concluir a dissertação (por ironia rs), pode ser que alguns nomes não apareçam aqui, mas vocês estão comigo no coração sempre. Lila Maestri, claro. Minha parceira de todas as horas, obrigada irmã por me apoiar mais nessa e me ajudar em diversos momentos. Gratidão ao tripé de sempre: Amanda Monteiro e Bárbara Piffer, e as amigas de longa data, Camila Cândido, Juliana Dallapicula, Luana Almeida, Rosangela Faroni e Adriely Berti Musso, estaremos sempre juntas!

Obrigada à psicologia que me presenteou com as pessoas mais especiais. Ligia Maria Quintanilha Merhi, se não fosse você com certeza eu não estaria aqui escrevendo os agradecimentos hoje. Obrigada por ser necessária na minha vida por me

ajudar a perceber os quereres a minha volta diariamente. Lorena Firme e Anne Mozine, as psicólogas e capoeiristas mais lindas do mundo, eu amo vocês. Livia Gonçalves e Larissa Bessert, companheiras desde o início desse processo, e Livia muito antes, obrigada por tudo! Polyana Schimith, Rovená Esmidre e Carol Benezath, obrigada pelos nossos desabafos, apoio e risadas de sempre, graças a vocês tive acesso ao melhor grupo de estudo da Ufes. E claro, não poderia faltar: Livia Maulaz, Carolina Martínez, Toninho Araújo, Marcelo Zanotti, Paola Zanotti e Diemerson Saquetto, eu não tenho nem palavras; vou guardar para sempre vocês comigo, as lembranças, cervejas e união. Obrigada aos meus amigos que me acompanharam nesse processo e que tiveram paciência nos meus momentos de ausência e ansiedade.

E claro, obrigada aos meus participantes, pela confiança e força de vontade em participar dessa pesquisa, admiro a coragem de vocês. Obrigada pelas palavras e sinceridade. Mais do que isso, obrigada por contribuírem para que mais do que nunca, eu me apaixonasse pela temática da dependência química e moralidade.

Por último, mas talvez o mais importante, obrigada ao meu pai, apesar de não nos vermos diariamente, por me provar, a cada encontro, de onde vem meu jeito e meu sorriso. Você é meu melhor amigo, se não fosse você, eu nunca teria iniciado o mestrado. Essa ideia que inicialmente representava uma tentativa de seguir seus conselhos, hoje virou uma das minhas maiores alegrias, eu te dedico essa e tantas outras descobertas que ainda estão por vir, eu te amo, muito.

Finalmente, se resta alguma certeza após isso tudo, é de que a pessoa que entrou nesse programa há dois anos não é a mesma que sai. E por isso, muito obrigada todos vocês!

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>22</b>
<b>2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA</b> .....	<b>28</b>
<b>3 TRATAMENTO DE INTERNAÇÃO</b> .....	<b>38</b>
<b>4. COGNIÇÃO, PSICOLOGIA DA MORALIDADE E AFETIVIDADE NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA</b> .....	<b>42</b>
<b>5 Sentimentos</b> .....	<b>51</b>
5.1 Busca de amor .....	53
5.2 Busca de felicidade.....	55
5.3 Humilhação .....	56
5.4 Vergonha .....	58
5.5 Culpa.....	60
<b>6 OBJETIVOS</b> .....	<b>63</b>
6.1 Objetivo geral.....	63
6.2 Objetivos específicos.....	63
<b>7 MÉTODO</b> .....	<b>64</b>
7.1 A estruturação do método.....	64
7.2 Os nossos sujeitos.....	65
7.3 Aspectos éticos.....	67
7.4 Local de coleta de dados.....	68
7.5 Procedimentos e Instrumentos.....	68
7.6 Tratamento dos dados.....	69
<b>8 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>74</b>
8.1 – A História de Eduardo .....	77
8.2 A história de Cinval.....	100
8.3 A história de Luiz.....	129
8.4 Interseção nos três participantes .....	149
8.4.1 Aspectos gerais.....	151
8.4.2 Resultados - aspectos afetivos .....	160
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>173</b>
<b>10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>178</b>
<b>11. APÊNDICES</b> .....	<b>190</b>
11.1 Apêndice A- Roteiro de entrevista.....	190
11.2 Apêndice B- Termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	193
11.3 Apêndice C- Estudo de sentimentos realizado pelo LAPSIM.....	196
11.4 Apêndices digitalizados	



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização de participantes usuários de crack.....	65
Tabela 2- Trajetória de consumo de SPAs- Eduardo .....	77
Tabela 3- Motivação para iniciar o consumo de SPAs- Eduardo .....	78
Tabela 4- Progressão do consumo de crack- Eduardo .....	81
Tabela 5- Fatores motivacionais para o consumo de crack- Eduardo .....	82
Tabela 6- Aspectos afetivos influenciadores para a motivação para continuidade do crack- Eduardo.....	84
Tabela 7- Aspectos motivacionais para a busca do primeiro tratamento de internação- Eduardo .....	87
Tabela 8- Contextualização e abandono do primeiro tratamento de internação- Eduardo .....	88
Tabela 9- Sentimentos e aspectos motivacionais para buscar o segundo tratamento de internação- Eduardo.....	91
Tabela 10- Sentimentos e aspectos afetivos ao longo do segundo tratamento de internação (concluído) - Eduardo.....	94
Tabela 11- Sentimentos e aspectos afetivos após o tratamento de internação- Eduardo .....	95
Tabela 12- Sentimentos e aspectos afetivos hoje com relação ao crack- Eduardo .....	97
Tabela 13- Trajetória de consumo de substâncias psicoativas- Cinval .....	101
Tabela 14- Fatores e sentimentos motivacionais para o consumo de SPAs- Cinval ...	102
Tabela 15- Motivação para o consumo de crack- Cinval .....	105
Tabela 16- Sentimentos com relação ao crack antes do tratamento de internação- Cinval .....	107

Tabela 17- Busca pelo primeiro tratamento de internação- Cinval .....	109
Tabela 18- Percepção sobre tratamento de internação- Cinval .....	111
Tabela 19- Busca pelo segundo tratamento de internação concluído- Cinval .....	113
Tabela 20- Percepção sobre o segundo tratamento de internação- Cinva .....	114
Tabela 21- Sentimentos durante o segundo tratamento de internação – Cinval .....	116
Tabela 22- Sentimentos após o tratamento de internação- Cinval .....	119
Tabela 23- Sentimentos hoje com relação ao tratamento de internação- Cinval .....	121
Tabela 24- Sentimentos com relação à vida hoje- Cinval .....	124
Tabela 25- Motivações para o início do consumo de SPAs- Luiz .....	130
Tabela 26- Substâncias psicoativas utilizadas- Luiz .....	132
Tabela 27- Aspectos influenciadores para início do consumo de crack- Luiz .....	133
Tabela 28- Motivação para intensificar o uso de crack- Luiz .....	134
Tabela 29- Aspectos afetivos em relação ao crack e motivação para procura de tratamento de internação- Luiz .....	135
Tabela 30- Primeiro tratamento de internação- Luiz .....	138
Tabela 31- Segundo tratamento de internação- Luiz .....	139
Tabela 32- Terceiro tratamento de internação- Luiz .....	141
Tabela 33- Quarto tratamento de internação- Luiz .....	142
Tabela 34- Quinto tratamento de internação- Luiz .....	143
Tabela 35- Tratamento de internação concluído- Luiz .....	145
Tabela 36- Sentimentos e aspectos afetivos nos dias atuais- Luiz .....	147
Tabela 37: Estudos de sentimentos morais realizados por membros do LAPSIM.....	197

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1.....	192
-------------------	-----



## LISTA DE SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
ES	Espírito Santo
SPAs	Substâncias Psicoativas
NA	Narcóticos Anônimos
DQ	Dependência Química
Caps - Ad	Centro de Atenção Álcool e Outras Drogas
Fapes	Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo
Pepsic	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
SciELO	Scientific Electronic Library Online
LAPSIM	Laboratório de Psicologia da Moralidade
LT	Linha do Tempo
OMS	Organização Mundial da Saúde
CEBRID	Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Edição
PPGP	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

Cruzeiro, M. S. (2016). *O Caminho das Pedras: Sentimentos Relatados por dependentes em Abstinência de Crack*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória- ES.

## RESUMO

A presente dissertação investigou sentimentos relativos ao consumo de crack e tratamento de internação originados do discurso atual de indivíduos em abstinência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas. Utilizamos como referencial teórico a Psicologia da Moralidade, discutida por Piaget (1954/2014). Assim como o referido autor, compreendemos a afetividade como energética da ação, por isso, acreditamos que o estudo de sentimentos pode indicar dados relevantes para a pesquisa e intervenção sobre o consumo de crack. Para tal, realizamos um estudo de caso com três sujeitos, selecionados por conveniência. Para a coleta de dados, utilizamos um roteiro de entrevista semiestruturada, dividido em três momentos: antes, durante e após o tratamento (incluindo dias atuais) de internação. Nossos dados foram tratados e sistematizados de acordo com a análise de conteúdo. Desse modo, foram recorrentes nas falas de nossos participantes os sentimentos ligados à moralidade: vergonha, culpa, medo e a vontade. Além desses sentimentos, cabe destacar virtudes também discutidas à luz da Psicologia da Moralidade, como a honra, humildade e gratidão, considerados como virtudes. Assim, percebemos que os sentimentos manifestados parecem influenciar ações desses sujeitos, bem como o princípio de uma conduta ética ligada a uma resposta social e um querer fazer moral. Baseado nesses dados, buscamos contribuir para as intervenções e compreensão singulares de cada sujeito em tratamentos de internação.

**Palavras-chaves:** afetividade, dependência química, sentimentos.

## **ABSTRACT**

It was aimed to investigate feelings related to crack use and inpatient treatments, from the speech of individuals in abstinence from illicit psychoactive substances. The theoretical framework Psychology of Morality, discussed by Piaget (1954/2014) was used as a reference. As the referred author, we understand affectivity as a motivational factor; therefore, we believe that the study of feelings may indicate relevant data regarding the conduct and cease of crack use. For such, it was conducted a case study with three subjects, selected by convenience sample. To collect data, we used a semi structured interview guide, divided into three stages: during crack use, inpatient treatments and nowadays. Our data were treated and systematized according to content analysis. Thereby, recurred in the speeches of our participants feelings linked to morality: shame, guilt, fear and will. In addition to these feelings, it is important to highlight other feelings also discussed in light of the Morality Psychology, as humiliation, honor, humility and gratitude, regarded as virtues. In view of this, the feelings shown to have influence on the actions of these subjects, as well as the establishment of the beginning of ethical conduct, linked to a social response and want to make moral. From these data, we seek to contribute to the interventions and unique understanding of each subject in inpatient treatments.

**Keywords:** affection, chemical dependency, and feelings.



## 1 INTRODUÇÃO

O interesse em estudar os aspectos afetivos de dependentes químicos surgiu desde a etapa da graduação, ao longo de estágios vinculados à saúde mental e, em específico, à dependência química (DQ). Nos espaços de atendimento dia e clínicas de tratamento de internação, era visível a relevância do estudo e intervenção na afetividade desses sujeitos.

Ainda na graduação, ao entrar no Programa de Iniciação Científica (IC) como aluna voluntária aproximei-me da Psicologia da Moralidade, e surgiu um contato maior com a obra de Yves de La Taille (2009), professor do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, considerado um dos grandes pesquisadores dessa área. O IC consistia em um estudo sobre a honra e projetos de vida de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação. Durante a participação nesse IC, foram realizados grupos de estudos e leituras sobre essa temática, despertando assim um grande interesse pela área da moralidade e especialmente pela sua particular dimensão afetiva, o que me fez pesquisá-la no mestrado.

Quando falamos em Psicologia da Moralidade, referimo-nos não unicamente à dimensão cognitiva do desenvolvimento, mas também à dimensão afetiva, que não pode ser negligenciada, pois, como afirma Piaget (1954/2014), os desenvolvimentos cognitivo e afetivo são de fundamental importância para o funcionamento psíquico; são estruturas paralelas e complementares, de influência mútua.

Nesse sentido, La Taille investigou a gênese dos sentimentos morais (La Taille 1996, 2000, 2006; La Taille, Duarte & Mello, 1993; La Taille, Maiorino, Storto & Roos, 1992), com base em uma perspectiva piagetiana, destacando a relação entre os sentimentos com o querer fazer moral (La Taille, 2010, 2009). Assim, no decorrer de

uma revisão inicial de literatura, verificamos e definimos como nossa principal base teórica os trabalhos de Yves de La Taille e Jean Piaget.

Nosso interesse de pesquisa refere-se ao estudo de sentimentos de dependentes químicos (DQ), associado ao campo de estudo da Psicologia da Moralidade, especificamente as questões relativas à afetividade. Na tentativa de fundamentar nossas ideias e buscar espaços em que DQ falassem de seus sentimentos, frequentamos reuniões de NA por cerca de seis meses e participamos de grupos de ajuda de DQ na rede social (*facebook*), explicando nossa pesquisa e esclarecendo as motivações para buscar conhecer o espaço. Pela fala dos membros (NA e grupos no *facebook*), ficou clara a importância para esses sujeitos em discutir os sentimentos; através desses espaços, conseguimos realizar estudos pilotos anteriormente à pesquisa.

Além disso, posteriormente, visitamos duas comunidades terapêuticas e duas clínicas particulares de tratamento de internação na Grande Vitória, o objetivo era conhecer ao máximo as vivências de cada espaço e compreender (mesmo que de maneira breve) o funcionamento de cada espaço. Assim, essas visitas nos auxiliaram a compreender como esses tratamentos eram guiados, ao menos naqueles espaços. A partir disso, confirmamos nossas ideias acerca da importância de estudar os sentimentos de DQ e utilizá-los como base para intervenções nos tratamentos (de internação ou não).

Com base nisso, realizamos estudos pilotos com dois usuários de crack abstêmios, após tratamento de internação, selecionados por conveniência. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, sendo a análise de dados realizada com base no referencial teórico-metodológico piagetiano, à luz do método clínico. Assim percebemos que, a princípio, durante o consumo de crack surgiram os sentimentos de tristeza, prazer (alegria) e humilhação. Em contrapartida, quando abstêmios, foram citados: culpa, vergonha, busca de amor, busca de felicidade,

humilhação e arrependimento. Os sentimentos ligados ao querer fazer moral surgiram ao longo do consumo de crack e se intensificaram à medida que encerram o consumo, confirmando a presença da força de vontade para realizá-lo (Cruzeiro et al., 2016).

Dessa maneira, a partir de tal estudo, confirmamos significativa presença de sentimentos ligados à DQ, em específico ao crack e suas influências para o consumo e o abandono do tratamento. Em consequência, nos questionamos: quais sentimentos os dependentes químicos de crack manifestam em relação ao uso e tratamento de internação? Decidimos, então, para escrever nosso projeto, propor um estudo exploratório de sentimentos ligados ao consumo de crack, bem como os vinculados ao tratamento de internação para DQ.

Partimos da hipótese de que os entrevistados apresentariam no momento antecedente ao consumo de SPAs sentimentos voltados para si mesmos (menos preocupados com a sociedade em geral, em específico, as regras e deveres) e, conseqüentemente, motivadores para consumi-las. Em contrapartida, acreditamos que, a partir do momento em que se tornavam abstinentes, apresentariam sentimentos ligados ao querer fazer moral, preocupados com uma resposta social relacionada a uma postura ética. Em outras palavras, acreditamos que os sentimentos e a (força de) vontade influenciaram as condutas dos sujeitos entrevistados, como, por exemplo, ao iniciar e encerrar o consumo de SPAs, e procurar por tratamento de internação.

A nossa revisão de literatura foi guiada principalmente pelo banco de teses e periódicos da Capes e Google Acadêmico e pelas seguintes bases de dados: Pepsic, Scielo e Lilacs, em trabalhos publicados entre os anos 2005 a 2015. Para a busca utilizamos como descritores: DQ, sentimentos e usuários; sentimentos, crack e moralidade.



Após nossa revisão, podemos dizer que o uso de crack tem se sobressaído no momento atual, sendo considerada a droga protagonista (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008; Figlie, Bordin & Laranjeira, 2004; Filho, Tunchi, Laranjeira & Catelo, 2003; Moraes & Torrecillas, 2013; Nascimento, Silva & Silva, 2015; Petternon et al., 2015; Ribeiro et al., 2006; Sanchez & Nappo, 2008) devido às consequências devastadoras. Todavia, destaca-se ainda o fato de que grande parte das produções científicas sobre o crack é de natureza quantitativa, tendo como objetivo estudar o perfil de usuários DQ. Além disso, com frequência possuem como participantes de estudo os profissionais de saúde ou as instituições que prestam atendimento a esses indivíduos. Desse modo, desconsideram abordar a problemática sob a perspectiva dos próprios usuários (Branco et al., 2012; Castro, 2003; Costa, Cenci & Spies, 2014; Gabatz et al., 2013; Horta, Horta, Rosset & Horta, 2011).

Com base nisso, acreditamos que, para alcançar nosso propósito, deveríamos realizar uma pesquisa qualitativa a fim de compreender o discurso desses sujeitos. Baseou-se também no pressuposto de que, apesar de haver semelhanças entre as falas dos participantes, cada história possui uma importância de maneira individual, portanto, serão consideradas as histórias de cada sujeito e sua relação com a droga.

Quanto aos aspectos da afetividade, alguns estudos se aproximam do recorte de nosso trabalho, podendo citar as pesquisas realizadas pelo Laboratório de Psicologia da Moralidade (LAPSIM), com relação à vergonha, humilhação, honra e amor<sup>1</sup>.

Destarte, nossa pesquisa se mostra relevante, tendo em vista que atualmente o problema da dependência química (DQ) tem recebido atenção das mídias, uma realidade cada vez mais próxima das pessoas. Tem sido tratado como um problema de políticas públicas e ocupado as discussões tanto sobre segurança quanto de saúde pública.

---

<sup>1</sup> Tabela referente aos estudos de sentimentos produzidos pelo LAPSIM (Apêndice C- ver tabela 1).

Dessa forma, é necessário conhecer e entender o universo vivenciado pelo usuário, a fim de pensar em novos meios de prevenção e intervenção. Nesse sentido, os assuntos relacionados aos sentimentos, discutidos pela Psicologia da Moralidade, são visíveis no contexto social, uma vez que demandam respostas urgentes, principalmente quando consideramos os sentimentos essenciais ao desenvolvimento moral. Para complementar, as próximas linhas contêm a continuação de nossa revisão de literatura referente à DQ e à Psicologia da Moralidade, em específico, os sentimentos.

Assim, observa-se, portanto, que a discussão de nosso tema é central na área da Psicologia da Moralidade, mas ainda há escassez de produções científicas correlacionando sentimentos à DQ. Essas ideias serão discutidas de maneira mais aprofundada ao longo de nosso estudo. Para isso, apresentaremos os outros capítulos que compõem esta dissertação visando oferecer uma visão global do estudo.

No *capítulo 2* buscamos compreender melhor o que é a DQ e a sua relação com o sujeito. Elaboramos importantes apontamentos dos estudos sobre a DQ, o crack e os tratamentos de internação. Em seguida, apresentamos os últimos levantamentos epidemiológicos a respeito da temática.

No *capítulo 3* realizaremos algumas considerações acerca dos tratamentos de internação realizados no Brasil e no Espírito Santo.

Levando-se em consideração a importância do estudo da afetividade desses sujeitos, no *capítulo 4* recorreremos e expomos a fundamentação teórica da Psicologia da Moralidade e no *capítulo 5* realizamos uma discussão sobre os sentimentos especificamente. Assim, iniciamos apresentando alguns aspectos das obras de Jean Piaget (1932/1994, 1954/2004), Yves de La Taille (2002, 2006, 2009, 2010) e demais autores da moralidade, que ressaltam a participação da afetividade nas questões atinentes à moral, precisamente os sentimentos morais.

Após explicar a parte teórica de nosso estudo sobre os sentimentos morais, dedicamo-nos a um estudo empírico com o intuito de investigar os sentimentos de dependentes químicos de crack. No *capítulo 6* detalhamos o objetivo geral em objetivos específicos.

Em seguida, no *capítulo 7*, apresentamos o método utilizado para a coleta de dados. Após a descrição do método, apresentamos no *capítulo 8* os resultados e as discussões de nossa pesquisa. Este capítulo é dividido em quatro subcapítulos: para apresentar o histórico de cada sujeito, apresentamos suas histórias separadamente: a história de Eduardo, a história de Cinval e a história de Luiz. Em seguida, relacionamos os conteúdos comuns aos sujeitos e também com a teoria da Psicologia da Moralidade.

No *capítulo 9*, traçamos algumas considerações finais acerca dos principais resultados encontrados, com base nos quais tentamos apontar possíveis contribuições da Psicologia da Moralidade aos estudos sobre a dependência química.



## 2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O uso de substâncias psicoativas (SPAs) não se configura como uma prática nova no curso histórico da humanidade. Esse fenômeno esteve presente em diversas sociedades, sobretudo associado a tradições socioculturais, como rituais místicos e religiosos; remonta períodos quando os alucinógenos possuíam um lugar de destaque nas cerimônias de povos primitivos, funcionando como um arauto da felicidade e prosperidade para comunidades, utilizado como objeto de interação social, considerando seu caráter terapêutico (Branco et al., 2012; Fertig, 2013; Pratta & Santos, 2009, Rommani & Roso, 2012).

Foi a partir do século XIX, que o consumo de tais substâncias passou a adquirir grandes proporções em detrimento de sua finalidade inicial. Nesse período, com o isolamento de alguns princípios ativos de substâncias e a industrialização, iniciou-se a produção de substâncias mais potentes, tanto para fins terapêuticos quanto para fins recreativos (Branco et al., 2012).

O consumo de SPAs tornou-se indiscriminado, abrangendo diferentes países e classes sociais (Branco et al., 2012; Fertig, 2013; Forte, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) afirma que mais de 10% das populações dos centros urbanos do mundo abusam de SPAs, e isso independe de idade, fator econômico, sexo e nível de escolaridade (Bastos & Bertolini, 2014). Além disso, estudos afirmam que o consumo nocivo da droga pode suscitar comportamentos de risco que comprometem a saúde do indivíduo e suas relações sociais (Chavez et al., 2011).

Apesar do que discorremos acima, sobre o que pode afetar negativamente o sujeito, ainda sim nos questionamos: *por que as pessoas consomem SPAs?* Para Rocha et al. (2015) as respostas podem ser diversas, como curiosidade, influências de amigos,

busca de prazer. Mas além desses fatores, acreditamos que o uso representa hoje um recurso de acesso privilegiado a outro mundo, uma espécie de realidade paralela, desvinculada dos sofrimentos no cotidiano, tornando-se uma resposta às questões subjetivas alimentadas pela máxima do bem-estar pessoal.

Da automedicação à dependência química, o consumo representa um universo complexo de relações entre o objeto-droga, o sujeito e a cultura. Na tentativa de compreender tais fenômenos, revela-se fundamental levar em consideração a ideia da dependência química articulada à subjetividade do sujeito, impossibilitando assim, reduzi-los à padronizações de consumo ou às substâncias por eles consumidas.

Quando falamos em consumo de SPAs, não estamos necessariamente nos referindo ao quadro de DQ. Existem, ao invés disso, padrões individuais de consumo que variam de intensidade, ou seja, variam em forma de um *continuum*. De acordo com Laranjera, Figlie e Cordeiro (2007), o padrão de uso pode ser classificado como: a)- experimental: uso inicial, esporádico de determinada substância; b)- recreativo: uso de determinada substância em situações sociais ou de relaxamento, sem consequências negativas; c)- frequente: uso regular, não compulsivo e que não traz prejuízos significativos para o indivíduo; d)- abusivo: padrão de consumo de SPAs que causa danos à saúde, podendo ser de natureza física ou psicológica; e)- dependência: relação disfuncional entre o indivíduo e seu modo de consumir determinada substância. Nesse sentido, o uso abusivo e a DQ têm apresentado aumentos com o passar dos anos e trazem consigo diferentes consequências para o cenário social (Andrade, Duarte & Oliveira, 2010).

A DQ é um transtorno cronicamente recorrente que pode ser caracterizado por:

- 1) compulsão na procura e ingestão da droga, 2) perda do controle sobre o consumo e,
- 3) surgimento de um estado emocional negativo quando há redução ou interrupção do

consumo da substância, que reflete na abstinência (Koob, 2006; Koob & Volkow, 2010).

Segundo a OMS (2010), a DQ é caracterizada como a ligação entre um organismo e um ou mais tipos de droga, sendo realizada de modo contínuo ou periódico proporcionando dependência física e psicológica. Já para o CID 10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), a DQ é um transtorno mental e comportamental relacionado ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, caracterizado em cerca de nove códigos. O DSM IV (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), por sua vez, traz alguns critérios para o diagnóstico da DQ e a classifica em leve, moderada e grave, variando de acordo com o tempo de uso e o comprometimento causado por ele (não encontramos estudos que mencionem os novos critérios do DSM-V).

Pelo exposto, optamos pela seleção de sujeitos dependentes químicos para realizar nossa pesquisa empírica. Ao se considerar o amplo campo das SPAs, lícitas e ilícitas, entendemos que, para um estudo de dissertação de mestrado, deveríamos delimitar e selecionar uma substância, sendo que optamos em estudar a *DQ de crack*.

O crescimento do consumo de crack tem adquirido configurações de uma pandemia de uso crescente entre a população e de alto potencial de dependência (Carlini et al., 2006; Chavez et al., 2011; Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008; Ferreira Filho et al., 2003; Filho et al., 2003; Nascimento, Silva & Silva, 2015; Ribeiro et al., 2006), trazendo consigo, ao longo dos anos, diferentes consequências para o cenário social, inclusive no Brasil (Andrade, Duarte & Oliveira, 2010).

Entre as razões que explicam o “sucesso” dessa substância entre os usuários, destacam-se seu baixo custo (uma pedra de crack custa, em média 10 reais, enquanto 0,5 g de cocaína, quantidade suficiente para proporcionar sensação semelhante, custa em torno de 20 reais); a rapidez dos primeiros efeitos estimulantes (em geral, de 10 a

15 segundos) e a elevada sensação de prazer (Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2011; Duailibi et al., 2008; Figlie et al., 2004; Kessler & Pechansky, 2008; Ministério da Saúde, 2010).

Para se tornar crack, a cocaína sofreu diversas alterações ao longo dos anos. Os relatos datam de mais de 1.200 anos, quando índios nativos da América do Sul, mais especificamente da região dos Andes, já usavam a folha da *Erythroxylon coca* por suas propriedades estimulantes. Até hoje a população daquela localidade utiliza as folhas de *coca* a fim de combater os efeitos da altitude (Ferreira & Martini, 2001).

Em 1859, o químico Albertt Niemann isolou o princípio ativo da coca, o extrato de cocaína (Ferreira & Martini, 2001). A partir daí a cocaína passou a ser produzida em laboratórios, sob a forma de cloridrato de cocaína e desde então, é consumida de diferentes maneiras (Dualibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008). A forma mais conhecida da utilização da cocaína é em pó e com o sujeito aspirando-a; também é possível dissolvê-la em água e injetar diretamente na corrente sanguínea utilizando seringas via endovenosa ou por via oral, ou ainda mascarada em forma de pasta (Balbinot & Araújo, 2012).

Entretanto, a forma mais recente de utilizá-la é com o “crack”, pela inalação do vapor expelido com a queima das pedras, e manufaturadas com o cozimento da pasta básica da cocaína adicionada a outros componentes químicos (Kessler & Pechansky, 2008). Essa pasta surgiu no fim da década de 1970, mas se tornou popular na década de 80 entre os moradores dos bairros pobres de Nova Iorque, Miami e Los Angeles, nos Estados Unidos, sendo vendida em forma de pedras pequenas e fumada em cachimbo. No Brasil, contudo, difundiu-se na década de 1990 (Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2011).

O passar dos anos modificou o cenário, após chegar ao Brasil cerca de 10 anos

depois, rapidamente o consumo do crack se alastrou devido ao seu baixo custo e potencial de dependência. Além disso, diferente da heroína, o crack não deixava marcas pelo corpo, dificultando em um primeiro momento a identificação do usuário (Kessler & Pechansky, 2008).

O crack possui pico de ação mais imediato em comparação às demais formas de consumo da cocaína, devido ao rápido acesso das moléculas presentes na fumaça aos alvéolos pulmonares, assim como a sua disponibilização na corrente sanguínea e a consequente ação junto ao sistema nervoso central. Por isso, muitos usuários de cocaína migraram para o crack por considerá-lo mais potente (Dias et al., 2011; Laranjera, Figlie & Cordeiro, 2007).

Entretanto, cabe destacar algumas particularidades do crack, cujos efeitos duram cerca de 5 minutos, contribuindo para que o usuário utilize a substância com mais frequência (Bastos & Bertolini, 2014). Os primeiros efeitos da droga são marcados por intensa euforia, seguida de profunda depressão. O padrão de consumo intenso e repetitivo é chamado *binge* e, quando esse padrão é quebrado, surge a chamada fissura, associada a sinais e sintomas de retirada, caracterizada por intenso mal estar físico e psicológico (Chaves et al., 2011).

Desse modo, as consequências decorrentes desse hábito aumentaram consideravelmente, constituindo-se hoje um dos mais graves problemas de saúde pública (Costa et al., 2014; Damas, 2013; Dias et al., 2011). A utilização do crack ocasiona efeitos decorrentes da toxicidade aguda e crônica em praticamente todos os órgãos: seu uso prolongado está relacionado principalmente a problemas físicos referentes ao trato respiratório, ao aparelho cardiovascular, à função renal e também está associado a transtornos psiquiátricos (Balbinot & Araújo, 2012).



Sendo um fenômeno de elevada importância, em 2008, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes denunciaram o problema da falta de dados acerca do uso de drogas. Passados oito anos, ao longo da nossa revisão de literatura chegamos à mesma constatação, poucas pesquisas foram realizadas em território brasileiro. Entre eles, destacamos os dois censos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o “Relatório Brasileiro sobre Drogas”, publicado em 2009 e a Pesquisa Nacional sobre o uso de crack no Brasil, realizada pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), em 2014, que entrevistou cerca de 25 mil residentes nas capitais e é considerado o levantamento mais completo sobre crack no mundo.

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (realizado nas 108 maiores cidades do Brasil), 1,5% da população fazia uso de crack. Entre os usuários, a maioria eram homens, entre 25 e 34 anos, constituindo 193 mil pessoas. Destaca-se a comparação dos resultados do I Levantamento, realizado em 2001, e o II Levantamento, realizado em 2005, que revelou aumento estatisticamente significativo do uso de crack, sendo a região Sul e Sudeste as regiões com maior número absoluto de usuários identificados, em torno de 115 mil. Tais levantamentos identificaram que o consumo de drogas ilícitas aumentou de 19,4 para 22,8% (Carlini et al., 2006). Com relação ao uso frequente, o crack foi mencionado em quase todos os estados, sendo maior em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória. Esses estudos culminaram no “Relatório Brasileiro sobre Drogas”.

Uma novidade em relação aos dois levantamentos diz respeito às internações recorrentes do uso de drogas no Sistema único de Saúde (SUS), constatou-se que a maioria das internações está ligada ao uso de álcool, *policonsumo* e, em seguida, o

crack. O número total de internações entre 2001 e 2007 foi de 965.318, e este aspecto será retomado posteriormente.

Segundo a pesquisa mais recente, realizada pelo OBID (2014) existem no Brasil 370 mil usuários de crack que fazem uso regular da droga e de outras formas similares de cocaína. Desses 370 mil, 113 mil residem no Sudeste (Bastos & Bertoni, 2014). Ou seja, Vitória - Espírito Santo (ES), lugar onde se realizou nossa pesquisa, é um dos principais centros de consumo de crack no Brasil. Logo, um cenário que marca nosso cotidiano.

No início de 2016, um jornal de circulação regional do Estado do Espírito Santo divulgou diversas matérias sobre o fenômeno das “cracolândias” na cidade de Vitória (Rezende & Falcão, 2016). Assim como apontado no levantamento do OBID, o número de usuários de crack na referida cidade pode chegar a sete mil (Bastos & Bertoni, 2014). Alguns usuários relataram nas reportagens, perdas em decorrência do consumo, como rompimento de vínculos familiares, comprometimento da renda financeira e realização de delitos (furtos) com intuito de obter capital para adquirir a SPA. Por outro lado, moradores do centro de Vitória, próximos às cracolândias, declararam constantes assaltos e um cenário marcado pelo consumo nas ruas e prostituição.

*Mas quem são esses usuários?* Parece haver certa concordância entre os estudos que discutem o perfil desses usuários de crack: a média de idade é de 30 anos e a maior parte dos usuários é do sexo masculino (Botti, Machado & Tameirão, 2014; Crauss & Abraid, 2012; Filho et al., 2003; Guimarães, 2008; Horta et al., 2011; Peixoto, 2010; Sanchez & Nappo, 2002), solteiros, com baixo nível socioeconômico e educacional, sem vínculos empregatícios ou com trabalhos esporádicos (Bastos & Bertoni, 2014; Guimarães et al., 2008). Ou seja, trata-se, pelo menos em tese, de uma população economicamente ativa de maneira informal e de maturidade cognitiva que deveria

compreender os possíveis malefícios decorrentes do consumo de crack. Assim como apontado por Tinoco (2007), possuem consciência a respeito das consequências do ato.

O uso de SPAs geralmente inicia-se na adolescência, com o consumo de substâncias lícitas, como o álcool e o tabaco. Estudos evidenciam uma variação de 10 a 30% na evolução do uso experimental para o abuso e a dependência de substâncias, com destaque para a cocaína e crack (Carlini et al., 2006; Sanchez & Nappo, 2002).

Nesse sentido, pesquisas discutem a relação entre a DQ e a motivação para início do consumo de SPAs (Koobs, 1996; Fertig, 2013), manutenção (Goeders, 2004; Fertig, 2013) e encerramento do consumo (Fertig, 2013; Gabatz et al., 2013).

Na pesquisa realizada pelo OBID (2014), constatou-se que, na base das questões motivadoras para o uso de crack e demais substâncias estão questões afetivas. O principal motivo (citado por mais da metade dos usuários) para iniciar o consumo foi a vontade/curiosidade de sentir o efeito da droga; seguido por pressão de amigos e ‘problemas familiares ou perdas afetivas. Ao contrário do imaginado, apenas 2% dos entrevistados citaram o baixo valor do crack como motivador para o consumo (Bastos & Bertoni, 2014).

Além dos fatores acima citados, podemos destacar a dificuldade em lidar com frustrações (Gabatz et al., 2013), excesso de estresse (Mosqueda-Díaz & Carvalho Ferriani, 2011), o poder de transformar as emoções (proporcionado pelas SPAs), tentativas de minimizar sofrimentos, solidão, baixa autoestima e falta de confiança (Neves & Miasso, 2010). Dessa maneira, parece que apesar dos sujeitos serem economicamente ativos, há a frustração e estresse que podem estar relacionados com o trabalho.

Diante das dificuldades cotidianas, o dependente acredita encontrar na droga um meio de superar a própria fragilidade. A percepção do usuário sobre a droga é por si só

fator motivacional para consumi-la, bem como estimula a continuidade do uso. Nesse sentido, estudos indicam que os usuários reconhecem as SPAs como um refúgio, o local para se esconder dos problemas e das dificuldades, a satisfação plena e a sensação de prazer ou satisfação (Gabatz et al., 2013).

Goeders (2014) ao estudar a relação entre estresse, motivação e DQ constatou uma relevante relação entre a tentativa de encontrar alívio em situações estressantes e o uso de substâncias químicas. O alívio torna-se maior do que o evento estressor e acaba provocando um aumento na motivação para usá-las.

Sendo assim, a DQ é marcada por uma relação específica entre um sujeito e um objeto, droga, e esta detém o poder de prazer do qual o sujeito não consegue se desvencilhar. Todavia, a relação do dependente químico com a droga é intensa, e não há liberdade, ao contrário, é uma relação marcada pela escravidão e exclusividade (Santos & Costa-Rosa, 2007).

De acordo com o estudo de Gabatz et al. (2012), constam nos depoimentos dos usuários a dificuldade de conter o uso das drogas, como se tivessem domínio sobre eles. De modo similar, Carlini et al. (2006) e Olivenstein (1980) descrevem a relação com o crack como algo tão intenso, a ponto de ocasionar isolamento e ruptura de relações profissionais e sociais. Por conta disso, Nimzt et al. (2014) ressaltam as dificuldades em manter o emprego, relacionamentos conjugais, parentais e de amigos, pois o usuário tem a tendência de substituir o relacionamento com as pessoas pelo relacionamento com a droga. Desse modo, os prejuízos em decorrência do consumo de crack por si só justificariam encerramento do consumo (Romani & Roso, 2012; Santos & Costa-Rosa, 2007).

Em virtude de ser um problema bastante complexo, a DQ é compreendida como uma doença biopsicossocial, em que os modelos de tratamento necessitam de

procedimentos ecléticos, entre eles, a internação (Kaplan et al., 2007). O próprio reconhecimento dos usuários como dependentes químicos é um processo longo e subjetivo (Fertig, 2013) que deve ser levado em consideração e trabalhado para que haja mais possibilidades de sucesso ao realizar o tratamento.

Abordamos até aqui dados relativos à dependência química. E nesse sentido, por tratar-se de um vasto campo, buscamos compreender e investigar uma das possíveis formas de intervenção, o tratamento de internação. Assim, visando aprofundar nossa investigação no campo da dependência química, dedicamos o próximo capítulo a apresentação de estudos acerca do tratamento de internação e sua relação com a Psicologia da Moralidade.

### 3 TRATAMENTO DE INTERNAÇÃO

Atualmente, várias abordagens de tratamento para dependência de cocaína e *crack* no Brasil vêm sendo discutidas, porém existem muitas controvérsias sobre qual abordagem demonstra mais efetividade na literatura científica. Há um consenso de que a dependência de *crack* exige um tratamento difícil e complexo (Kessler & Pechansky, 2008), como discutido anteriormente, sendo considerada um problema biopsicossocial. Apesar das dificuldades em realizar o tratamento, a pesquisa elaborada pela OBID declarou que a grande maioria dos usuários de *crack*, cerca de 78,9% deseja tratamento. Então, o que tem sido feito com relação às demandas de tratamento?

O plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em relação às drogas, do Ministério da Saúde, previa investimentos de 117,3 milhões de reais em 2010, em grandes partes direcionadas às demandas do *crack* (Ministério da Saúde, 2010).

Devido ao aumento de dependentes do *crack* no Brasil, em 2013 o Ministério da Saúde implementou o programa “Crack, é possível vencer” que previa a elaboração de plano de ação por parte dos municípios, que consistiam em verificar quais as ações necessárias para o enfrentamento do problema (Bastos & Bertolini, 2014). A cidade de Vitória está entre os municípios.

Segundo o Ministério da Justiça e Cidadania do Governo Federal (2016) os investimentos no programa podem passar de dez milhões de reais, direcionados ao aumento de ofertas de tratamento de saúde e atenção aos usuários de drogas, enfrentamento do tráfico e organizações criminosas, além de ampliação de atividades de prevenção. Por ser um problema social, econômico e também relacionado à saúde pública, haver hospitais destinados à internação e recuperação dos usuários do *crack*

está se tornando cada vez mais frequente (Balbinot, 2012). Ou seja, esse público parece ter acesso aos serviços de que necessita. Percebemos investimentos do governo a fim de sanar essa epidemia, mas não encontramos qualquer estudo mencionando quais os resultados alcançados com tais investimentos, desde 2013.

Em 2014, o Núcleo de Estudos Fênix em parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo, realizou um levantamento de instituições que oferecem atendimento a dependentes químicos no Espírito Santo (Anjos, Alvarenga & Basílio, 2014). Com base no mapeamento da pesquisa *“Políticas de Atenção Às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas no ES”*, foram identificadas 288 instituições/ serviços em funcionamento de 2012 a 2014. Esses dados permitem supor o elevado número de usuários existente e os investimentos realizados.

Segundo Guimarães et al. (2008), o crack já representa um custo significativo para o sistema de saúde e aparece como a droga de consumo mais prevalente entre usuários internados em hospitais psiquiátricos (Dualibbi, Ribeiro & Laranjeira, 2008).

As propostas e formas de atendimento terapêutico variam de acordo com a visão de mundo e perspectiva política, ideológica e religiosa dos diferentes grupos e instituições, governamentais e não governamentais atuantes nesta área. Da abstinência total à redução de danos, do internamento ao atendimento ambulatorial, dos grupos de ajuda ao tratamento medicamentoso, de programas governamentais e clínicas particulares a comunidades terapêuticas, o usuário de substâncias psicoativas, que deseja ou necessita de tratamento, dispõe de várias alternativas, devendo, portanto, optar por aquela mais adequada para cada caso (Costa, 2008).

Parece haver concordância na literatura de que as internações são recursos bastante procurados no tratamento de DQ de crack, associada ou não com outras drogas (Borini et al., 2003; Ferreira Filho et al., 2003), e há a tendência do mesmo sujeito ser



internado diversas vezes (Guimarães et al., 2008; Kessler & Pechansky, 2008; Santos & Costa Rosa, 2007).

Sayago et al. (2014) realizaram uma pesquisa transversal com 85 participantes, de 18 a 59 anos de idade. 91,7% dos entrevistados relataram já terem buscado tratamento anterior ao que estavam vivenciando no momento da pesquisa, pelo menos uma vez, sendo o tratamento de internação o mais referido.

Durante a internação o objetivo é fazer com que os sujeitos reflitam sobre suas dificuldades, para que seja possível a continuidade do tratamento, inclusive após a internação (Ferreira et al., 2015). Assim, compreendemos que o tratamento de internação reporta a um importante desafio: a adesão do usuário de crack; e por isso buscamos compreender melhor os aspectos referentes a esse processo.

No estudo de Ferreira et al. (2015), dos 350 dependentes químicos entrevistados, 71,7% foram internados anteriormente. Esta taxa elevada de abandono de tratamento possivelmente está relacionada à concepção que eles tem sobre não haver problemas relacionados com as drogas, bem como não possuírem motivação para mudança do comportamento e para o tratamento (Ferreira et al., 2015).

Ferreira et al. (2003) também realizaram outro estudo com dependente de cocaína na forma de crack e/ou em pó, 208 usuários, o equivalente a 47,3%, que registravam várias internações, mas não concluíam o tratamento de internação hospitalar (por abandono, fuga ou a pedido). De modo similar, em uma pesquisa longitudinal, Dias, Araújo e Laranjeira (2011) demonstraram que 46% dos usuários de crack não melhoraram ou permaneceram na mesma situação, um ano após a internação. Ou seja, esses sujeitos acessaram diferentes serviços de tratamento, mas praticamente metade dos entrevistados não obteve sucesso com relação à abstinência e após a recaída retomaram o consumo. Segundo nossa revisão de literatura, este cenário parece ser

semelhante em diversos estudos (Balbinot & Araújo, 2012; Botti et al., 2014; Lister et al., 2015).

A elevada propensão à reincidência após o tratamento resultou no seguinte questionamento: *por que tantas pessoas retomam o consumo de crack após o tratamento? O que pode ser mudado nesses tratamentos visando um menor número de reincidência e recaída?*

Com base em demais estudos (Balbinot & Araújo, 2012; Botti et al., 2014; Lister et al., 2015), infere-se que existem condições de internação; as instituições podem ser procuradas pelos dependentes ou usuários; existem campanhas que trabalham conteúdos cognitivos, os quais não devem ser ignorados pelas pessoas. No entanto, a dependência aumenta e persiste. Afora as variáveis óbvias relacionadas com fatores econômicos e psicossociais, precisamos indagar sobre o que acontece com variáveis essencialmente psicológicas que sustentam a dinâmica de uso das drogas de modo particular, possivelmente diferentes para cada indivíduo.

Acreditamos que os dados desta pesquisa poderão contribuir para melhor captar o processo de tratamento de internação sob a ótica do usuário e conseqüentemente, aperfeiçoar estratégias de prevenção e intervenção, a fim de reduzir o número de recaídas e evasão dos tratamentos. Porém, sob quais aspectos podemos abordar essa “ótica individual”?

#### **4. COGNIÇÃO, PSICOLOGIA DA MORALIDADE E AFETIVIDADE NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Visto que fatores cognitivos não são necessariamente negligenciados e que de forma geral fatores afetivos são considerados por dependentes de drogas e profissionais de saúde, perguntamos se a dissociação desses dois tipos de fatores (cognitivos e afetivos) não seria demasiadamente comum nos estudos sobre DQ. Ou ainda, se os fatores psíquicos não seriam abordados de forma generalizada, pouco analítica, como resultado de falta de aporte teórico, conceitual ou prático. E também não estamos seguros da possível falta de entendimento ou cognição dos sujeitos acerca dos malefícios da droga. Poderíamos, pois, perguntar se não existiriam dificuldades afetivas prejudicando ou impulsionando os sujeitos a buscar a droga.

Assim, buscamos uma teorização capaz de unir ou aproximar tais fatores (cognição e afeto) com razoável organização. Por conseguinte, optamos também por conduzir estes nossos estudos, baseado na compreensão da influência dos sentimentos nesse processo.

Temos em Piaget (1954/2014) um referencial substancial que insiste, explica e discute a indissociação entre cognição e afetividade, possivelmente umas das pouquíssimas teorizações que cuidam das duas funções simultaneamente. Contamos ainda com importante referência sobre um elemento de composição do desenvolvimento humano que considera e aceita essa indissociação. Trata-se dos estudos sobre moralidade humana (Piaget, 1932/1994).

Esgotadas nossas considerações acerca do tratamento de internação, passamos a nos questionar, com relação à DQ de crack, *será que podemos considerar a existência de alguma relação com o campo da moralidade?* Nesse contexto, destaca-se o fato

desse usuários serem conscientes de suas transgressões e, ainda após internações, permanecerem em uma rotina de constante conflito com a lei e frequentes rompimentos de vínculos familiares (Branco et al., 2012; Guimarães et al., 2008; Romani & Roso, 2012), possivelmente pouco preocupados com uma resposta social, voltados principalmente para o consumo de crack, como exemplificado em nosso estudo exploratório (Cruzeiro et al., 2016). *Mas então, seriam os usuários de crack desprovidos de um querer fazer moral?* Antes de qualquer resposta, consideramos pertinente uma discussão referente à Psicologia da Moralidade, iniciando pela conceituação dos termos Moral e Ética e, Afetividade e Inteligência.

Por que realizaremos nosso estudo baseados na Psicologia da Moralidade? Acreditamos que tal abordagem nos oferecerá uma compreensão mais aprofundada sobre as ações morais. Ela possibilita abordar a dimensão motivacional que corresponde ao querer fazer moral, tentando mostrar como este é dependente da afetividade como energética da ação.

Ao discorrer acerca de nosso referencial teórico, alertamos o leitor sobre o fato de que contribuições da filosofia, como as de Aristóteles (384-322 a.C./1992) e (1788/2006), dois grandes autores que discutiram a moral, são fundamentos para a maioria das discussões. No entanto, não sendo esta uma dissertação da área de filosofia, citaremos brevemente a ideia central de Aristóteles sobre a moral e abordaremos, o suficiente para esta dissertação, as ideias principais de Kant sobre o assunto.

Em seus estudos, Aristóteles (384-322 a.C./1992) relaciona os temas morais à discussão do bem supremo e universal, da felicidade, das virtudes. Afirma também que a ação humana deveria pautar-se pela busca de uma vida feliz. Kant (1788/2006), por sua vez, buscou responder o que é a moral, a ação moralmente boa, a composição da moral por imperativos categóricos, seguindo o fundamento “age apenas segundo uma

máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal” (p. 129). Em outras palavras, para agirmos de forma moralmente adequada, devemos atuar guiados por justificativas racionais, que possam ser motivos para qualquer outra pessoa, preocupada com o bem social.

Realizaremos nossas considerações acerca da Psicologia da Moralidade, embasados nos estudos de Piaget (1932/1994) e seguidores, e posteriormente apresentaremos uma discussão sobre a moral e a ética realizada por La Taille (2006).

Podemos fazer um paralelo entre Kant e Piaget (1932/1994). Para Kant (1785/1980), todo ser humano é capaz de agir eticamente; sendo que para Piaget (1932/1994), pode tornar-se capaz de ação moral, graças às trocas estabelecidas com o meio. Desenvolveu suas reflexões na obra *O juízo moral na criança*, escrita em 1932, considerada percussora dos estudos em Psicologia da Moralidade. No livro citado, o autor discorre sobre suas investigações em moralidade, apresentando suas pesquisas sobre o desenvolvimento moral em crianças.

Segundo Piaget (1932/1994), o campo da moralidade é inicialmente concebido como um conjunto de deveres, e, desse modo, para compreender o fenômeno moral, é necessário estudar a gênese do *sentimento de obrigatoriedade*. Com base nos pressupostos do referido autor, o homem se desenvolve moralmente por meio de tendências e também nas interações com o ambiente. Dependendo das interações com o meio, caso as interações com o meio sejam “adequadas” para seu desenvolvimento, a criança evolui da anomia para heteronomia.

Para Piaget (1932/1954), na **anomia**, apesar do universo de regras, estas ainda não são percebidas pelas crianças como obrigatórias e por isso, não há normas propriamente ditas. O ingresso no universo moral só ocorre com o desenvolvimento da **heteronomia**, ligada ao respeito unilateral, marcada pelo estabelecimento de relações

nas quais um ‘manda’ e os demais ‘obedecem’, ou seja, há uma relação de submissão à autoridade. Nesse sentido, o leitor deve estar se perguntando: por que a criança encontra-se nessa relação de submissão?

Isso porque a criança respeita as regras impostas pelos adultos devido ao medo que possui de uma suposta punição ou por receio de perder o amor das pessoas que representam figuras de autoridade, como os pais. Ou seja, nessa fase, percebemos a presença do respeito unilateral para com as referidas autoridades. Em uma tendência caracterizada por uma relação desigual, o que se estabelece é uma relação de coação da criança pelo adulto. Assim, percebemos uma supremacia da lei e autoridade, que mais tarde, na fase adulta, pode ser representada pela lei.

Destarte, avançamos para o que Piaget (1932/1954) denomina **autonomia**. Na autonomia surge a cooperação e as regras passam a ser reconhecidas por sua importância nas relações sociais, na tentativa de mantê-las harmoniosas; passam a ser cumpridas porque foram construídas e aprendidas de maneira conjunta, de modo a favorecer o convívio social. O respeito unilateral, substituído pelo respeito mútuo, marcando uma nova condição de equidade. Dessa maneira, podemos perceber as consequências de uma socialização adequada e, portanto, o sujeito é capaz de seguir determinadas regras não por medo de infringi-las, mas por acreditar que será o melhor para si e para sociedade. Contudo, nem todos adultos atingem essa fase

Pelo exposto, podemos perceber que a ênfase piagetina está na racionalidade, já que o estudioso se propôs a investigar como as crianças passam a respeitar as regras, ou seja, a moralidade piagetiana é da ordem da cognição. Entretanto, é importante ressaltar que em nenhum momento a afetividade tem sua importância negada. Ao contrário, durante a heteronomia percebe-se a influência da afetividade nas ações das crianças, já que acatam as regras devido ao medo de perder o amor dos adultos. Além disso, afirma

que a condição essencial à moralidade é a necessidade de afeição recíproca. Ou seja, a importância do outro na constituição do sujeito; podendo o outro ser alguém ou algo, como no caso a droga.

Durante seu curso na Sorbonne, Piaget (1932/1994) tratou das relações entre afetividade e inteligência, demonstrando a relação paralela e fundamental ao funcionamento psíquico. Para o estudioso, não há estados afetivos puros sem elementos cognitivos. Dessa maneira, concordamos com Piaget (1932/1994) ao afirmar que a afetividade influencia o desenvolvimento moral, pois é a energética da ação, “é a afetividade que atribui valor às atividades e lhe regula a energia. Mas, a afetividade não é nada sem a inteligência que lhe oferece meios e esclarece fins” (Piaget, 1964/2004, p. 69).

Mais recentemente, as reflexões sobre a moral foram apresentadas por Yves de La Taille. Responsável por extensa produção, é considerado um dos grandes pesquisadores no campo da Psicologia da Moralidade. No livro “*Moral e Ética: dimensões intelectuais e afetivas*”, La Taille (2006) desenvolveu seus estudos acerca da moralidade e se dedicou a demonstrar a participação da afetividade na moralidade humana, estabelecendo uma divisão entre moral e ética.

La Taille (2006) assume o posicionamento de Piaget ao afirmar que a afetividade diz respeito à energética da ação (motivação) e que “a inteligência corresponde às estruturas do pensamento que permitem guiar as ações” (p. 143). Ou seja, já que as condutas são motivadas pela afetividade, podemos dizer que, inclusive no uso de crack, percebemos a influência da afetividade. Segundo Piaget (1964/2004), a conduta diz respeito a “um estabelecimento ou fortalecimento do equilíbrio” (p. 22), envolvendo aspectos cognitivos e afetivos. A cognição está relacionada à estrutura da conduta e a afetividade se apresenta como a energia ou economia envolvida. Portanto, a



conduta se manifesta como um processo de adaptação/readaptação, relacionando os aspectos consoantes à inteligência do indivíduo e questões referentes à afetividade (Queiroz, Macedo, Alvez & Garioli, 2011).

Para as reflexões referentes à moralidade e a nossa pesquisa, apresentaremos em linhas gerais as contribuições da teoria de La Taille (2006) a respeito da moral e ética, pela pertinência de seus estudos para nosso trabalho e a importância de compreender tais conceitos.

Para compreender as motivações que levam o indivíduo a responder à questão ‘como devo agir?’, é necessário depreender a moralidade do indivíduo. Assim, os comportamentos morais e o desenvolvimento moral são mais bem compreendidos na medida em que conhecemos quais os preceitos éticos assumidos. Por conseguinte, para que possamos investigar os comportamentos de indivíduos que consomem crack e frequentemente realizam atividades ilegais (tais como roubo, tráfico, sequestro), é necessário primeiramente compreender o que seria uma ‘vida boa’ para esses sujeitos.

Neste ponto é importante esclarecermos quais as diferenças entre a moral e a ética. Apesar de essas expressões serem frequentemente utilizadas como sinônimo, entendemos que há uma importante distinção conceitual e teórica entre os referidos termos (Comte-Sponville, 1999; Tungendhat, 2007). Para explicar melhor a moralidade, podemos então afirmar: é preciso analisar se ela não estaria relacionada a algo que não se reduz a um conjunto de deveres. Dito de outra maneira, é preciso verificar se as motivações que levam o indivíduo a dar respostas a pergunta moral “como devo agir?” não seriam em parte as mesmas que o levam a responder à outra pergunta: “que vida quero viver?” (La Taille, 2006, p. 25)

Assim, para La Taille (2006) o “plano moral” é associado à pergunta “como devo agir?”, que legitima a existência de um *sentimento de obrigatoriedade*. Ou seja,

refere-se às regras obrigatórias, com a finalidade de garantir a harmonia do convívio social. Por sua vez, “o plano ético” está relacionado à pergunta “que vida quero viver?” (p.37). Estabelece-se pela percepção de “vida boa”, isto é, “uma vida que vale a pena ser vivida” (p.30), tendo na *expansão de si próprio* a motivação psicológica para que o indivíduo experimente e tente alcançar o bem estar subjetivo (La Taille, 2006), levando em consideração a dimensão de com e para os outros em instituições justas (Ricoeur, citado por La Taille, 2006).

Os planos morais e ético são instâncias bastante diferentes. Contudo, cabe esclarecer ao leitor que, apesar dessas diferenças, o plano ético engloba o moral, pois saber “como devo agir” depende de “que vida eu quero viver”, ou seja, a dimensão afetiva da ação moral tem suas origens nas opções éticas dos sujeitos (La Taille, 2006). Em outras palavras, são instancias complementares e indissociáveis, estando, pois, relacionadas por dois invariantes: o *sentimento de obrigatoriedade* e *expansão de si*.

Ao analisar o plano moral, La Taille (2006) ressalta que a dimensão intelectual é condição necessária às ações reconhecidas como morais. O “saber fazer moral” está relacionado ao conhecimento de: **regras**- o que deve ser feito, **princípios**- por que deve ser feito e **valores**- investimentos afetivos que derivam dos princípios; sendo estes “o resultado de um investimento afetivo” (p. 74). Destarte, o agir moral depende diretamente do “querer fazer moral”, da dimensão afetiva. Assim sendo, além de saber agir moralmente, é necessário que o sujeito se sinta intimamente motivado a agir como tal. No caso dos sujeitos deste estudo, é fundamental compreendermos a motivação deles para o consumo ou não consumo de crack<sup>2</sup>.

Dessa maneira, quanto ao nosso questionamento referente à moral desses sujeitos, concordamos com La Taille (2006) quando alerta que, mesmo aqueles sujeitos

---

que são incapazes de agir de forma moral, transgredindo as normas, não são desprovidos de *sentimento de obrigatoriedade*. O que acontece na verdade, é que esse sentimento não teve força suficiente diante de um conflito no qual duas forças contrárias coexistem (por exemplo, o prazer e o dever). Ou seja, com relação à pesquisa, podemos dizer que os sujeitos usuários de crack não são desprovidos de tal sentimento de obrigatoriedade, mas apesar dele existir, não se manifestou com força suficiente para evitar que esse sujeito o utilizasse.

Além disso, La Taille (2006) elege sentimentos que inspiram o ‘querer agir moral’, sendo eles: medo e amor, confiança, simpatia, indignação, culpa e vergonha. Entendemos que, ao desenvolver esses sentimentos morais, maiores serão as chances de esses sujeitos agirem implicados em um querer agir moral e maior será a preocupação sobre sua relação com a sociedade. Destarte, acreditamos que à medida buscamos despertar tais sentimentos nesses sujeitos, é possível, o surgimento progressivo de uma postura mais ligada à ética. Ou seja, preocupado com o sentido da vida e busca de felicidade, com uma ‘vida boa’, que vale a pena ser vivida; voltado a uma busca existencial e *expansão de si*.

Nesse sentido, o seguinte questionamento norteou nosso projeto: na atualidade (hipermodernidade) quais são os sentimentos de dependentes químicos que estabelecem relação com o uso de crack e tratamento de internação? Assim, buscaremos investigar sentimentos relativos ao uso de crack e tratamento de internação e, baseados no discurso de indivíduos abstinentes, em diversos momentos do processo de recuperação, que tenha sido marcado pelo abandono do tratamento iniciado ao menos uma vez.

*Por que estudar aspectos afetivos? Por que estudar sentimentos de dependentes químicos de crack?* Guiados por nossa revisão de literatura, percebemos que dentro do campo da Psicologia da Moralidade há poucos estudos exploratórios relacionados as

sentimentos em geral, embora o campo da psicologia os reconheça como de grande relevância para o querer fazer moral desses sujeitos. Além disso, em estudos sobre a DQ, nos deparamos com um número significativamente elevado de estudos quantitativos, havendo uma preocupação eminente em descrever as características dessa amostra e consequências do uso de crack. No entanto, as questões internas e subjetivas referentes aos usuários de drogas, pouco foram discutidas, isso com base nos discursos dos sujeitos. Ou seja, percebemos como fundamental dar voz a esses sujeitos e compreender seus sentimentos relacionados à DQ.

Encerradas nossas considerações referentes ao referencial teórico sobre a Psicologia da Moralidade, ainda há o último capítulo teórico, que trata de algumas questões referentes aos sentimentos morais discutidos por La Taille (2006).

## 5 SENTIMENTOS

Primeiramente, é fundamental relembrar nosso interesse de pesquisa, qual seja, os sentimentos associados ao campo de estudos sobre Psicologia da Moralidade. É importante também esclarecer o porquê decidimos estudar os sentimentos.

Em sua obra “*Relações entre Afetividade e a Inteligência no Desenvolvimento Mental da Criança*” (1954/2014), Piaget retoma a afetividade como fonte energética e como possível causa de condutas. Por afetividade, compreendemos: 1)- “os sentimentos propriamente ditos e, em particular, as emoções e 2)- as diversas tendências, incluindo as “tendências superiores” e, em particular, a vontade” (p.39), sendo a vontade compreendida como força de vontade. Ou seja, uma maneira eficaz de se estudar a afetividade é por meio do estudo dos sentimentos e estes não podem ser ignorados quando falamos em DQ.

Um conceito importante de Piaget (1964/2004) é o de conduta, concebida como "um estabelecimento ou fortalecimento do equilíbrio" (p. 22), e que envolve aspectos cognitivos e afetivos. A cognição está relacionada à estrutura da conduta e a afetividade se apresenta como a energia ou economia envolvida. Dessa maneira, a conduta se manifesta como um processo de adaptação/readaptação, relacionando os aspectos consoantes à inteligência do indivíduo e questões referentes à afetividade (Queiroz et al., 2011).

De acordo com Piaget (1964/2004), o desenvolvimento nada mais é do que o processo de equilibração progressiva, “uma passagem contínua de um estado de menor equilíbrio para um estado de equilíbrio superior” (p.13). Para o mesmo autor, "a tendência mais profunda de toda atividade humana é a marcha para o equilíbrio" ( p.65). A passagem do desequilíbrio para o equilíbrio constitui o processo de equilibração

(Queiroz et al., 2011), que acontece por meio das regulações (Santos & Ortega, 2012). Dessa maneira, nós apenas agimos quando nos encontramos desequilibrados, ou seja, quando temos "consciência de uma necessidade" (Piaget, 1954/2014, p.41).

A conduta termina apenas quando há a satisfação, isto é, quando há um retorno ao equilíbrio. E essa mesma conduta implica nos sentimentos, ou seja, as modificações e valores finais (o valor dos fins). Nesse sentido, Piaget (1964/2004) ressalta que na vida afetiva, o equilíbrio dos sentimentos tende a aumentar com a idade. Os sentimentos surgirão dos reflexos afetivos, que são as emoções primárias, até se tornarem sentimentos ideológicos (começam a surgir por volta dos 11 aos 12 anos), sentimentos interindividuais que se desdobram em sentimentos que objetivam os ideais coletivos, pelos quais o indivíduo assume um papel e objetivos (Piaget, 1954/2014).

Para La Taille (2002), inspirado na teoria piagetiana: “Quando discutimos o lugar da afetividade na ação e no juízo moral falamos em dois lugares possíveis: o da *motivação* (como o amor, medo, simpatia), e o *resultado da ação repreensível* (culpa e vergonha)” (p. 145). Ao reconhecer que os aspectos cognitivos não são suficientes para a ação moral, La Taille (2006) afirma que a união entre a concepção dos deveres morais e o *sentimento de obrigatoriedade*, por eles inspirados, é chamado de senso moral. O autor nos relembra ainda que o dever corresponde a um querer e que, portanto, “o sentimento de obrigatoriedade é, ele mesmo, uma forma de querer [...] a dimensão intelectual depende, para tomar-se ação, desse ‘querer fazer moral’, da vontade de agir e da intenção com a qual se age” (p. 107). Assim, o *querer fazer refere-se* a uma dimensão intelectual e afetiva e esse fazer moral não é simplesmente imposto, mas deriva do querer do sujeito.

Além de querer, acreditamos que uma pessoa agirá moralmente se os valores morais estiverem integrados ao Eu (Blasi, 1995) ou, segundo a concepção de Colby e

Damon (1993), se houver uma unidade entre os valores morais e o Eu, ou seja, unidos a representação de si. Nesse sentido, La Taille (2006) ressalta que o sentimento moral de obrigatoriedade é despertado por ou composto de outros sentimentos. Ou seja, para compreender a gênese, a presença e a força do sentimento de obrigatoriedade, é preciso conhecer outros sentimentos, que, como dito anteriormente, alimentam-no ou o compõem, sendo eles: amor e medo, confiança, simpatia, indignação, vergonha e culpa, e os dois primeiros são indissociáveis para o *sentimento de obrigatoriedade*. Estes conceitos morais possuem extensa discussão no campo da psicologia, especialmente no campo da Psicologia da Moralidade. Entretanto, devido às poucas páginas de que dispomos não nos será permitido aprofundar essa discussão e por isso, serão apresentados de maneira breve nas próximas linhas.

### 5.1 Busca de amor

Ao tentar definir o amor Comte-Sponville (1999) propõe três respostas: *eros*, *philia* e *ágape*. O primeiro, *eros*, procede da obra de Platão, é o amor mais violento, sendo seu auge a paixão amorosa, caracteriza-se pelo desejo do que falta, sofrimento e carência, e tem sua essência na falta e na possessividade (Comte-Sponville, 1999). *Philia* é “o amor que fazemos ou damos, é ação” (p. 265), que se refere à vontade de fazer o bem um ao outro. Já *ágape*, é o amor universal, divino, desinteressado e gratuito, é amar até seus inimigos a partir da renúncia de seu prazer e seu bem-estar.

Ao fazer buscas com as palavras-chave amor e DQ, encontramos estudos voltados principalmente para a relação entre dependentes químicos e familiares (Rigotto & Gomes, 2002). Nosso piloto corrobora com esses achados e aponta a família como



fator motivacional para encerrar o consumo de SPAs e esperança de um futuro melhor, relacionado à felicidade.

Desse modo, parece sensato relacionar esse amor, destinado aos familiares, ao que Comte-Sponville (1999) denominou de *philia*. Podemos considerar encerrar o consumo como uma ação; mais do que isso, como uma ‘prova de amor’, revelando a vontade de cuidar e de proteger (a si e ao outro).

De acordo com Macedo (2010), para cultivar o amor também é necessário importar-se com alguém ou com a coisa amada, como os pais e os filhos. Assim, quem se importa, observa, indica proteger, ou seja, uma ação do cuidado. Dizer que algo é importante significa que tem valor para a pessoa.

Podemos ainda afirmar que o amor permite a moral e a moral tende ao amor (Comte-Sponville, 1999). Ao encerrar o consumo de SPAs, teoricamente um ato moral, haveria a esperança de sermos amados, ou seja, de sermos objetos dignos de amor (Bauman, 2004). Dessa maneira, na medida em que somos dignos desse amor, no caso de dependentes químicos por conta da abstinência, podemos dizer que o amor motivaria a abstinência, transforma e conduz o sujeito à virtude.

De modo semelhante, na pesquisa de Neiva (2013) realizada com adolescentes usuários de drogas, verificou-se que a família tem sido pensada como aquele contexto onde há presença marcante da autoridade, estabelecadora de regras, zelosa pelo seu cumprimento e vigilante quanto ao descumprimento. Assim, podemos dizer que o amor advindo dos familiares estabelece uma regra para que se tenha reciprocidade do amor; consumir drogas poderia representar um ato atentando contra o merecimento desse amor.

Apesar de estarmos nos referindo a pessoas adultas, esse amor não parece diferenciar-se do amor e medo discutidos por La Taille (2006). Segundo o mesmo, esses

sentimentos estariam presentes lado a lado na infância porque a criança tende a sentir medo de perder o amor e proteção de pessoas consideradas importantes, como os pais. Para não correr esse risco, obedece às regras, caracterizando uma relação marcada pelo respeito.

A relação do dependente químico com os familiares parece ser semelhante, há o medo de decair perante os olhos de outrem (La Taille, 2006), ou seja, ter recaídas. E por isso, ao menos no início da abstinência, esse fator pode fazer com que o sujeito evite recaídas. A reciprocidade é mencionada por La Taille (2006) como aspecto importante para o alcance da felicidade, já que pensar a expansão de si envolve incluir o outro no processo e não há felicidade sem a expansão de si. Assim, busca-se não realizar o consumo de SPAs, visando não perder o amor e a proteção- relação de reciprocidade. Então, lembrando Comte-Sponville (1999) esse amor não é totalmente desinteressado e gratuito, uma vez que há uma relação de interesse; e nos parece ter íntima relação com a felicidade.

## 5.2 Busca de felicidade

Segundo La Taille (2006) a busca de felicidade está ligada à ética, *expansão de si próprio*, a “que vida quero viver?” e, por consequência, na busca pelo sentido da vida. Ao entender a dificuldade em definir o que seria a felicidade, o referido autor elege alguns critérios para explicá-la: avaliação subjetiva, eixo do tempo, sentido da vida. O sujeito precisa se avaliar como uma pessoa feliz, pois ainda que tenha, objetivamente, todas as condições para tal, é preciso que se sinta feliz. É necessário que tal avaliação transcenda o aqui e agora, não podendo ser reduzida a alguns instantes, ao contrário, deve acompanhar o fluxo temporal da vida.

A “busca de sentido para a vida” deve corresponder à “*expansão de si*”, ou seja, deve levar à busca de superação de si próprio. E o sucesso nessa busca dará ao sujeito a possibilidade de expansão do eu, sem o desenvolvimento, por exemplo, de virtudes, e que para ser feliz é preciso merecer sê-lo. Antes de querer ser feliz seria preciso se tornar um merecedor da felicidade. Em suma, com relação à busca da felicidade, La Taille (2010, p. 112) afirma: “Assumimos, portanto, a hipótese de que a vida somente pode fazer sentido para quem experimenta o sentimento de nela auto afirmar-se, expandir-se, em uma palavra, atribuir-se valor”.

Nesse sentido, Crauss e Abraid (2012) realizaram um estudo sobre tratamento de internação com usuários de crack e comprovaram pela fala desses sujeitos que o tratamento de internação é, para eles, uma possibilidade de mudar de vida, de superar a DQ e reestruturar seus laços afetivos com os familiares; podendo assim fazer planos e viver uma vida que queiram viver. Especificamente, o discurso contém a percepção do tratamento de internação como uma forma de se atingir a felicidade. Ora, atingir planos e reestruturar laços afetivos podem ser consideradas como condutas vinculadas ao autorrespeito. Assim, nesse sentido, La Taille (2006) considera autorrespeito como característica importante para a expansão de si rumo à autonomia e mencionar o outro como alguém importante e também de valor neste processo aproxima o sujeito ainda mais da felicidade, na perspectiva da vida boa.

### 5.3 Humilhação

Ao utilizar a entrevista como técnica de coleta de dados, em uma delas, ao longo da realização do estudo piloto, o sentimento de humilhação revelou-se como fundamental, foi citado por uma participante como motivador para o início e

permanência do uso de crack. Não encontramos pesquisas que relacionassem a humilhação à DQ, mas convém destacar o elevado número de estudos que indicam a humilhação como uma violência bastante frequente em nossa sociedade (Ades, 1999; Alencar, 2003; Andrade & Alencar, 2010; Costa, 2008; La Taille, 1996, 2002).

Humilhação é de origem latina e etimologicamente significa “abaixar” (Nascentes, 1995, p. 269, citado por Andrade, 2012) e está associada ao radical latino *humus*, significando terra e transmitindo a ideia de algo que, de acordo com Machado (1952), não possui vida. Dessa forma, é possível considerar a relação entre humilhação e rebaixamento moral (Harkot-de-La-Taille, 1999). Assim, segundo a mesma autora, caracteriza-se a humilhação ou rebaixamento moral como “uma forma de ação particularmente violenta, por não se limitar a destruir um objeto-valor, mas por visar a deslegitimação de grande parte, senão da totalidade, do universo simbólico subjacente a esse objeto-valor para o sujeito” (p.37).

Piaget (1954/2014) observa que nem sempre é fácil ou possível ao sujeito humilhado desconsiderar a desvalorização a ele dirigida. Por essa razão, Andrade (2012) associa a humilhação a outros sentimentos, como *vergonha* (Harkot-de-La-Taille, 1999; La Taille, 1996, 2002). Além disso, pode repercutir em *legitimação da violência* como forma de responder à humilhação (Borges, 2004, 2011).

Segundo Harkot-de-La-Taille (1999) com relação à vergonha, a pessoa alvo da humilhação geralmente aceita o juízo alheio a seu próprio respeito possibilita, fala-se de um sujeito que legitima tal sentimento (La Taille, 2002). Todavia, vergonha e humilhação possuem suas particularidades. A humilhação refere-se ao sentir-se inferiorizado e rebaixado (por alguém ou algum grupo) sem que o sujeito humilhado necessariamente aceite a “má imagem” que querem lhe impor por meio do juízo

realizado; porém na vergonha, o sujeito compartilha da imagem negativa (Araújo, 1998).

Entretanto, as semelhanças entre a vergonha e humilhação são muitas e entre elas algumas se destacam. Ambas caracterizam-se pela *exposição ao olhar alheio*, como se o sujeito fosse objeto aos olhos de outrem; existe a condição de *inferioridade* à qual o sujeito é submetido como um dado da realidade, como se fosse um objeto, em uma situação fuge da vontade e poder do sujeito; caracteriza-se ainda pela *impotência*, em que a vítima está sendo inferiorizada e não encontrando saída para tal situação; geralmente são acompanhadas de *fracasso*, advindo de uma sensação de possível abandono de metas; *falta moral*, que se refere à ocasião em que o sujeito se autorresponsabiliza por uma falta moral, reprova sua ação por estar de acordo com o juízo das outras pessoas e com valores característicos de uma boa imagem; e *contágio*, advindo da crença de juízo negativo alheio e, por essa razão, compartilha o sentimento que supõe ter sido vivenciado pelo outro, podendo ser experimentado por um observador sem que a pessoa alvo tenha experimentado tal sentimento (Alencar & La Taille, 1997; Andrade, 2006; Harkot-de-La-Taille, 1999).

#### 5.4 Vergonha

Com relação à vergonha, La Taille (2006) ressalta que é um sentimento experimentado tanto no plano moral, quanto no plano ético, sendo dessa maneira responsável pela construção do *autorrespeito*. Nesse sentido, o que é a vergonha? Para responder a esta pergunta, o autor baseia-se em Piaget (1932/1994), o qual ressalta que, durante a heteronomia, há na criança o medo de perder o amor do adulto e, por isso, a criança acata a regra e o respeito unilateral (pelo adulto) é substituído pelo respeito

mútuo. La Taille (2002) entende ainda o sentimento de medo como vergonha; além do medo de decair perante os olhos do outro, o sujeito envergonhado carrega consigo o medo de decair perante os próprios olhos. Assim, a recaída no consumo de SPAs poderia ser, de forma subjetiva, uma maneira de decair perante aos olhos de outrem.

De acordo com Harkot-de-La-Taille, (1999) a vergonha é ainda um sentimento penoso que decorre da união de duas conjunturas passionais, a exposição e o sentimento de inferioridade advindo dos juízos (alheio ou próprio). Lewis (1992) afirma que para um estado de vergonha, o sujeito deve comparar a sua ação com algum padrão, ou seja, é necessário o autojuízo. La Taille (2002) corrobora com os dois autores quanto à necessidade do sentimento de inferioridade e exposição para configurar a vergonha.

Em nosso estudo piloto, a vergonha (principalmente no uso de álcool) surgiu correlacionada com um perfeccionismo negativo, em que há presença de juízo negativo sobre si, podendo desencadear depressão e ansiedade (Ehrmin, 2001; Fedewa, Burns & Gomes, 2004). Tal juízo negativo é discutido também por La Taille (2006), já que a vergonha refere-se ao eu; sente-se vergonha do que se é.

Além disso, estudos sobre a DQ (Goodman & Henderson, 2011) comprovam que, quanto maior a pressão social para o encerramento do uso, mais elevados encontram-se os sentimentos de culpa e vergonha, configurando-se, dessa maneira, ambos os sentimentos como motivadores para encerrar o uso de drogas.

De acordo com Araújo (1998) o sentimento de vergonha pode ser entendido como um regulador moral das ações. No mesmo sentido, Lewis (1992, p.2) afirma que a vergonha é o sentimento responsável pelo controle de nosso curso psíquico. Dessa maneira, entendemos que o sujeito que possui “vergonha na cara” tem menores chances de cometer um ato que desperte tal sentimento. Assim, o sujeito que sente vergonha de consumir SPAs, tende a não fazê-lo.

Nesse sentido, para La Taille (2002), quando os valores morais ocupam lugar central nas representações de si, a probabilidade de pensar e agir moralmente aumenta (vergonha prospectiva), a probabilidade de sentir-se desvalorizado perante os próprios olhos em caso de ação imoral (vergonha retrospectiva).

As pesquisas apontam para a relação entre a DQ e a vergonha (Goodman, 2009; Goodman & Henderson, 2011; Silva, 2016;). Goodman (2009), em sua pesquisa realizada com jovens, constatou que aproximadamente 40% deles apresentavam sentimentos de vergonha e culpa. Não obstante, uma pesquisa realizada com 134 jovens comprovou que, quanto maior a pressão social para encerrar o consumo de SPAs e buscar tratamento, encontravam-se mais elevados os sentimentos de culpa e vergonha; configurando-se, dessa maneira, ambos os sentimentos, como motivação para encerramento do consumo (Goodman & Henderson, 2011).

Hartman (2015) realizou uma pesquisa com treze mulheres na África com o intuito de investigar as implicações do dano moral entre mulheres com histórico de DQ. O estudo revelou que a maioria das mulheres teve uma história de infância e/ou trauma adulto motivando o consumo de SPAs como forma de enfrentamento. Dentre os sentimentos, a vergonha foi a mais citada.

De modo geral, estudos referentes aos sentimentos de dependentes químicos apontam frequentemente os sentimentos de vergonha e culpa associados (Ehrmin, 2001; Treeby, 2012; Dearling, Stuewing & Tangney, 2005). A pesquisa realizada por Ehrmin (2001) revela outro dado interessante. Além de vergonha e culpa, todas as participantes expressaram remorso por atitudes direcionadas aos familiares durante o consumo.

## 5.5 Culpa

Para La Taille (2006, p.131) o sentimento de culpa provém do *sentimento de obrigatoriedade*, e o reforça, ou seja, surge das transgressões de deveres e regras morais. Para La Taille (2006) “o fato de sentir culpa atesta outro fato: o que se legitima moral” (p.129). Mas, por que o sentimento de culpa é também responsável pelo despertar do senso moral? A culpa se origina de uma ação imoral (fruto de uma ação repreensível) e age como regulador da ação moral; não raras vezes, a experiência de tal sentimento leva o sujeito a querer “reparar” o seu ato. Ao querer reparar seu ato, La Taille (2006) explica que o sujeito revela um “querer agir” moral e para tal, responsabiliza-se pela sua ação, conforme explico a seguir.

A pessoa moral é aquela que assume a própria responsabilidade perante outrem e perante ela mesma, até mesmo quando não houve intenção de causar prejuízos a outrem ou a si próprio, e o sentido de culpa corresponde à dimensão afetiva desse compromisso. Isto é, o “querer agir” moral implica o “querer responsabilizar-se” pelas ações, e somente possui tal querer quem é capaz de experimentar o sentimento de culpa. (La Taille, 2006, p.129).

Por exemplo, Baus et al. (2002) defendem que a culpa surge apenas quando o usuário possui consciência das consequências do uso e em decorrência disso há a presença do medo, derivado da ideia de seu autocontrole fracassar. Ou seja, para o usuário sentir culpa, é preciso legitimar a ideia de que transgrediu deveres e regras. Caso contrário, tal sentimento não se manifestaria no que remete à DQ.

Além disso, de maneira contrária, encontramos diferentes concepções acerca da culpa na DQ, alguns estudiosos a defendem como protetora ao uso problemático e também como reguladora no uso de substâncias ilícitas (Treeby & Bruno, 2012; Tangney, Stuewig, & Mashek, 2007). Em contrapartida, Fedewa et al. (2004) não a



percebem como fator de adaptação e relacionado a um perfeccionismo positivo, mas atribuem a tal sentimento a ideia de motivação para usar.

Com base nos apontamentos acima, retomamos um questionamento de La Taille (2002), parafraseando Blasi (1995): “É possível uma pessoa agir de uma forma que ela concebe como errada sem sentir remorso, tristeza, vergonha, culpa ou algum tipo de emoção negativa? De forma mais ampla, pode alguém ter uma genuína compreensão da moralidade que não seja acompanhada das emoções apropriadas?” (Blasi, 1995, p. 235). A resposta de Blasi é negativa e, naturalmente, por tudo que escrevemos até agora, a nossa também o é.

A partir da nossa revisão de literatura, consideramos fundamental o estudo dos sentimentos para a gênese do desenvolvimento humano e propomos os objetivos descritos nas linhas abaixo. Para alcançá-los possuímos como pergunta norteadora: *Quais os sentimentos de DQ em abstinência com relação ao crack e tratamento de internação (antes, durante e após tratamento)?* Acreditamos que os participantes no período de consumo apresentarão sentimentos ligados a si mesmos (o que se é e suas ações), a suas vidas em específico. Em contrapartida, quando em abstinência, acreditamos que tais sujeitos podem apresentar sentimentos externos, ligados ao querer fazer moral, preocupados com a sociedade de maneira geral.

## 6 OBJETIVOS

### 6.1 Objetivo geral

Investigar sentimentos, no presente e passado, relativos ao uso de crack e tratamento de internação baseados no discurso de indivíduos abstinentes.

### 6.2 Objetivos específicos

1) Descrever a trajetória de consumo de substâncias psicoativas declarada pelos participantes;

2) Identificar fatores que motivaram o início do uso de crack;

3)- Identificar fatores que motivaram a busca por tratamento de internação;

4)- Apontar a percepção do participante sobre o tratamento de internação enquanto o vivenciava;

5)- Apontar a percepção do participante sobre o tratamento de internação após a conclusão do tratamento, nos dias atuais;

6)- Investigar os sentimentos dos participantes quanto ao uso de crack enquanto realizava o uso da substância;

7)- Investigar os sentimentos dos participantes quanto ao uso de crack após realizar tratamento de internação, quando em abstinência, nos dias atuais;

8)- Relacionar os sentimentos dos participantes abstêmios aos aspectos do querer fazer moral.

Para que seja possível responder aos objetivos acima apontados, adotamos o método descrito nas próximas linhas.

## 7 MÉTODO

### 7.1 A estruturação do método

Esta é uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, que será desenvolvida baseada no referencial teórico da Psicologia da Moralidade, visando identificar aspectos morais de sujeitos que realizaram consumo abusivo de crack e vivenciaram tratamentos de internação.

Adotamos abordagem qualitativa com o pressuposto de que esta viabiliza o reconhecimento do objeto e do seu discurso, originados em opiniões, valores e atitudes. Ou seja, para Minayo (1996), esse método oferece maior descrição as características de determinado fenômeno (ou seja, os sentimentos), familiaridade e aprofundamento do significado das crenças e dos valores dos entrevistados, permitindo o conhecimento de suas ações, de seus comportamentos e de suas interações, com o objetivo de torná-lo mais explícito.

Para compreender as vivências de cada sujeito, foi fundamental realizar um processo investigativo aprofundado. Por esse motivo, a escolha metodológica que orientou a nossa investigação foi o estudo de caso. Para Gil (2010), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos.

Assim, o estudo de caso é uma investigação que permite:

inicialmente fornecer explicações no que tange diretamente ao caso considerado e a elementos que lhe marcam contexto [...] sendo preferencialmente usado para o fim de precisar conhecimentos adquiridos, esclarecê-los, aprofundá-los [...] não podendo se contentar em uma simples descrição que não desembocasse em

uma explicação, pois, como sempre, o objetivo de uma pesquisa não é ver, mas, sim, compreender (Laville & Dione, 1999, p. 157).

Sendo, portanto, um estudo de caso, nossa pesquisa, como bem delimita Yin (2001), enfrenta uma triangulação: o caso pesquisado, a teoria apresentada e a percepção do pesquisador. Aliás, o mesmo autor atenta para a essencialidade de haver no estudo de caso o desenvolvimento prévio de proposições teóricas capazes de conduzir à análise dos dados.

Desse modo, realizamos um estudo de caso, com três participantes, entrevistados em três dias distintos. Utilizamos o que Yin (2001) denomina de “estudo de múltiplos casos”, a fim de que pudéssemos estabelecer comparações e enriquecermos nossa análise final, sem qualquer propósito de quantificação e mesmo de construir unidades de amostragem, já que não pretende aqui generalizar conclusões. Esse tipo de estudo é frequentemente utilizado em pesquisas exploratórias, ou seja, na qual a temática ainda não se encontra amplamente discutida nas bases de pesquisa.

## 7.2 Os nossos sujeitos

Tabela 1- Caracterização de participantes usuários de crack

<b>Participante</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Filhos</b>	<b>Religião</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação atual</b>
Eduardo	40	Casado	4	Evangélica	Pós-graduação	Conselheiro/ autônomo/ professor
Cinval	48	Casado	0	Evangélica	Superior	Autônomo
Luiz	40	Solteiro	2	Evangélica	Superior	Vendedor

Para compor nossa amostra, adotamos alguns critérios de inclusão:

1)- ter realizado o consumo abusivo de crack; 2)- estar abstinente do consumo de crack (período mínimo de 5 meses); 3)- ter abandonado ao menos um tratamento de internação; 4)- ter mais de 18 anos de idade; 5)- residir na Grande Vitória.

Importante destacar a tentativa de seleção de participantes com perfil diferenciado em relação ao identificado em outras pesquisas; na tentativa de demonstrar que a utilização de SPAs não é restrita a um único padrão populacional. Para melhor compreensão, buscaremos retomar mais adiante as ideias aqui apresentadas.

Faz-se fundamental realizar uma ressalva. A rigor, o chamado “sujeito epistêmico” ou sujeito do conhecimento, estudado por Piaget, é “aquele que, se ele tiver razão, encontra-se em todos nós quando elaboramos conhecimentos sobre o mundo e sobre nós mesmos” (La Taille, 2006, p. 15). Assim, podemos concluir que as teorias que abordam a afetividade não pretendem estudar individualidades, como é o caso de sujeitos patológicos.

Então, ao considerar a DQ como patologia, podemos observar dois quadros distintos: o consumo abusivo e a abstinência. O primeiro, assim como discutido anteriormente, caracteriza-se por ausência de responsabilização da conduta, derivada da intensa relação com a droga, fala da ausência do sujeito. Partimos do pressuposto de que na DQ há uma escolha: o início. Após, talvez não se consiga mais escolher, pois, a droga contribui para que os usuários frequentemente excluam o juízo crítico ou os princípios morais.

Desse modo, consideramos selecionar sujeitos que se enquadrassem no segundo momento porque não apresentariam, ao menos em tese, essa relação intensa com a droga a ponto de anular o querer e juízos do sujeito. Assim como percebido em nosso estudo piloto, os sujeitos abstinentes assumem suas responsabilidades e buscam uma

vida feliz. Então, ao considerar esses dados, podemos afirmar o sentido de pesquisar os aspectos afetivos desses sujeitos.

Os participantes foram selecionados a partir de uma amostra de conveniência. Ao longo do percurso do estudo piloto, foram visitadas comunidades terapêuticas, clínicas de internação psiquiátrica, leitos de hospitais para pacientes psiquiátricos, participação em reuniões de Narcóticos Anônimos (NA) e eventos que envolvessem a discussão da temática referente à DQ. Desse modo, a seleção dos participantes ocorreu de maneira informal, através de encaminhamentos de demais profissionais psicólogos e divulgação da pesquisa em rede social.

### 7.3 Aspectos éticos

No que se refere à seleção dos sujeitos, utilizamos a técnica de seleção não probabilística da espécie ‘amostra típica’, na qual a escolha dos indivíduos ocorre baseada na necessidade do pesquisador. Para localizar esses sujeitos contamos com ajuda de profissionais, psicólogos e assistentes sociais que atuassem na área de DQ. Além disso, visitamos um hospital, uma comunidade terapêutica e duas clínicas particulares de tratamento de internação. Graças à colaboração dos profissionais e visitas de campo foi possível encontrar participantes adequados ao perfil da pesquisa. Ao entrar em contato com esses sujeitos, explicamos como funcionaria a pesquisa e possíveis contribuições para a sociedade de modo geral, principalmente no que tange à DQ.

A autorização do participante para entrevista foi obtida por meio da aceitação do participante, manifestada na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo modelo se encontra no Apêndice B. Foi lido junto aos participantes, no

qual consta o objetivo geral e os procedimentos da pesquisa, bem como a garantia do sigilo das informações coletadas e o anonimato do participante.

A pesquisa estava de acordo com todas as exigências éticas relacionadas aos estudos com seres humanos, conforme prevê a Resolução n.º 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia – CFP (Brasil, 2000), e a Resolução n.º 466/12, do Ministério da Saúde – MS (Brasil, 2012). Assim, antes de ser posto em prática, este projeto foi submetido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo para avaliação dos aspectos éticos, tendo sido aprovado sob o Parecer n.º 48067615.0.0000.5542.

#### 7.4 Local de coleta de dados

As entrevistas foram realizadas em espaços que fossem mais convenientes aos entrevistados: em suas casas, praças públicas, locais de trabalho, na Universidade Federal do Espírito Santo e em condomínios abertos, e nos horários em que estivessem disponíveis. Por isso, os dados foram coletados em diferentes horários (manhã, tarde e noite) e inclusive aos finais de semana.

#### 7.5 Procedimentos e Instrumentos

Realizamos a coleta de dados com base em um roteiro de entrevista semiestruturada. Conforme ressalta Almeida (2001), as entrevistas são consideradas como as mais complexas, compostas por questões abertas, e que possibilitam aos sujeitos maior liberdade de estruturação e desenvolvimento de suas respostas.

Desse modo, elaboramos um roteiro de entrevista (apresentado integralmente no Apêndice A) em que buscamos dar voz aos nossos participantes. A fim de alcançar os objetivos propostos na pesquisa dividimos nosso roteiro em seis partes: 1)- caracterização; 2)- uso da primeira SPA; 3)- uso de crack; 4)- histórico de tratamentos de internação; 5)- durante o tratamento de internação; 6)- ao sair da internação; 7)- sujeitos abstêmios, dias atuais.

Com a finalidade de testar nosso instrumento, realizamos um estudo piloto, como mencionado anteriormente, cujos resultados obtidos encontram-se no Apêndice Digitalizado (CD); os participantes preencheram os mesmos critérios de inclusão. Dessa maneira, foi possível perceber os erros cometidos anteriormente e não repeti-los ao longo das entrevistas.

As entrevistas desta pesquisa foram realizadas individualmente, gravadas na íntegra e posteriormente transcritas. Adotamos os seguintes nomes fictícios para os participantes: Eduardo, Luiz e Cinval.

Como descrito anteriormente, a entrevista foi dividida por seis grandes temas, sendo divididos em três fases: antes, durante e após o tratamento de internação (incluindo os dias atuais). Foram realizados no mínimo três encontros com cada participante, com duração de cerca de uma hora e meia cada, em dias alternados, para não desgastá-los. Os dados foram coletados em ordem cronológica de maneira que possibilitassem compreender a história de cada participante, vivências acumuladas e as implicações afetivas.

## 7.6 Tratamento dos dados



Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas integralmente pela pesquisadora, com a devida checagem dos áudios e transcrições. Os arquivos foram armazenados sob nome fictício, tendo em vista garantir o sigilo e a confidencialidade.

As respostas das perguntas foram tratadas segundo a análise de conteúdo temático definida por Bardin (2007):

A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadoras (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (Bardin, 2007, p. 48).

Para Minayo (2001), a análise de conteúdo é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas” (p.74). Na visão da autora, constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano tendo duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos.

O referencial possui como foco encontrar núcleos de sentido nos relatos dos sujeitos verificando sua frequência em relação ao objetivo do estudo. Em específico, procura-se, com base nas categorias estabelecidas, inferir, ou seja, extrair uma consequência, deduzir de maneira lógica conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o contexto em que esta foi emitida. E, a partir daí, podemos explicar seu método, de maneira simplificada, por meio dos seguintes passos:

a)- Pré-análise: Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante- estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos- consiste na demarcação do que será analisado, a partir da transcrição na íntegra dos

conteúdos das entrevistas; realizamos leitura, selecionamos trechos que estivessem atrelados aos objetivos do nosso estudo. Em seguida, realizamos o procedimento de 'leitura flutuante' das entrevistas, ou seja, repetidas leituras do conteúdo, na tentativa de captar ao máximo os dados mais relevantes a nossa pesquisa, buscando analisar e conhecer o conteúdo das entrevistas. Esta etapa prevê a exaustividade da leitura; homogeneidade, ou seja, os critérios adotados para a escolha das entrevistas que serão analisadas; (c) estruturação das hipóteses e dos objetivos- a partir da leitura e seleção, utilizamos da pertinência, o qual prevê que os documentos escolhidos "devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise" (Bardin, 2004, p. 92); (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores- envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (Bardin, 2007).

b) *Exploração do Material ou Codificação*: consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro).

Entendemos recortar como destacar unidades que respondem aos objetivos propostos pela pesquisa. Tem-se a unidade de registro e de contexto. Neste trabalho, a unidade de registro utilizada foi a análise temática, obrigando-nos, portanto, a utilizar os eixos temáticos. Os eixos temáticos, por sua vez, representam unidades recortadas, as categorias, informações mais detalhadas. Sendo assim, foram estudados os núcleos de sentido que compuseram a entrevista, uma vez que a presença dele foi significativa para

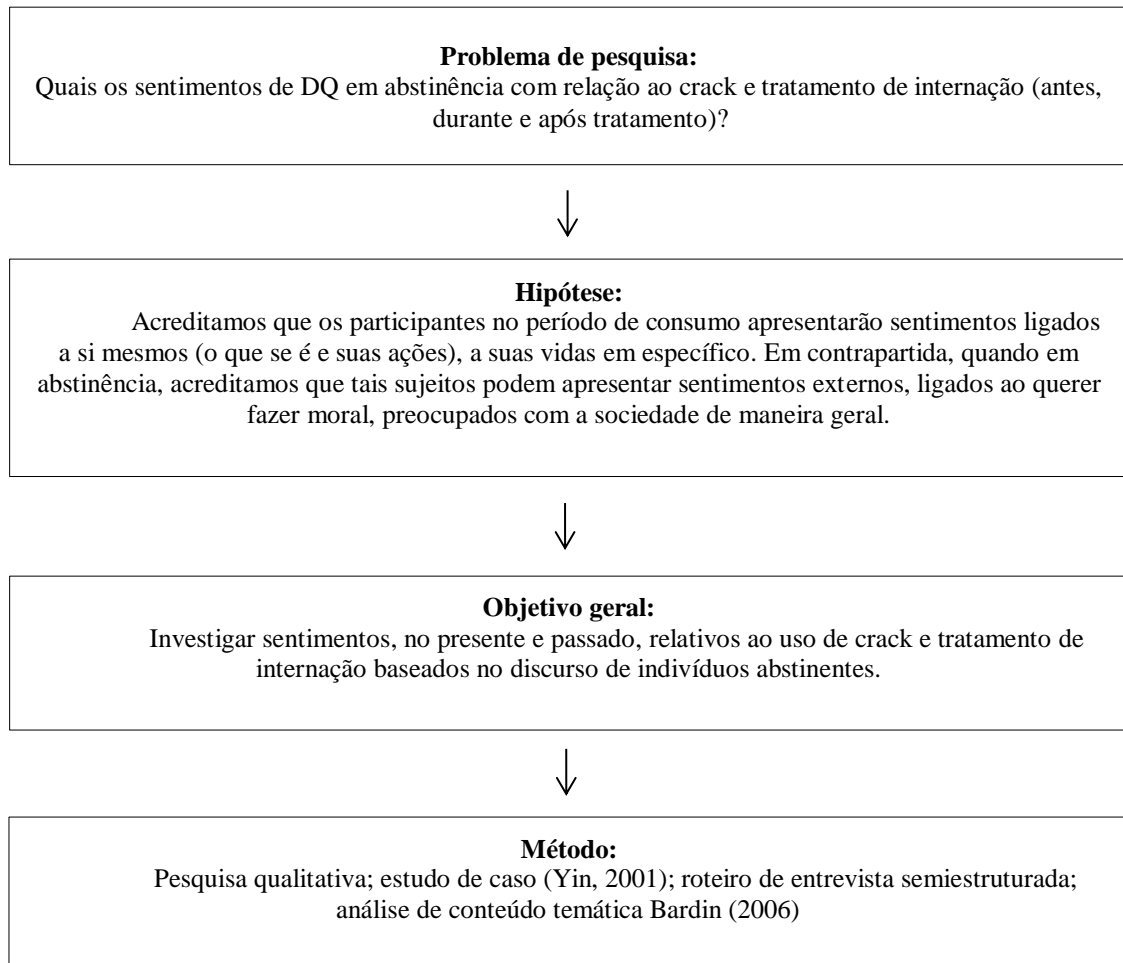
os objetivos do trabalho. Já a unidade de contexto foi usada para a contextualização das unidades de registro em uma unidade maior.

A exploração do material consiste em uma etapa importante porque pode possibilitar riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus* (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são fundamentais nesta fase (Bardin, 2007).

c) Tratamento dos resultados: é a fase de interpretação propriamente dita, na qual foram realizadas as interpretações e inferências. Visa responder aos objetivos desta pesquisa baseando-se no diálogo contínuo entre os dados obtidos, neste caso, os sentimentos relatados pelos entrevistados e o aporte teórico, ou seja, a Psicologia da Moralidade. Esta é a fase final da análise de conteúdo, é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Abaixo confeccionamos um esquema ilustrando de maneira resumida o delineamento desta dissertação. Nas próximas linhas daremos início a apresentação e discussão dos nossos dados.

## 1- Esquema ilustrativo da dissertação:



## 8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Antes de iniciar a apresentação dos resultados e da discussão, alguns esclarecimentos quanto à redação dos mesmos fazem-se importantes:

- Com base na nossa revisão de literatura, percebemos que alguns estudos utilizavam a nomenclatura SPAs e outras drogas. Por isso, na tentativa de englobar tais pesquisas, nesse tópico de nosso trabalho utilizamos tais termos como sinônimos.
- Para uma melhor ilustração das categorias de análise, há trechos das entrevistas em forma de citação. Assim sendo, esses dados serão apresentados em *itálico*;
- Apesar de um mesmo roteiro de entrevistas, as discussões de cada estudo foram contempladas por meio de diferentes categorias, a partir da fala de cada participante; estas estarão sublinhadas no corpo do texto;
- É importante explicar que, os sentimentos foram considerados a partir da fala dos entrevistados, de modo a identificar as informações por eles avaliadas, não partindo necessariamente de um apontamento teórico. Assim, em alguns momentos, consideramos como sentimentos as manifestações denominadas por Piaget como afetividade (1954);
- O objetivo de cada história é trazer ao máximo informações acerca das vivências de cada entrevistado. Aqueles dados que não se repetem nos outros casos discutidos serão analisados de maneira individual (alguns dados serão discutidos no final do capítulo, haja vista a tentativa de evitar intensa repetição de discussão).

Para preservar as identidades dos referidos participantes, adotamos os seguintes nomes fictícios: **Eduardo**, **Cinval** e **Luiz**. Nossa intenção foi, pelo menos no contexto desta pesquisa, dar um pouco mais de destaque e importância a cada história dos participantes e suas vivências.

Começaremos este capítulo, portanto, realizando uma discussão para articular os dados dos participantes, sempre tendo em vista tanto as especificidades de cada sujeito como a visão integrada dos mesmos, e com dados sociodemográficos e epidemiológicos. Essas transições entre geral e particular são interessantes para ilustrar e valorizar o que há de singular nas histórias de cada um.

Nesta fase, realizaremos a apresentação por categorias de análise e dentro de cada uma delas incluiremos o que foi verificado nas experiências vivenciadas pelos entrevistados. Cabe ressaltar que, apesar da utilização de um único roteiro de questões, as discussões de cada caso foram contempladas por meio de diferentes categorias, baseadas na fala de cada participante; assim, cada caso será discutido separadamente.

Por fim, de maneira uniforme, discutiremos os dados semelhantes aos três participantes; ressaltamos a importância de investigar os perfis de dependentes químicos em outras pesquisas, contudo, tal comparativo não se refere a um dos objetivos da pesquisa, pois tal generalização não cabe ser realizada a partir de um estudo de caso, onde há número restrito de participantes. Em seguida, faremos uma discussão específica, principalmente, relacionada aos sentimentos, sob a perspectiva da Psicologia da Moralidade, foco de nosso estudo.

A literatura aponta como perfil de usuários de crack homens com média de 30 anos, estado civil solteiro, de baixo nível socioeconômico e educacional, desempregados ou com trabalhos temporários, sem filhos e de religião protestante

(Bastos & Bertoni, 2014; Duailibi, Ribeiro, & Laranjeira, 2008; Gabatz et al., 2013; Rocha et al., 2015).

De maneira semelhante ao nosso, nos estudos de Horta et al. (2011) os entrevistados relataram não possuírem filhos ou possuem apenas um. Quando indagados sobre a religião, a metade (50%) dos participantes disse ser protestante, 30% afirmaram não ter religião definida e 20% religião católica.

Com base na literatura, percebemos que nossos sujeitos diferem-se do perfil citado acima. O único dado semelhante com demais estudos refere-se à religiosidade, todos os entrevistados declararam-se evangélicos. Entretanto, a idade de nossos participantes variou de 40 a 48 anos. Quanto à escolaridade, todos possuem ensino superior, sendo um dos entrevistados pós-graduado. Além disso, quanto ao estado civil, dois entrevistados afirmaram ser casados e um solteiro.

No que se refere à empregabilidade, dois participantes estavam trabalhando no período da entrevista, apenas um havia conseguido um emprego recentemente. Assim, um dado se destaca, como apontado por Freire et al. (2012), pessoas com mais poder aquisitivo passaram, nos últimos anos, a utilizar crack.

Apesar dos dados indicados nas pesquisas citadas, partimos do pressuposto de que não há um perfil determinado para o usuário de SPAs; a utilização de drogas não é restrita a um único padrão populacional. Por isso, este trabalho buscou selecionar participantes que se diferenciassem desse perfil. Como mencionado anteriormente, os participantes foram selecionados por conveniência, sem grandes divulgações de nosso estudo, através da divulgação principalmente de outros profissionais da área da psicologia.

Buscamos organizar as entrevistas em ordem cronológica, os participantes foram orientados a retomar seu passado e pensar na entrevista a partir da ideia de linha do

tempo (Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2011). Posteriormente, os participantes foram orientados a pensar no momento de tratamento de internação e retomar suas vivências naquele período. E por fim, a última parte do roteiro refere-se ao momento presente, aos dias atuais. A consideração dos participantes em sua totalidade resultou em organizar a discussão tratando os conteúdos apresentados por estudo de caso, como será demonstrado pelas histórias a serem apresentadas a seguir.

### 8.1 – A História de Eduardo

Eduardo tem 40 anos, é de classe média, possui pós-graduação em educação física, reside com esposa e quatro filhos, e se declara protestante. Atualmente reside com sua esposa e quatro filhos na região da Grande Vitória. É professor de educação física e atua também como conselheiro na área de DQ. Durante a entrevista, o participante revelou-se bastante disponível, acessível e interessado em dar continuidade à discussão. Seu humor oscilava constantemente; nas primeiras entrevistas demonstrou tensão, seriedade e tristeza. Já nos últimos momentos, ao falar dos dias atuais, Eduardo revelou maior espontaneidade, leveza e dinamismo.

Por atuar como conselheiro em outras clínicas de internação, percebemos o domínio sobre termos técnicos na área de saúde mental. Emocionou-se diversas vezes ao longo das entrevistas; segundo ele, falar sobre sua vivência contribui bastante para o sucesso em seu tratamento, pois, se remeter às perdas e dificuldades é uma maneira de relembrar todo seu sofrimento e se manter abstinente. Ou seja, o próprio roteiro de entrevista foi sinalizado como intervenção/ tratamento, segundo o participante, é fundamental lembrar para não se esquecer dos riscos de retomar o consumo.



Tabela 2- Trajetória de consumo de SPAs - Eduardo

Eixos temáticos	Categorias
Trajetória de consumo de substâncias psicoativas	- Substâncias lícitas
	- Substâncias ilícitas

Até o momento da entrevista, Eduardo totalizou cerca de vinte e oito anos de consumo de SPAs. Entre as substâncias utilizadas, destacam-se o álcool, a maconha, os inalantes e os estimulantes, como exemplificado no seguinte trecho: “[...] desde o álcool, maconha, cocaína, crack, ácido, LSD, cola, loló, lança...”. Já aos dez anos, Eduardo iniciou o consumo de álcool e cigarro. Desde o primeiro consumo declarou interesse pelas alterações de humor provocadas pelas substâncias, desencadeando curiosidade por SPAs: “[...] já desencadeou um interesse, na minha pessoa por substâncias que alterassem o meu humor, a minha psique vamos dizer assim [...] que me desse onda, que me deixasse doidão”.

Tabela 3- Motivação para iniciar o consumo de SPAs - Eduardo

Eixo temático	Categorias
Motivação para iniciar consumo de SPAs	- Falta de autoaceitação;
	- Conflitos familiares;
	- Anestesiarem sentimentos dolorosos;
	- Indefinição de sentimentos;
	- Rejeição;
	- Inserção social.

De modo geral, podemos citar como fatores motivacionais para que Eduardo iniciasse o início de consumo de SPAs: dificuldades relacionadas à 'autoaceitação', conflitos familiares, tentativa de anestesiar sentimentos, indefinição de sentimentos, rejeição e inserção social.

Um dos aspectos repetitivos refere-se à precariedade das relações primordiais com familiares. A infância foi descrita como período turbulento, marcada pela separação dos pais e conflitos frequentes com a mãe. Por conta disso, conta que se distanciava de seus familiares. Em contrapartida, sentia-se rejeitado (principalmente pela mãe).

Segundo o participante, sentindo-se incompreendido, passou a revelar comportamentos agressivos e episódios de transgressões de normas, principalmente na escola, como colocar fogo na mochila de colegas e diversas suspensões escolares. Assim, a transgressão de regras parece ser frequente. Já na adolescência, esses comportamentos foram interpretados como uma tentativa de chamar atenção. Na perspectiva de La Taille (2004/2009), fala-se da busca pelo olhar de outrem e investimento afetivo. Para o referido autor, embora não sejam causas exclusivas da construção da representação de si, os olhares e juízos alheios desempenham papel fundamental para a conduta do sujeito. Nesse sentido, Eduardo declara:

*[...] desde novo sempre existiu uma falta de autoaceitação da minha infância enorme [...] eu não me aceitava no contexto social que eu estava inserido, eu não aceitava a separação dos meus pais e eu me comparava muito com o meu irmão mais velho. E eu me sentia rejeitado pela minha mãe [...] eu ainda*

*preciso trabalhar isso, eu tenho um problema sério de rejeição, de me sentir rejeitado.*

Os conflitos familiares, somados à sensação de rejeição e adoção de um repertório de comportamentos agressivos (que visavam transgredir regras) parecem ter culminado para sensação de falta de 'autoaceitação'. Esses relatos, ligados à percepção negativa de si, ou seja, valor negativo de si (La Taille 2004) parecem ainda ter relação com a baixa autoestima. Assim, percebendo-se como de valor negativo, compara-se com o irmão, constatando que falta em si o que o irmão possuía (sendo este citado pelo participante como filho exemplar, segundo a visão dos pais). Todos estes fatores interligados parecem ter culminado posteriormente no consumo de SPAs.

O álcool transitou pela vida de Eduardo no ambiente social e familiar. Segundo o participante, representava uma ferramenta para inserção social, sendo em seguida substituído pela maconha, com a mesma finalidade: “[...] *álcool era constante. Tio, pai, mãe... era normal. Aliás, isso é normal, até hoje, entre aspas, é normal*”.

Aos onze anos, Eduardo conheceu a maconha. O anestesiamento de sentimentos dolorosos, ou seja, uma forma de automedicação, foi citado como motivador para iniciar o uso de álcool e maconha, ligado também à rejeição: “[...] *o uso de álcool nessa época foi um alívio para a questão de eu não me aceitar. O álcool e a maconha foram a maneira de eu encontrar um alívio para mim, para minha dor*”.

Por volta dos quinze anos, o participante já consumia esporadicamente solventes, em festas e shows; o consumo era ligado a uma tentativa de inserção social. Até então é possível perceber o consumo de SPAs como recreativo. Aos trinta anos, por oferta de amigos, Eduardo experimentou a cocaína. Contudo, a substância não foi eleita para o uso frequente, segundo o mesmo, interessava-se por substâncias fumegantes: “O

*lance era fazer fumaça, o vício psicológico da fumaça mesmo”*, como a maconha. Surgiu, assim, o consumo de crack, discutido no próximo tópico da presente pesquisa.

De forma geral, percebemos como motivação para iniciar o consumo de SPAs sensações descritas como penosas, difíceis de lidar e que se acumulavam com o tempo. Nesse sentido, o participante ressaltou a indefinição de seus sentimentos, sentia, mas não conseguia expressá-los e vivenciá-los. A dor era sentida, mas não silenciada. Apesar de nominar o que sentia, podemos supor que a ação de consumir seria uma maneira de declarar seu sofrimento até gradativamente tornar-se objeto de valor e vinculação afetiva.

O consumo SPAs parece indicar uma tentativa de anestesiando sentimentos advindos de situações-problema, uma promessa de alegria e fuga. De modo similar, Freud (1930/2011) concebia recorrer às SPAs como uma das medidas paliativas para tentar lidar com o sofrimento. Assim, Eduardo declara:

*[...] desde os meus dez anos, eu só fui usando drogas e anestesiando todos esses sentimentos [...] O tempo passou e as coisas na verdade só se agravaram, eu nunca tratei nada disso... desde os meus dez anos, eu só fui usando drogas e anestesiando todos esses sentimentos.*

Até o momento, apresentamos as substâncias utilizadas em ordem cronológica, bem como as motivações para o início e manutenção do consumo relatadas pelo participante. Nas próximas linhas discutiremos o início do consumo de crack em forma de fristo (o crack mesclado à maconha), as motivações e o processo de DQ.

Tabela 4- Progressão do consumo de crack - Eduardo

Eixo temático	Categorias
---------------	------------

Progressão do consumo de crack	- Fristo;
	- Consumo frequente;
	- Consumo abusivo;
	- Perda de controle;
	- Corte de consumo de demais substâncias.

Após a cocaína, Eduardo experimentou o fristo (a mistura de *cannabis* com crack), oferecido por um amigo, pensando tratar-se de maconha. Já no primeiro consumo, percebeu uma ‘onda’ diferente, identificou-se com os efeitos da substância e manteve a utilização frequente do fristo, ao longo dos finais de semana. Em cerca de três meses, o participante já fazia o consumo abusivo de crack em pedra e com mais frequência. Rapidamente o consumo tornou-se diário, com perda de controle, chegando a consumir cerca de treze pedras por dia. Quando o consumo foi intensificado, houve corte das demais substâncias.

Tabela 5- Fatores motivacionais para o consumo de crack- Eduardo

Eixos temáticos	Categorias
Fatores motivacionais para o início do consumo de crack	- Sentimento de dor;
	- Não aceitação da vida.
	- Frustrações matrimoniais;
	- Responsabilidade familiar;
	- Estagnação profissional;
	- Sufocamento;
	- Tristeza.

De maneira geral, o entrevistado citou como fatores motivacionais para início do consumo de crack, a tristeza, sentimento de dor, não aceitação da vida, frustrações

matrimoniais, elevada responsabilidade familiar, estagnação profissional e sufocamento.

Isto é, percebemos a influência de diversos aspectos afetivos em sua conduta, nesse sentido, Piaget (1932/1994) aponta a afetividade como energética da ação. Então, quando falamos em sentimento de dor e tristeza, surge uma força motivacional. Nesse sentido, assumimos a proposição do autor ao apontar tais sentimentos como motivadores para a ação de iniciar o consumo de crack.

Ao longo das entrevistas, o participante comentou sobre o desejo de continuar seus estudos de uma maneira diferente, como o mestrado. Contudo, ocupava uma posição de intensa responsabilidade como provedor financeiro da família, postergando seus desejos. A fala a seguir ilustra um pouco dessa dinâmica: [...] *eu queria progredir e, eu não conseguia devido ao contexto de responsabilidade que eu tinha nas minhas costas [...] essa carga me privou de eu ter continuado os meus estudos da maneira que eu gostaria.*

Além de não conseguir dar continuidade aos seus estudos, também em seu trabalho sofria retaliações de seu chefe: não conseguia exercer o seu trabalho da maneira como desejava e, quando o fazia, era punido e sentia-se sufocado. Vivenciava em casa também há bastante tempo brigas, traições e agressões frequentes. Todo esse contexto foi descrito por Eduardo como de tristeza, estagnação profissional e frustrações. A não resolução de seus problemas formava uma espécie de ‘bola de neve’ e com o passar dos anos lhe trazia muita frustração e não aceitação da vida, como revelado no trecho: “[...] *eu não conseguia resolver as coisas do relacionamento desde o início, e aquilo também me trouxe muita frustração e eu também não conseguia aceitar*”. Isto posto, é possível percebermos a estagnação do plano ético, ‘a vida que eu quero ter’, a perspectiva de expansão de si encontra-se ausente.

O quadro de DQ foi desenvolvido cerca de três meses após iniciar o consumo de crack em latas e cachimbos. O consumo esporádico tornou-se diário e descontrolado; restringia-se ao crack puro em latas e depois cachimbos. O crack parecia funcionar como fuga da realidade, mas, sobretudo, fuga para outra realidade.

*Quando eu comecei a usar o crack era sensação de alívio, de liberdade, de fuga... de eu não precisar de enfrentar os problemas que eu tinha que enfrentar [...] e de repente, aquele sufoco, aquela corda no pescoço, aquela falta de oxigênio, veio o crack. Uma onda maravilhosa, uma sensação indescritível [...] todos os meus problemas acabaram [...] eu só tinha olhos pro crack, porque ele me satisfazia.*

Tabela 6- Aspectos afetivos influenciadores para a motivação para continuidade do crack- Eduardo

Eixos temáticos	Categorias
Aspectos afetivos influenciadores para a motivação para continuidade do consumo de crack	- Rejeição;
	- Dor;
	- Suspensão de sentimentos;
	- Prazer;
	- Alívio da dor;
	- Impotência;
	- Fuga.
	- Medo.

Segundo o participante, assim como as demais substâncias, o consumo de crack foi motivado pela sensação de rejeição, principalmente de sua esposa. Utilizar crack representava uma maneira de retribuir a rejeição, ou seja, sentia-se rejeitado e em contrapartida também rejeitava. Dessa maneira, percebemos uma repetição e, como no

consumo de SPAs, a rejeição foi citada como motivador para o consumo de crack. Aos poucos, o crack não contribuía apenas para rejeitar a esposa, mas também era uma fuga de toda a realidade a sua volta, até chegar à dependência. Devido ao elevado prazer provocado pela substância, sentia alívio em sua dor. Entretanto, o consumo abusivo não permitia compreender seus próprios sentimentos, como se estivessem suspensos. O consumo de SPAs revelava uma relação de necessidade, marcada pela impotência do sujeito frente à droga, como no excerto abaixo:

*Eu me sentia rejeitado pela minha mulher, a melhor forma de rejeitá-la foi usando o crack [...] era de fuga do meu ambiente familiar [...] do meu trabalho [...] eu ia fumando até a porta da escola [...] então o crack veio me trazer esse sentimento de fuga, de rejeição da minha realidade... chegou um momento que eu não consegui sustentar isso.*

Nesse cenário, o entrevistado diz que sentia medo de ficar sem a droga, de encarar a realidade de maneira sóbria. Quando seus recursos financeiros se esgotaram e estava endividado com traficantes, Eduardo decidiu vender seu apartamento e carro. Entregou à esposa uma quantia elevada, pagou o aluguel correspondente a um ano e passou a residir com seus familiares em outro Estado no Brasil, próximo de sua mãe. Interessante fazer aqui duas observações: apesar do consumo abusivo, o participante mantinha-se próximo de seus familiares. Mais do que isso, residir próximo a sua mãe, realizar o movimento de ir até essa figura, segundo o participante, parece indicar uma busca por ajuda ou mesmo a necessidade de juntar seus familiares para que assistissem a dinâmica de consumo, como se fosse uma plateia. Tais dados parecem indicar busca pela aprovação outrora não alcançada, bem como possibilidade de agredir a si mesmo, ideia de punição.



Corroborando com alguns estudos identificados na literatura, a DQ configura-se como mudança no cotidiano e faz emergir questões afetivas não somente do usuário, mas também de seu contexto familiar (Orth, Robins & Soto, 2010; Sobral & Pereira, 2012).

Em noventa dias investi aproximadamente 90 mil reais em crack. A partir daí, com o objetivo de se livrar de dívidas e dar continuidade ao consumo de crack, inseriu-se no tráfico de drogas e acompanhava traficantes nas cobranças de dívidas de outros usuários: *Tô duro, não tenho dinheiro, eu não tenho como pagar [...] olha só, a disposição eu tenho para fazer o que vocês quiserem, disposição é comigo mesmo. O que vocês querem?*. Além de recursos financeiros, o trabalho também garantia a manutenção do consumo de crack. Nesse momento conseguimos perceber a movimentação do participante em prol do uso de crack; atividades até então não praticadas, justificavam-se para a obtenção da substância.

O período de realizar atividades no tráfico de drogas foi descrito como inserção dolorosa e ausência de sentimentos, pois segundo ele, os pensamentos eram direcionados unicamente às SPAs. Assim, nos questionamos: *onde está esse sujeito?* Há aqui uma inversão, Eduardo parece deixar de ser sujeito e ocupava a posição de objeto: *“Eu estava consciente o tempo todo do que eu estava fazendo, só que sem esboçar nenhum sentimento por nada, indiferente do que estava acontecendo [...] por causa daquilo ali eu iria obter mais substância sem ter esforço financeiro...”*.

Percebemos na entrevista relatos de intensa agressividade e situações de constantes conflitos com a lei, como tentativas de homicídio, e prisão por porte de drogas. Em alguns momentos, o participante se comparou a uma prostituta; vendia seus valores e princípios em troca do crack. A fim de sustentar seu uso e manter seu laço com o crack, o indivíduo pode se envolver em situações de risco e colocar em risco

também aqueles que estão à sua volta (Chavez et al., 2011). O objeto droga torna-se mais valoroso e leva o sujeito a considerar mais possibilidades para a obtenção da substância (Chavez et al., 2011). Confirmando nossa ideia, a droga passa a ser objeto de maior valor em detrimento do sujeito, percebemos a ausência de um sujeito nesse período, o qual responsabiliza o crack por toda suas ações. Configura-se o retorno à anomia, em que há ausência e respeito por regras, em detrimento do consumo da droga.

Chama nossa atenção oscilação quanto ao surgimento e ausência desse sujeito, uma espécie de dualidade, ‘retração de si’ x ‘expressão de si’ (La Taille, 2006). No momento de consumo nocivo percebemos a ausência desse sujeito; como se perdesse lugar para a droga, ou seja, marcada por um retrocesso.

Há aqui um dado interessante, a dor foi relatada nas diferentes etapas e consumos de SPAs. No uso de álcool e maconha, por exemplo, representava alívio da dor. Já no consumo de crack, a fuga da realidade e o sentimento de dor eram relacionados pelo sujeito como consequência do consumo. Esses achados vão ao encontro da discussão realizada por Freud (1930/2011) no Mal-Estar da Civilização sobre o papel das SPAs na vida do sujeito, como uma tentativa de suspensão de existência frente à dor de existir. Entretanto, a mesma substância que antes conferia a fuga, torna-se causa de sofrimento ao marcar uma relação de escravidão do indivíduo diante da substância (intoxicante). O objeto de prazer (o crack) marca uma relação de necessário. E justamente essa necessidade acarreta o comando. Por isso, a relação com a substância passou do prazer para o desprazer, e do desprazer para a destruição.

Tabela 7- Aspectos motivacionais para a busca do primeiro tratamento de internação-  
Eduardo

Eixos temáticos	Categorias
Aspectos motivacionais para a busca do primeiro tratamento de internação	- Desintoxicação;
	- Sentimento de dor;
	- Satisfação aos familiares;
	- Arrependimento.

Apesar de declarar não sentir-se culpado por qualquer conduta adotada enquanto realizava o consumo e crack, suas falas parecem ligadas ao arrependimento, pois as lembranças de suas condutas faziam com que sentisse forte sentimento de dor; “[...]nos leva a fazer coisas que eu não quero fazer, nos leva a ter atitudes que eu nunca achei que teria [...] como roubar e espancar”. Na tentativa de se livrar dessa dor, acatou a sugestão da mãe e aceitou o tratamento de internação: “ela (a DQ) chegou em um estágio insuportável para mim, a minha dor se tornou insuportável e aí minha mãe me sugeriu que eu fizesse uma internação”. A droga não causa mais alívio, anestesiamento; como se fosse um antibiótico em excesso que não causa mais o efeito desejado.

Como discutido no estudo de Santos e Costa Rosa (2007), na fala de Eduardo evidenciamos que, ao aceitar o tratamento de internação, não havia o desejo de cessar o consumo de SPAs. De modo contrário, o primeiro tratamento de internação foi encarado como uma maneira de oferecer satisfação aos seus familiares; o objetivo na verdade era “dar um tempo”, desintoxicar e posteriormente retomar o consumo. O despreparo para o tratamento, a falta de consciência quanto a dimensão do problema, foi o principal ponto discutido pelo participante para a não continuidade do tratamento.

Tabela 8- Contextualização e abandono do primeiro tratamento de internação- Eduardo

Eixos temáticos	Categorias
-----------------	------------

Contextualização e abandono do primeiro tratamento de internação	- Despreparo para o tratamento;
	- Regras (transgressão);
	- Vontade de usar;
	- Padronização do tratamento de internação;
	- Fissura;
	- Função do sofrimento.

Eduardo permaneceu na clínica somente três dias, e seu maior desafio foi obedecer às regras e imposições. Se as regras e deveres não são legitimados pelo sujeito, marcados pela tendência à heteronomia, o sujeito age pelo medo das consequências e não por legitimar as regras, conseqüentemente podemos supor a ausência de comportamentos morais. Ou seja, o sujeito não apresentava sentimento de dever e, por isso, a motivação para a ação moral era fraca ou inexistente (La Taille, 2006). Eduardo ressaltou ainda que as únicas regras possíveis a serem acatadas até então remetiam ao tráfico de drogas, marcando uma relação de heteronomia no plano das relações, como exemplificado abaixo:

*[...] nós no uso, a gente perde esse vínculo com as regras, elas só existem para serem quebradas. Então quando você não está preparado para o tratamento, você não aceita regras [...] eu não queria seguir nenhuma regra, nenhuma imposição [...] imposição de regra? Impossível! [apenas regras do tráfico eram respeitadas]: são regras da favela e você precisa ir se submetendo [...] eu obedecia para não morrer e para conseguir a droga.*

É curioso notar a necessidade e a função do sofrimento; segundo Eduardo, era necessário dar continuidade ao sofrimento para que, enfim, desejasse encerrar o

consumo de crack e, por conseguinte, buscar o tratamento por desejo próprio; ou seja, aqui percebemos o início da motivação para o tratamento. Assim, percebemos que a busca de tratamento para dependência não era uma questão de tempo, segundo Eduardo, mas uma questão de sofrimento: *"[...] talvez porque, talvez... porque ele não tenha sofrido o suficiente para estar preparado para um tratamento"*. Tal fala faz assim com que passamos a lançar a seguinte possibilidade como hipótese: a motivação para o tratamento passa pela quantidade de sofrimento.

A vontade de usar e a fissura foram apontadas como os principais aspectos ligados ao abandono do tratamento. Considerando-se as especificidades do crack, como rápida instalação do quadro de DQ e a fissura, o participante critica intensamente a padronização do tratamento de internação e acredita que deveriam ser levadas em consideração as particularidades e necessidades de cada sujeito. Além disso, atribui a baixa adesão ao tratamento por não considerar tais fatores: *[...] cada tratamento vai funcionar de uma forma diferente para cada pessoa, dentro da individualidade de cada um [...] por isso que tratamento e recuperação são difíceis... o índice é baixíssimo, porque querem padronizar a recuperação*. Assim como a não padronização do usuário de crack, compreendemos assim a importância da não padronização do tratamento de internação, levando em consideração a subjetividade do sujeito.

Quebrar as regras da clínica foi a única alternativa encontrada para que conseguisse ser retirado do tratamento. No terceiro dia, Eduardo envolveu-se em conflitos com um dos seguranças da clínica e no mesmo dia retomou o consumo de crack. Ao se considerar a expulsão do tratamento como uma rejeição, logo, podemos perceber essa rejeição (e até a busca) como um padrão repetitivo (Romani & Roso, 2012).

Com a vida do filho em risco, a mãe fez a proposta de custear o consumo de crack de Eduardo para evitar o envolvimento com o tráfico de drogas. A tentativa durou pouco tempo, os custos eram elevados, giravam em torno de R\$ 700,00 por dia, e rapidamente a mãe não conseguiu bancá-los.

Em pesquisa realizada por Reis (2014) com grupos de familiares de dependentes químicos do Amor Exigente, podemos observar o mesmo movimento de outras mães; elas acreditavam que financiar o consumo evitaria dívidas com traficantes, roubos e o risco de os filhos serem assassinados. Os jovens usuários acabavam sendo superprotegidos, permanecendo ao mesmo tempo como prisioneiros e atormentados pelo uso. Assim, a alternativa adotada pela mãe não alcançou os resultados almejados.

Tabela 9- Sentimentos e aspectos motivacionais para buscar o segundo tratamento de internação- Eduardo

Eixos temáticos	Categorias
Sentimentos e aspectos motivacionais para buscar o segundo tratamento de internação	- Sentimento de dor;
	- Desconexão da realidade;
	- Impotência;
	- Perdas;
	- Medo;
	- Elevada força de vontade;
	- Apoio;
	- Fé;
	- Querer tratamento de internação.

Eduardo tentou diversas vezes parar o consumo de crack. Contudo, a necessidade e a compulsão física representavam impotência diante do crack. A substância possuía uma particularidade: a fissura. Apesar de conscientemente não

desejar continuar usando crack, seu corpo apresentava sinais de fissura e abstinência, como descrito no seguinte trecho: *A necessidade física, a compulsão física do uso era muito maior do que a minha vontade de querer parar.*

Segundo o participante, o sentimento de dor demonstrado pelos seus familiares, dor do outro e dor de si, foi fundamental para que procurasse ajuda pela primeira vez por vontade própria. O querer cessar o consumo foi adquirindo forças e assim sentiu-se preparado para o tratamento. Como no trecho a seguir:

*[...] eu usava chorando. Às vezes eu usava e voltava para casa correndo, uma dor insuportável... e via a cara dos meus filhos, aquela cara de sofrimento. Aquilo ali começou a me destruir por dentro. Foi quando eu pedi ajuda, pela primeira vez. Aí que eu falo, eu comecei a estar preparado para um tratamento.*

Citou também como motivação para a busca do tratamento a desconexão com a realidade, marcada por alucinações auditivas e visuais decorrentes do consumo; geralmente de conotação religiosa, como descrito na seguinte fala: *“a psiquiatria trata isso como transtorno mental, porque o usuário compulsivo começa a ouvir vozes, ele vê vultos [...] são demônios de cada um que tomam conta da gente”*.

Depois que o uso crônico da droga é estabelecido, o prazer gerado diminui, dando espaço para disforia, ansiedade e sintomas depressivos (Duailibi et al., 2008; Diemen et al., 2004). Além disso, é comum o aparecimento de alucinações, paranoia e irritabilidade (Carlini et al., 2006; Gabatz, 2013; Silveira & Moreira, 2006), e pode ter um ataque de pânico ou de delírio que lembra a esquizofrenia (Hess, Almeida & Morais, 2012).

Todo esse contexto descrito acima e o envolvimento com o tráfico desencadearam no participante o medo. Todavia, diferente do período de consumo

abusivo, o medo não estava direcionado à ausência da droga, mas sim um medo ligado à morte: “[...] *um não aguentar mais aquela vida, medo de morrer... porque eu iria morrer, isso é certo... já estava muito envolvido com traficante e tudo mais*”.

Em decorrência das motivações acima citadas, progressivamente surgia o desejo de querer cessar o consumo, a ausência de vontade de usar a droga (Rigotto & Gomes, 2002). O participante já não tinha qualquer recurso financeiro e passou a desejar sair do tráfico de drogas e focar na busca por um tratamento de internação.

Além disso, uma das categorias de nosso estudo refere-se à importância da espiritualidade; o apoio de familiares e a religiosidade (fé) foram apontados como recursos fundamentais para a busca pelo tratamento. A partir da fala seguinte, é possível identificar a consciência à transcendência, a superação do egocentrismo, marcada pela ‘expansão de si’:

*[...] comecei a andar, sem direção e orando... pela primeira vez na minha adicção ativa no crack eu busquei o recurso da espiritualidade. Eu comecei a conversar com Deus. Hoje eu sei que era Deus, mas na época eu só estava pedindo ajuda, desesperadamente. E muito sinceramente naquele momento ali alguém me ouviu, de fato. Porque o meu pedido era sincero, era verdadeiro, era real e eu não aguentava mais aquilo ali.*

O entrevistado conta que entrou em contato com um amigo conselheiro terapêutico e buscou por conta própria o segundo tratamento de internação em uma clínica, próxima da Grande Vitória. Durante os primeiros dias, contou com o acompanhamento da mãe, permanecendo lá cerca de seis meses e recebendo constantemente visita de seus familiares; assim, evidenciamos que o apoio e acolhimento daqueles que estão ao redor do usuário contribuem para a interrupção do



uso (Hermeto et al., 2010).

A constante presença da mãe no discurso do participante chama nossa atenção. Primeiramente, no início da entrevista, o participante citou a sensação de sentir-se rejeitado pela mãe como motivação para iniciar o consumo de SPAs. Posteriormente, quando a frequência do consumo de crack aumentou, Eduardo decidiu mudar-se de sua cidade e ir residir na mesma cidade de sua mãe, juntamente com sua família. A mãe é citada ainda como responsável por senti-lo à primeira clínica de tratamento de internação, tentativa de afastá-lo do tráfico de drogas (ao financiar o consumo das SPAs) e, por fim, o acompanhou no segundo tratamento de internação e com ele passou os primeiros dias na clínica. Esse movimento parece indicar a procura pelo olhar, segundo o participante, negado desde sua infância, demonstrando que o crack em específico foi um recurso adotado para obter o que até então lhe era negado, a atenção materna e, por vezes, faz o papel de objeto de compensação de um sentimento que se mostra ausente (Hermeto et al., 2010). No caso de Eduardo, seria o olhar (amor) que lhe estava sendo recusado.

Nesse sentido, Nonticuri (2010) aponta a relação de mãe e filho usuário de crack como controversa nos sentimentos. Há momentos de compaixão, vontade de ajudar, de ser tolerante, e também momentos conflitantes, de sentimento de insegurança, raiva, desconfiança, desespero e dor de *“ter perdido o filho adolescente para o mundo”* do crack.

Tabela 10 - Sentimentos e aspectos afetivos ao longo do segundo tratamento de internação (concluído) - Eduardo

Eixos temáticos	Categorias
Sentimentos e aspectos afetivos ao longo	- Tratamento percebido como necessidade

do segundo tratamento de internação  (concluído)	para o participante;
	- Obediência às regras;
	- Atividades;
	- Vínculo com profissionais;
	- Vontade de cessar consumo;
	- Amor, esperança e caridade.

Com o rosto ferido (por conta de conflitos no tráfico de drogas) e acompanhado da mãe, Eduardo relatou não se sentir bem-vindo e ser rejeitado pelos demais pacientes: “[...] eu entrei e minha mãe teve que ficar três dias lá dentro comigo porque os internos não me aceitavam lá sozinho. Não queriam ficar comigo lá de jeito nenhum, fui rejeitado lá, né?”. A vida do sujeito parece marcada pela repetição da rejeição, mesmo em diferentes espaços e relações.

De modo contrário ao primeiro tratamento, Eduardo descreve a importância da percepção da necessidade do tratamento e o vínculo criado com profissionais da instituição. A dinâmica da clínica foi descrita como fundamental para o sucesso no tratamento; há aqui uma análise do sujeito possivelmente realista de riscos e proteção, com destaque para as seguintes atividades: doze passos do NA, discussão de sentimentos, psicoterapia constante, grupos de estudo sobre a DQ (como atuava, comportamentos que deveriam ser evitados e estimulados), prática de esportes, grupos de oração/ espiritualidade, idas à praia e regras diárias que deveriam ser cumpridas:

*E aí você tem que ter outras fontes de prazer, né? [...] um visual bonito, a vista bonita quando você acorda, que você possa meditar além, claro, do processo terapêutico, da espiritualidade, dos grupos [...] grupos de sentimentos.*

A obediência às regras, marcada pelo ‘senso de obrigatoriedade’, foi apontada como um dos pontos mais importantes para concluir o tratamento e durante o tratamento o participante parecia compreender a necessidade das regras para conviver em sociedade.

Por fim, enquanto vivenciava o tratamento de internação, o entrevistado declarou os sentimentos de amor, esperança e caridade em se manter em abstinência; para o mesmo, estes sentimentos foram originados de uma vinculação religiosa, desenvolvida enquanto realizava o tratamento; indicando conduta positiva com o outro flexível e realista.

Tabela 11 - Sentimentos e aspectos afetivos após o tratamento de internação - Eduardo

Eixos temáticos	Categorias
Sentimentos e aspectos afetivos após o tratamento de internação	- Continuidade da internação;
	- Gratidão;
	- Fé;
	- Medo;
	- Transformação pessoal;
	- Responsabilização;
	- Retomada de vínculos afetivos.

Diferente do período de consumo abusivo, o entrevistado demonstra ter assumido as responsabilidades por suas ações, o sujeito retoma seu espaço. Ou seja, diferente do período de uso nocivo, aqui há manifestação subjetiva, bem como motivação e ação. Destarte, concebeu os tratamentos de internação como fundamentais para permanecer em abstinência e destacou a importância da continuidade do tratamento, mesmo após a internação, como, por exemplo, por meio de

acompanhamento psicológico e participação em grupos de autoajuda. Logo, tal concepção pode revelar ‘expansão de si’, cooperação; assim como relatado em outros momentos, a importância do lembrar o sofrimento para não esquecer-se dos riscos.

Após o tratamento, buscou ao máximo o recurso da fé, e denotou uma visão otimista e detentora do controle de sua vida; indicador de tendência à autonomia. Quando questionado quanto a um sentimento acerca do tratamento de internação, o entrevistado listou a gratidão (Comte- Sponville, 1995) com relação ao tratamento e apoio de seus familiares. a conduta de interromper o uso pode estar relacionada ao amor, o medo de perder o amor (La Taille, 2006), estando este, por sua vez, ligado ao medo de causar prejuízos aos familiares, bem como de colocar em risco laços sociais que lhe são valiosos (Kassada et al., 2014; Oliveira & Nappo, 2008). Dessa maneira, segundo Eduardo, todo esse contexto, fazia com que se sentisse capaz de cessar o consumo e de promover uma transformação pessoal em sua vida; retomamos então a tendência à conduta ética: ‘que vida eu quero levar?’, ligada à busca de felicidade (La Taille, 2006).

Além disso, de maneira contrária ao primeiro tratamento, percebemos a influência de outros aspetos, como a responsabilização por sua conduta (de iniciar e cessar o consumo de SPAs) e a preocupação de obter sucesso no tratamento, pois desejava muito, como meta e reparação, retomar o vínculo afetivo com seus familiares, principalmente os filhos.

O medo permanece no discurso do sujeito vinculado a duas ideias distintas. Primeiro, o participante remete o medo à possibilidade de retomar o consumo, como no seguinte trecho: “*Eu tive sentimento de medo, de fracasso, de não conseguir...*”. Em seguida, Eduardo retoma o medo em sua fala, mas o relaciona ao medo de vivenciar o

sentimento de rejeição pela sociedade, após o tratamento, como uma forma de preconceito por ser dependente químico. Assim sendo, podemos relacionar tal medo ao medo de decair perante os olhos de outrem e de si (La Taille, 2006); como se deixasse de ser sujeito para ser usuário de crack, decair perante os olhos da sociedade. Nesse sentido, esse sentimento está em consonância com as discussões de La Taille (2006) quanto ao desenvolvimento de uma conduta ética, preocupado com uma resposta social.

Tabela 12- Sentimentos e aspectos afetivos hoje com relação ao crack- Eduardo

Eixos temáticos	Categorias
Sentimentos e aspectos afetivos hoje com relação ao crack	- Desejo x aversão;
	- Arrependimento.

No momento da entrevista, Eduardo totalizava cerca de três anos em abstinência. Ainda nesse momento, a relação desejo/ aversão é relatada pelo entrevistado. Eduardo delira lembrando os prazeres proporcionados pelo crack e o compara a um orgasmo, entretanto, posteriormente relembra as consequências do consumo: “[...] *hoje eu tenho um sentimento de aversão. Mas isso muda, tá? Muda muito. Tem momentos que eu tenho vontade de usar*”.

Apesar de não declarar sentimento de culpa, Eduardo cita o sentimento de arrependimento, principalmente por sua conduta enquanto vivenciava dias no tráfico de drogas e por ter consumido SPAs, principalmente o crack, como descrito na seguinte passagem:

*[...] quantas e quantas noites depois de um processo de recuperação eu fiquei sem dormir pensando naqueles dias [...] que me trazem dores espirituais até*

*hoje [...] Buscando aquela primeira onda, da primeira dose que nunca mais vem e aí eu estou naquela paranoia, naquele desespero, sujo, sem dinheiro... aí vem um arrependimento.*

Eduardo não se considera dependente químico (o que pode ser considerado um risco); para o mesmo, a dependência química seria a necessidade de consumir qualquer tipo de SPAs. Como atualmente encontra-se abstinente, identifica-se como adicto, portador de doença comportamental.

Para ele, o consumo de crack representa apenas uma das diversas maneiras de expressar seu comportamento de adicto. Ressalta ainda que tal comportamento é evidenciado antes mesmo da DQ, originada em sua infância, ligada a sua personalidade: *“porque eu quero o tempo todo chamar atenção das pessoas” e aí quando a pessoa para de me dar atenção, carinho, de me enaltecer... aí eu me sinto frustrado*. O sujeito percebe sua busca pelo olhar de outrem; principalmente de sua mãe. Ainda nos dias atuais procura estratégias para lidar com essa demanda. Então, com base em sua fala podemos nos questionar, seria a rejeição do outro, ou a maneira como o sujeito percebe e interpreta o que não está ao seu alcance?

Atualmente relata satisfação com a vida de forma geral: atua em outras clínicas como conselheiro e retomou seu trabalho com esportes e academia. De modo geral, descreve melhoras no relacionamento com familiares e atribui todas suas conquistas afetivas e profissionais à religiosidade.

Com base no relato de Eduardo e a narração de sua trajetória de vida, podemos perceber a importância de diversos acontecimentos e o despertar de diferentes sentimentos ligados ao crack.

Considerações sobre o caso: percebemos o sentimento de rejeição como o de maior força para iniciar e se manter no consumo de SPAs (e de crack, em específico). Parece-nos que, apesar de em abstinência, ainda nos dias atuais o entrevistado demonstra dificuldades em lidar com esse sentimento, porém, ao longo da entrevista citou muito pouco outros sentimentos. O fato de inserir-se no tráfico de drogas, em particular nas cobranças de dívidas de outros usuários e assaltos, aponta para transgressão de regras. Mostrou-se bastante relevante em sua fala o discurso sobre a importância da internalização de regras, já que, em dado momento do consumo abusivo, as únicas regras possíveis para se adequar referiam-se às regras do tráfico de drogas que, se não obedecidas, poderiam acarretar em sua morte. Eduardo demonstrou bastante conhecimento acerca da DQ, entretanto, nos questionamos se de fato possui domínio de seus sentimentos; a própria dificuldade em nomear o que sente parece indicar certo alienamento de si com relação à sua afetividade. Além disso, sua fala parece um tanto institucionalizada, o sujeito relata ausência de culpa, mas cita o arrependimento e busca de reparação. Acreditamos que a partir dessa compreensão, o sujeito poderá perceber sentimentos que se repetiram em sua trajetória de consumo por diversas vezes, refletindo assim em sua conduta.

## 8.2 A história de Cinval

Cinval tem quarenta e oito anos de idade e reside há cerca de trinta anos na Grande Vitória com sua esposa. É de classe média alta, possui pós-graduação em administração e atua no ramo alimentício. Vem de uma família religiosa, não possui filhos e se considera cristão praticante. Até o momento da entrevista não estava usando SPAs, totalizando em média sete meses em abstinência. É bem humorado e durante a

maior parte da entrevista, mesmo quando se recordava de situações penosas, relatava os fatos com ar de graça e brincadeira, indicando superação.

O entrevistado relatou perceber-se como orgulhoso e extremista “[...] *ou é tudo ou é nada. Ou é calcinha de veludo ou é bunda de fora [...] é esse controle que eu estou buscando, esse meio*”. Por ser bastante conhecido em seu bairro, preocupa-se em preservar sua imagem frente às outras pessoas, isto é, imagem de si (La Taille, 2006) e, por isso, ressaltou prezar o anonimato.

Cinval realizou dois tratamentos de internação, sendo o segundo finalizado e considerado fundamental pelo sucesso da abstinência. Atualmente frequenta acompanhamento psicológico, igreja e grupo Narcóticos Anônimos (NA).

A história de Cinval, a sua relação com o consumo de SPAs, desde o início do consumo à instalação do quadro de DQ serão apresentadas a seguir, sendo importante destacar que, enquanto apresentamos esses dados, há fatores afetivos motivando a ação do sujeito (Piaget, 1954/2004).

Tabela 13- Trajetória de consumo de substâncias psicoativas- Cinval

Eixo temático	Categoria
Trajetória de consumo de substâncias psicoativas	- Cronologia das substâncias consumidas.



A trajetória de consumo de SPAs começou ainda na adolescência, aos onze anos de idade, Cinval consumia substâncias lícitas, como álcool e cigarro. Posteriormente, aos treze/quatorze anos iniciou o consumo de substâncias ilícitas, a maconha.

Ao utilizar maconha com um amigo, Cinval conheceu a cocaína (eleita como substância favorita). Apesar da afinidade com os efeitos da maconha, a cocaína representou uma grande descoberta, pois proporcionava efeito estimulante e de euforia: *“E de repente eu encontrei uma coisa que me acendia, quando estava mal era só dar uma cheirada e acabou. Eu já estava inteiro de novo!”*. Dessa maneira, a droga parecia exercer papel de automedicação. Nessa mesma direção, Goeders (2004), ao estudar a relação entre estresse, motivação e dependência química, verifica uma relevante relação entre a tentativa de encontrar alívio em situações estressantes e o uso de substâncias químicas.

Segundo o participante, o consumo de cocaína era recreativo, “não problemático”; acontecia aos fins de semana, fora de casa e sem ocasionar conflitos familiares e grandes prejuízos em sua vida profissional, tinha um bom emprego e o estava mantendo.

Tabela 14 - Fatores e sentimentos motivacionais para o consumo de SPAs - Cinval

Eixos temáticos	Categorias
Fatores e sentimentos motivacionais para o consumo de SPAs	- Transgressão de regras religiosas;
	- Sentimento de rejeição;
	- Separação dos pais;
	- Liberdade x responsabilidade;
	- Conflitos familiares;
	- Sensação de superioridade;

Quando questionamos o participante sobre motivações para o consumo de SPAs, Cinval resumidamente lista: 1)- transgressão de regras (principalmente religiosas); 2)- separação dos pais/ ausência da figura paterna; 3)- liberdade x responsabilidade; 4)- conflitos familiares; 5)- a configuração do consumo de SPAs como alternativa para socialização; 6)- sensação de superioridade em decorrência do consumo; 7)- sentimento de rejeição.

A utilização de SPAs durante a infância parecia representar uma maneira de transgredir regras, um caminho para a autonomia, e um movimento de ir ao encontro do proibido: *“Eu tive uma criação religiosa, evangélica, que tudo era proibido. Então, eu não queria seguir a regra... Eu queria fumar, beber, usar drogas [...] eu achava isso bonito”*.

Segundo o participante, uma grande influência para iniciar e elevar a frequência do consumo foi o sentimento de rejeição e os conflitos familiares. À medida que esses fatores intensificavam-se, somados à separação dos pais, percebemos a elevação do consumo. Isso porque com a separação não havia mais a presença do pai, considerada por Cinval o principal representante de autoridade, não iria dar dar ‘satisfações para mais ninguém’. Isto posto, é possível percebermos a falta de maturidade, sobrecarga de responsabilidade, pressão e ausência de suporte social (Hermito et al., 2010). Mais uma vez a droga é citada a fim de reduzir as angústias e frustrações, surgindo, assim, como um modo de escape.

A ausência do pai marcou uma dualidade: responsabilidade x liberdade. Gradativamente, segundo Cinval, ele assumiu na adolescência as responsabilidades

(assunção paternal) até então conferidas ao pai, como auxiliar a mãe com gastos financeiros e cuidar dos demais irmãos mais novos, como declarado no trecho abaixo:

*Eu acho que isso (o início do consumo) está ligado ao lado paternal meu, que eu acho que existe desde que o meu pai se separou da minha mãe [...] eu precisei começar a trabalhar [...] comecei a dar aula... Para fazer faculdade [...] sempre tive que ter muita responsabilidade.*

Ao se inserir no mercado de trabalho passou a trabalhar como professor e formou-se em administração, progressivamente responsabilizava-se pelos cuidados dos irmãos, gradativamente conquistava independência financeira e liberdade para agir como desejasse, entre eles consumir SPAs, pois ao começar a trabalhar, tinha o próprio dinheiro e não dava satisfações para mais ninguém.

Outro tópico importante referente às motivações para consumir maconha foi a busca pela sensação de superioridade. Cinval desejava o prazer que vinha pelo papel de financiador de SPAs. Além de custear seu consumo, bancar o consumo de outras pessoas representava uma maneira de obter inserção e prestígio social, o fazia sentir-se querido, desejado, o que reforçava a sensação de superioridade:

Destarte, se o consumo de SPAs oferecia a sensação de superioridade, podemos dizer que há uma busca pela elevada autoestima, possivelmente ocasionada pelos efeitos das substâncias. Entretanto, nos questionamos: se há no consumo a presença de elevada autoestima, e na ausência do mesmo, haveria a presença de baixa autoestima? Se partirmos do pressuposto que sim, sem o consumo de SPAs há a presença de baixa autoestima, poderíamos corroborar nossos dados a partir de demais estudos que apontam a presença de autoestima rebaixada como fator de motivacional para iniciar o consumo de SPAs (Álvarez Aguirre, Alonso Nastillo & Zanetti, 2010), isto posto, a

droga seria um recurso utilizado pelo sujeito como tentativa de elevação da autoestima, busca pela regulação de seus afetos redirecionados a si mesmo.

Na visão de Cinval, o consumo representava um tipo de habilidade, um diferencial ou mesmo um ganho. Assim, o entrevistado não percebia o consumo de substâncias ilícitas como uma transgressão, de modo contrário, demonstrava sentir-se orgulhoso e corajoso.

Destarte, percebia-se como figura de referência, cercado de amigos e filho preferido da mãe. Ao contrário de Eduardo, não há qualquer menção à rejeição: “[...] *eu uso, continuo trabalhando, continuou caminhando, sou respeitado. Então, na minha visão, na época, eu não tinha perda nenhuma... Só ganho. Eu achava que era o melhor [...] segundo meus irmãos o xodó da minha mãe sou eu!*”. O consumo configurava-se como algo positivo, ou seja, valor positivo ao entrevistado, não haviam pensamentos ligados ao encerramento do consumo de quaisquer substâncias. Assim, já que o consumo representava apenas ganhos, por que cessá-lo?

Tabela 15- Motivação para o consumo de crack- Cinval

Eixo temático	Categorias
Motivação para o consumo de crack	- Afirmação de si como se fosse outrem;
	- Superioridade;
	- Prazer.

Na ausência de cocaína aspirada, o crack surgiu como oferta de um fornecedor e Cinval decidiu experimentar a substância para conhecer seus efeitos, demonstrando excesso de confiança e baixa análise do risco, possíveis indicativos de egocentrismo:

*“[...] o cara que sempre conseguia a cocaína para mim estava sem, e meu ofereceu crack. Aí eu experimentei uma única vez, pronto e acabou”.*

Constatamos a insipiência, por parte do entrevistado, acerca de informações quanto aos efeitos e possíveis consequências do consumo de crack. Semelhante aos achados de Dagnoni (2010), a ausência de informações foi apontada pelo entrevistado como fator contribuinte para início e manutenção do consumo de drogas. Sua fala permite questionar se a falta de conhecimento poderia estar relacionada a uma justificativa para a não responsabilização pelo consumo e suas consequências, como apontado no trecho:

*Eu não tinha conhecimento, a única coisa que eu sabia era que era um derivado da cocaína, é o restolho da cocaína. Como diz o outro, é o cocô da cocaína. Entendeu? E na minha cabeça era mesma coisa da cocaína.*

Assim como no consumo de SPAs de forma geral, o crack esteve ligado à afirmação de si e superioridade:

*Eu acho que na realidade o início do meu uso (de crack) foi para eu me sentir homem [...] no sentido que eu faço e os outros não fazem, eu tenho coragem e você não tem, entendeu? [...] as meninas diziam assim: “o reizinho chegou”. Eu chegava e era assim: “você, você e você. Vamos subir”. Era tudo por minha conta.*

Com base nesses dados, o entrevistado parece indicar a afirmação de si como autoridade, e não como pessoa expandida, no sentido ético (La Taille, 2006). O sujeito revela busca pelo controle do outro e de si. Ao comparar-se com as pessoas a sua volta, o sujeito utiliza o outro como referência e não seus próprios valores e princípios. Assim, evidencia a busca por uma posição de superioridade, uma tendência à afirmação do

egocentrismo. Utilizar crack seria de fato, como apontado acima, legitimado pelo entrevistado como ato de coragem?

Cerca de três meses após o início do consumo de crack desenvolveu o quadro de DQ. Os relacionamentos com a esposa e trabalho gradativamente ficaram comprometidos. Com o passar do tempo, o participante descreve “perda de controle” do consumo: *“Aí eu comecei a fazer uso de crack e eu comecei a perder tudo”*, não possuía a noção do tempo, passava dias consecutivos consumindo o crack e perdia a noção de si.

Cinval cessou o consumo das demais SPAs, entre elas o álcool. Enquanto realizava o consumo de crack, preocupava-se apenas em se manter hidratado. Por conta disso, percebia seu consumo como distinto se comparado aos demais usuários, que geralmente relatam esquecimento quanto a hábitos de higiene e alimentação. Diferentemente dos estudos que apontam o usuário de crack como poli usuário (Bastos & Bertoni, 2014; Duailibi et al., 2008), a partir do seu contato com o crack, Cinval interrompeu o uso da cocaína e intensificou o uso do crack.

Tabela 16 - Sentimentos com relação ao crack antes do tratamento de internação- Cinval

Eixo temático	Categorias
Sentimentos com relação ao crack antes do tratamento de internação	- Perda;
	- Ausência de sentimentos enquanto realizava consumo de crack;
	- Tristeza;
	- Impotência;
	- Preocupação com familiares;
	- Desonra.

Ao ser questionado sobre os sentimentos anteriores ao tratamento de internação, ou seja, no período em que realizava o consumo de crack, Cinval ressaltou que não havia qualquer sentimento que pudesse ser descrito ou citado. Explicou que o quadro de DQ fez com que qualquer sentimento se tornasse ausente, marcando a intensa relação com a droga, onde há suspensão de sentimento e foco no crack; os sentimentos surgiam apenas posteriores ao consumo, em dias seguintes, como a tristeza.

Percebemos que o sentimento de tristeza aqui não age necessariamente como motivador para o uso, ao contrário do que apontam alguns autores (Dietz et al., 2011; Gabatz et al., 2013; Rigotto & Gomes, 2002). A tristeza aqui apresentada aponta para a ideia de Piaget (1954/2014) sobre o sentimento, isto é, ela se manifesta em um momento posterior a “um ato falido”(p.79). Assim como indica Olivenstein (1980), a tristeza surge num momento em que Cinval consegue fazer uma avaliação dos danos causados pelo uso da droga.

Vieira et al. (2010) inferem, além da depressão e tristeza, a solidão, devido às perdas de vínculos afetivos, principalmente de familiares. As perdas também foram descritas como relacionadas a si mesmo, como uma alienação de si e futuro (os planos de vida). Além disso, com o decorrer do consumo Cinval percebeu sua mudança de comportamento, estilo de vida e comprometimento de seus relacionamentos familiares. Ocorreu, desse modo, um distanciamento de uma postura ética que possui, entre os invariantes psicológicos de realização de uma 'vida boa', a necessidade de 'expansão de si próprio' e 'representações de si' de valor positivo (La Taille, 2010).

Aos poucos o sentimento de tristeza também já não era mais relacionado aos efeitos posteriores do consumo de crack, mas sim ao consumo propriamente dito.

Apesar de querer encerrar o consumo, Cinval não conseguia cessá-lo; isso resultava em um misto de sentimentos: tristeza e impotência frente ao crack.

Além de não ter controle do consumo e por isso sentir-se impotente, muitas vezes o participante deixava de assumir seus compromissos, segundo o mesmo, principalmente os de trabalho, comprometendo a sua suas finanças e seu matrimônio; esse contexto foi denominado como sensação de desonra. Ao considerar os dados acima, o participante parece se reportar a uma ausência de honra nos dois ângulos, mas principalmente o objetivo, honra “exterior”.

Em diversos momentos ao longo da entrevista, Cinval relatou a preocupação sobre como é visto pela sociedade, ou seja, pelo olhar de outrem (La Taille, 2006). Assim, nesse tipo de honra há danos à sua reputação social, relacionados ao olhar crítico de terceiros. Desse modo, a partir do momento em que não consegue sustentar sua imagem e compromete sua renda financeira, há a preocupação com o “exterior”, que vem de fora, dos outros homens, da sociedade a que pertence. Além disso, podemos relacionar tal sentimento ao subjetivo, pois diferentemente do início do consumo de SPAs, o participante não percebia o consumo como ato de coragem, mas sim fraqueza por não sustentar o querer. Ao contrário do período de consumo de SPAs, no consumo de crack, Cinval já não sustenta mais as ideias ligadas à afirmação de si.

Tabela 17- Busca pelo primeiro tratamento de internação- Cinval

Eixo temático	Categorias
Busca pelo primeiro tratamento de internação	- Perdas;
	- Tristeza;
	- Apoio dos familiares;



	- Busca pelo juízo positivo de si;
	- Humildade;
	- Vergonha

Motivado pelo apoio de seus familiares (esposa e um primo médico), preocupado com as perdas em decorrência do consumo de crack (como acidentes de carro), e influenciado pelos sentimentos de tristeza e busca pelo juízo positivo de si. Cinval decidiu procurar tratamento: *“Até quando eu caí na realidade, eu pedi ajuda... Eu nunca tinha feito tratamento. Entendeu? Eu chamei um primo que era médico, eu sentei, eu conversei com ele... E ele me sugeriu uma internação”*.

Todo esse quadro de perdas parece estar relacionado à preocupação com o olhar de outrem, acompanhado de julgamento, principalmente de familiares. Assim como mencionado anteriormente, ele se percebia como figura de autoridade e de exemplo em diversos ambientes por onde circulava. A partir do momento em a DQ se agravava, tornava-se cada vez mais difícil manter tal imagem.

Pelo exposto, podemos perceber características egoísticas, a afirmação de sua imagem ligada ao que La Taille (2009) convencionou chamar de vaidade, “uma pessoa vaidosa costuma ser aquela que atribui valor a aparências, e não a virtudes” (p. 164). Nesse sentido, o vaidoso preocupa-se com a ‘aparência’ e cuida do ‘espetáculo’ que pretende dar de si. Nosso entrevistado, por exemplo, demonstrava preocupar-se como sua atitude seria percebida em diferentes espaços, como em seu bairro, igreja, trabalho. Desse modo, podemos relacionar a vaidade à sensação de superioridade, pois não apenas preocupava-se com os juízos alheio sobre si, mas acima de tudo buscava atrair esses olhares.

Coerentemente, na vaidade, remete-se à ideia de aparência, o olhar e admiração

alheios são essenciais: o vaidoso mostra, exhibe, ostenta. Ele quer, ele precisa chamar atenção. Passar despercebido é seu maior medo, seu maior castigo; mesmo que tenha, para que tal não aconteça, de lançar mão de estratégias duvidosas do ponto de vista moral, como fazer uso de SPAs (La Taille, 2016); “ser elogiado, admirado, adulado, seu maior desejo, sua maior recompensa” (La Taille, 2009, p. 164). Logo, na vaidade, a heteronomia é lei, pois o olhar alheio é tudo.

Ainda La Taille (2009/ 2016) associa a vaidade à ‘superficialidade, à frivolidade, à futilidade, à pequenez, à ilusão, à fraqueza’, ou seja, a uma vida pequena. Por isso, o referido autor relaciona a vaidade ao ‘vazio, vão’. A pessoa vaidosa é ‘cheia de si’, mas esse ‘si’, por sua vez, é sem conteúdo ou conteúdo inútil. E por isso revela a necessidade do olhar do outro; na vaidade o sujeito está vazio de valor e de sentido. Mas ainda sim, de todo modo, a vaidade sugere motivar ações e atitudes positivas ou úteis (La Taille, 2009).

Isso porque um dos traços da vaidade é a necessidade incontrolável de procurar influenciar o juízo alheio. Nesse sentido, para La Taille (2009) influenciar o juízo alheio pode ter diversos objetivos: na perspectiva de obter certos benefícios, procura-se fazer com que outrem nos julgue positivamente. Ou “influenciar o juízo alheio”, ou seja, obter um juízo favorável, procurando por aprovação.

Esse contexto parecia também estar marcado pela tristeza, advinda do sofrimento de seus familiares em decorrência do seu consumo. Apesar de sentir-se afetado, o reconhecimento do sofrimento do outro não fez com que cessasse o consumo.

Segundo Cinval, para procurar ajuda foi necessário revestir-se de humildade, isto é, reconhecer as suas limitações e perceber que sozinho não seria possível cessar o consumo de SPAs. Com relação à humildade, La Taille (2009) relata que nas pesquisas

realizadas com jovens, entre as virtudes, a humildade é a mais valorizada. Além disso, relaciona-a com a vaidade, e conclui ser a humildade justamente o oposto da vaidade. Então temos aí um dado bastante importante, em que é possível perceber a mudança na conduta do participante no momento em que decide cessar o consumo; o egocentrismo parece dar lugar à humildade, trata-se pois do despertar de uma conduta moral.

Tabela 18- Percepção sobre tratamento de internação- Cinval

Eixo temático	Categorias
Percepção sobre o primeiro tratamento de internação	- Avaliação negativa; - Importância do tratamento de internação;

O primeiro tratamento de internação não foi concluído. De modo geral, o participante nos relatou uma avaliação negativa; havia poucos profissionais da área da saúde, como médicos e enfermeiros e se tratava de uma clínica pública, financiada pelo governo, destinada a todas as classes sociais. Nesse sentido, Cinval demonstrou grande incômodo em dividir o espaço com pessoas de outras classes e abandonou a internação em cerca de sete dias. A necessidade de marcar diferenciação, como se fosse um vencedor, dos demais clientes de possível classe social inferior pode ser considerada indicativo da ‘cultura da vaidade’ (La Taille, 2012), marcada por distinção e associação ao status de ‘vencedor’(a ideia de melhor condição financeira), em que se torna quase necessária para gozar de visibilidade social.

O participante não identificou possíveis contribuições do tratamento para sua recuperação. Ao evadir o primeiro tratamento, Cinval relatou sentir-se desmotivado, não acreditava na possibilidade de encerrar o consumo de SPAs: “*Aquele outro tratamento*

*que eu não fiquei só me desmotivou [...] me fez achar que não teria jeito de parar de fazer uso”. Ao concordar com Piaget (1954/ 2014), no caso de eleger a afetividade como energética da ação, logo, se houver um sujeito desmotivado, podemos afirmar que a energética para sua ação fica comprometida. Além de não acreditar em si mesmo, subestimava possíveis resultados do tratamento; sustentava crítica direcionada aos profissionais da área da saúde, classe social de demais clientes, comprometimento de infraestrutura. Dessa forma, a descrença no outro indica estar intimamente ligada à retração de si: “[...]o tratamento deles era ridículo [...] eu nem considero um tratamento [...] quase não aguentei ficar lá e achei que tratamento de internação não ajudaria em nada”.*

Entre os sentimentos relacionados ao primeiro tratamento de internação, destacar destaca-se a tristeza. Nesse período, o participante descreve-se como alguém preocupado principalmente com os demais pacientes do espaço, como moradores de rua e garotas de programa. Semelhante aos achados de Dagnoni (2010), a tristeza referia-se a um tipo de sofrimento, a desmotivação e descrença de que seria capaz de encerrar o consumo de crack: “[...] o tratamento deles era ridículo [...] tinha muito morador de rua... Alguns vagabundos... Prostituta”.

Tabela 19- Busca pelo segundo tratamento de internação concluído- Cinval

Eixo temático	Categorias
Busca pelo segundo tratamento de internação (concluído)	- Decisão de internação com base no resultado do outro;
	- Busca pela felicidade.

Apesar de desmotivado, a esposa era firme e lhe dava apoio. Assim, Cinval acatou a sugestão de procurar outra clínica de tratamento e internação, localizada no Rio de Janeiro. Ao longo da busca, entrou em contato com um familiar de sua esposa, que também havia realizado tratamento para DQ.

Após receber a indicação da clínica e perceber os resultados do tratamento, decidiu internar-se, demonstrando a decisão de internação com base no resultado do outro. A partir do momento em que o entrevistado percebeu o resultado do tratamento em outrem, sentiu-se também capaz de alcançar os mesmos resultados: *[...] eu demorei muito aceitar estar ali dentro [...] mais de dois meses. E só vai ter tratamento quando você se rende ao tratamento. E eu só fui para clínica porque eu vi o resultado no meu primo.*

Segundo Cinval, o objetivo do tratamento implicava encerrar o consumo, o que significava “ficar bem” e conseguir fazer suas escolhas, ou seja, a busca de felicidade. Apesar de apresentar dificuldades de adaptação, permaneceu na comunidade terapêutica por cerca de seis meses e não abandonou o tratamento:

Tabela 20- Percepção sobre o segundo tratamento de internação- Cinval

Eixo temático	Categorias
Percepção sobre o segundo tratamento de internação	- Avaliação positiva;
	- Reorganização do cotidiano;
	- Crença na eficácia do tratamento;
	- Busca por ajuda;
	- Mudança;
	- Valorização da religião;
	- Identificação com o tratamento;

	- Expansão de si.
--	-------------------

O primeiro e o segundo tratamento foram marcados pela busca por ajuda, mas no segundo havia a crença na eficácia do tratamento. De forma geral, a clínica foi descrita de maneira positiva e contribuiu para a reorganização do cotidiano: “[...] *são muitas coisas de bom que essa clínica tem; eu achei incrível como ela me ajudou, [...] reorganiza o seu dia a dia*”.

Segundo o participante, era um espaço aberto constituído por regras, mas o paciente possuía liberdade para permanecer ou abandonar o tratamento quando desejasse: “*Não tem nada fechado, e tem as regras para você seguir [...], mas lá é tudo aberto, você tem liberdade para tudo*”. Além disso, havia na clínica atendimento psicológico, laborterapia; recebia visitas mensalmente de sua esposa e quando necessitasse podia ligar para seus familiares.

Por ser uma comunidade terapêutica católica, havia momentos de oração e discussões religiosas. Apesar de evangélico, alegrou-se com o convite do padre para que organizasse alguns dias de oração. Aos poucos também cozinhou e fazia amizades com os demais pacientes, que foi descrito como estímulo para permanecer no tratamento, pois se sentia querido e importante. Ou seja, à medida que surgiam os vínculos afetivos naquele espaço, o participante sentia que tinha espaço e o olhar de outrem. Percebemos, então, um espaço que valorizava a subjetividade. Isto é, assim como pontuado anteriormente por Eduardo, percebemos na fala de Cinval o destaque à importância do tratamento diferenciado, atrelado às necessidades de casa cliente, de maneira individualizada.

Por conta disso, conforme esses espaços e responsabilidades lhe eram oferecidos, sentia-se de fato imerso no tratamento: “*Porque eu acabei assumindo*

*diversas tarefas e eu me sentia muito bem com isso [...]. Lá, quando eu assustei, eu já estava fazendo de tudo. Eu era um líder... Eu era referência de todo mundo e isso aconteceu muito naturalmente*". O espaço conquistado naquela comunidade com essas atividades lhe conferiu uma sensação de pertencimento e acolhimento. A conquista ocorreu pela conduta e não pela vaidade (La Taille, 2012).

Segundo Cinval, o ambiente propício do segundo tratamento favoreceu a identificação com o tratamento, demonstração de afinidade com a condução do tratamento; dessa forma, há o resgate ao eixo central da conduta para motivar a ‘expansão de si’: “*Os valores deles lá na clínica estavam em paralelo com os meus...*”.

Interessante ressaltar outro dado referente à percepção do tratamento, a importância de valorizar a religião para se manter no espaço e contribuir para a abstinência. Segundo o participante, a religiosidade contribuiu para modificar a percepção de estilo de vida e crença na mudança de vida, tornou-se ao longo do tratamento uma prioridade, sinônimo de fortaleza e essência para o sucesso do tratamento, como descrito abaixo:

*[...] você precisa ter esse relacionamento espiritual, você precisa saber que você é limitado, e que existe alguém que te dá forças. Você não tiver o tripé de força de vontade, fé em Deus e apoio familiar eu acho muito difícil você vencer... E eu estou nessa caminhada.*

Tabela 21- Sentimentos durante o segundo tratamento de internação - Cinval

Eixo temático	Categorias
Sentimentos durante o segundo tratamento de internação	- Frustração;
	- Impotência;
	- Arrependimento;

	- Vontade de cessar consumo;
	- Humildade;
	- Revolta;
	- Confiança;
	- Culpa.

Durante o tratamento foram apontados sentimentos de frustração, impotência, arrependimento, revolta, vontade de cessar o consumo, humildade e confiança. Os dois primeiros meses na clínica foram relatados como os mais difíceis: período de desintoxicação, crise de abstinência, ausência de familiares e adaptação às regras da clínica. Por isso, Cinval acredita que a revolta sentida naquela época, na verdade, estava relacionada à rotina e às regras do espaço, refletindo uma resistência do sujeito em acatá-las. Hoje percebe o sentimento de revolta como impotência diante das SPAs. Ou seja, a falta de domínio do consumo.

Nossos dados apontam para a importância do usuário perceber a necessidade do tratamento e a relação de confiança entre paciente e equipe. Para Cinval, ao contrário do primeiro tratamento, a clínica era um espaço de ajuda e, para isso, precisou utilizar a humildade como recurso para enfrentar o tratamento. A clínica era formada por equipe multidisciplinar e segundo o participante, as principais contribuições para seu tratamento foram decorrentes da relação com o padre (responsável pela clínica) e a psicóloga.

A frustração, por sua vez, apareceu ligada às perdas de forma geral, em decorrência do consumo de SPAs. Assim, surgiu o arrependimento como causa da frustração, como descrito a seguir: [...] *sentimento de muita frustração... Porque você*



*fica pensando em tudo que jogou fora [...] eu senti muita impotência lá dentro [...] no início foi uma revolta, mas hoje eu percebo que era porque eu era impotente diante das drogas...*

Quando questionamos Cinval sobre a recaída, o participante relatou arrependimento por ter realizado o consumo de SPAs. O incidente acarretou na retomada do atendimento e a alta foi adiada. Isso posto, o arrependimento parece estar intimamente relacionada à tentativa de reparação da ação, dado verificado no sentimento de culpa (La Taille, 2006). A recaída não foi vista como sinônimo de fracasso do tratamento, mas sim como uma etapa do tratamento, de conotação positiva para a manutenção da abstinência. Segundo o entrevistado, após esse episódio sentiu força de vontade para cessar o consumo e finalizar o tratamento: “[...] *recaída é importante você se redimir e procurar ajuda, tem que tentar se recuperar de novo*”.

Após a recaída, Cinval permaneceu na clínica cerca de dois meses e logo teve alta. É interessante notar que o tratamento não estava restrito ao período de permanência na clínica. Pelo contrário, é citado como etapa, processo em continuidade após a alta da clínica: “*E eu estou nessa caminhada*”.

Como principal fonte de apoio e cumplicidade, o participante citou a esposa: “[...] *minha esposa tem me ajudado muito [...] se você não tem essa cumplicidade, as coisas se tornam ainda mais difíceis*”. Em contrapartida, com relação aos demais familiares, diversos relatos demonstraram o afastamento deles no período de internação. Quando o participante descreveu essa relação com os familiares foi possível identificar o sentimento de culpa, pois Cinval acreditava não ter permitido que seus familiares se aproximassem:

*Enquanto eu fiquei internado, eu só tive apoio da minha mãe e irmãs [...] eu nunca tive apoio de nenhum deles. Nunca se preocuparam, nunca sentaram para conversar comigo. E eu me culpo um pouco disso, porque eu nunca dei espaço para isso. Entendeu?*

A culpa, assim como a vergonha e o embaraço, são emoções mais sensíveis à violação de normas e estão ligadas a uma condição de dívida em relação aos outros, à perda da autoestima e à necessidade de reparar essa perda (Tangney, Stuewig, & Mashek, 2007). No caso de nosso participante em específico, o sentimento de culpa incidiu sobre suas ações e o consequente afastamento entre irmãos.

Alguns estudos constataram que, ao sentir culpa, surge uma preocupação com os efeitos de suas ações sobre os outros (Tangney, 1990; Tangney & Fischer, 1995; Tangney, Stuewig, & Mashek, 2007; Tracy, Robins & Tangney, 2007). Contudo, pode motivar uma tentativa pela reparação, com o objetivo de cessar o desconforto proveniente da situação desencadeadora da culpa (Anolli & Pascucci, 2005; Costa, 2008; Krebs, 2011; Leith & Baumeister, 1998; Lima, 2015; Orth, Robins & Soto, 2010; Tangney, 1990; Tangney & Fischer 1995; Tracy, Robins & Tangney, 2007). Então, além, da vergonha e humildade, eis aí um sentimento que pode contribuir para a mudança, relacionada a uma postura moral e ética.

Categoricamente o entrevistado mencionou três fatores responsáveis pela conclusão do tratamento: o apoio familiar, a religiosidade e a força de vontade. Cival lembra-se da clínica com muito carinho; sentiu-se emocionado durante a entrevista ao falar de situações lá vivenciadas e hoje aponta o tratamento como fundamental para mudanças em sua vida: *“Esse foi um marco muito grande na minha vida. Foi uma coisa que me fez refletir muito para mudar”*. Mesmo após concluir o tratamento, o

participante realiza constantes visitas e mantém contato com o padre responsável.

Tabela 22- Sentimentos após o tratamento de internação- Cinval

Eixo temático	Categorias
Sentimentos após o tratamento de internação	- Perda de si;
	- Busca por controle/ legitimação das regras;
	- Vazio;
	- Segurança x insegurança de si.

Concluída a internação, o participante narrou um misto de sensações. Ora sentia-se seguro de si, ora não. Cinval explica que imediatamente após o tratamento estava seguro de si, sentiu-se protegido e fortalecido, convicto de que nunca mais retornaria ao consumo: “[...] quando eu saí, eu me senti fortalecido [...] blindado, eu achei que eu nunca mais usaria drogas”. Todavia, passados os dias, tornou-se inseguro, já não sabia bem como deveria agir e promover as mudanças necessárias para sua vida. Por isso, acatou todas as orientações recebidas e hoje teme a recaída: “[...] me senti como um cego no meio do tiroteio [...] tudo que foi sugerido até então, eu não sabia se deveria fazer ou não. Eu não sabia ainda bem como proceder, eu me senti perdido”.

Vale ressaltar o extenso período de consumo de SPAs: quase trinta e sete anos, o que significa, segundo o entrevistado, que davam sentido à sua vida. Contudo, conforme cessava o consumo, parecia surgir uma nova personalidade. Cinval descreve esse período como perda de si, *perda de si ou ‘nascimento do sujeito’*? A ausência das SPAs proporcionava sensação de vazio e busca por regras. Como descrito abaixo:

*Quando você faz uso de drogas, o seu mundo é a droga. Sua mente, seu cérebro, trabalham 24h pensando em drogas. Então, quando você deixa, fica um vazio muito grande... Você parece que é um cego em tiroteio. Você se perde, você não tem direcionamento na sua vida [...] eu usei drogas por quase 40 anos, é toda uma vida, eu não tive na vida, uma realidade sóbria. Então, tudo para mim é novidade.*

Interessante notar que o participante havia vivenciado dificuldades em adaptar-se às regras do espaço enquanto realizava tratamento de internação. Todavia, posteriormente, é como se o sujeito pedisse por essas regras. Dessa maneira, parece que o entrevistado havia compreendido a importância dessas regras para o convívio com a sociedade em geral e seus familiares, revelando assim uma postura ligada à moral (La Taille, 2006). Tais dados parecem nos indicar o contrário até então relatado pelo cliente, pois revigora-se o sujeito.

A percepção do entrevistado sobre ele mesmo, seus recursos e vulnerabilidades apresentam um sentido de sofrimento e impactos causados pela DQ. A perda de si, em contrapartida, revela um grande desafio: substituir uma rotina centrada nas SPAs por novos hábitos e a busca por autoconhecimento, evitando o retorno aos comportamentos destrutivos anteriores.

Tabela 23- Sentimentos hoje com relação ao tratamento de internação- Cinval

Eixo temático	Categorias
Sentimentos hoje com relação ao tratamento de internação	- Gratidão;
	- Fortalecimento;
	- Alegria.

Após o tratamento de internação, foram citados a felicidade com seu novo estilo de vida. Segundo o entrevistado, nos dias atuais sente-se mais seguro de si e sente prazer com outras atitudes, que não a realização do consumo de SPAs. Quando questionado sobre o tratamento de internação, o participante declarou o sentimento de gratidão: “*O meu sentimento com relação à clínica é de agradecimento [...] eu sou muito grato*”. O tratamento foi relatado como algo difícil, mas compensatório por ter lhe proporcionado alegria, devido às diversas mudanças e término do consumo: “*Foi momento mais difícil da minha vida, mas foi o mais alegre*”.

Gratidão é definida por La Taille (2009) como virtude positiva, traduz uma postura universalmente admirada, socialmente valorizada e que certas pessoas consideram, para si, dever moral. Refere-se a uma forma harmoniosa e respeitosa de relacionamento interpessoal e representa um genuíno dever e, portanto, refere-se ao plano moral e ‘expansão de si’.

De modo similar Smith (1759/2002) já havia considerado a gratidão como um dos principais motivadores da benevolência, portanto, importante sentimento para manter a estabilidade de uma cidade fundada na boa vontade. Fala-se de dívida de gratidão, mas não de caridade, de generosidade ou de amizade. Para o autor, pelo fato de a gratidão resultar de comportamento moral e estimulá-lo, ela pertenceria ao âmbito da moral. Também para Freitas (2016), a gratidão é considerada uma virtude moral, sentimento de obrigatoriedade de retribuir o favor do benfeitor prévio, nesse caso, todos envolvidos em seu tratamento.

Cinval fala das dificuldades em manter-se em abstinência como um desafio diário, e aponta algumas habilidades para manejar situações de alto risco para prevenir o consumo e a recaída: “[...] eu acho que, para você se manter limpo, sóbrio você precisa

*se conhecer... Porque se não cachimbo cai de novo, e cai mesmo. Eu tenho tido muita dificuldade, a minha psicóloga tem me ajudado muito.”*

Hoje percebe reflexos negativos em virtude do consumo de SPAs até então negados: financeiro, trabalho, família e principalmente o matrimônio. Há cerca de oito meses o participante encontra-se em abstinência do consumo de crack. Após o tratamento, já visitou a clínica, pois segundo o participante, sente saudades das pessoas que conheceu lá, principalmente do padre.

Nossos resultados apontam para diversas motivações para manutenção da abstinência, entre elas a busca pela felicidade (La Taille, 2006), caracterizada pela nova percepção de vida e a preocupação em dar alegrias aos familiares, em decorrência do apoio social. Assim, nossos achados corroboram aos de Hermeto et al. (2010), o apoio e acolhimento daqueles que estão ao redor do usuário contribuem para a interrupção do uso.

Segundo o participante, tal apoio social, foi composto pelo acolhimento da comunidade terapêutica, o acompanhamento técnico e a religião; estes, demonstraram ser fonte de otimismo no processo de recuperação. Ainda nos dias atuais Cinval conta com o auxílio do pastor de sua igreja, frequenta os cultos semanalmente e se envolve em projetos voluntários: *“A igreja tem me ajudado muito, entendeu? Não só igreja, mas o meu caminhar com Deus [...] peço a ele para me dar forças... É ele quem me sustenta”*.

As vantagens apontadas referentes ao grupo de autoajuda na entrevista foram o companheirismo, otimismo, acolhimento e apoio. Entretanto, uma das principais críticas do participante é a não aceitação pelos demais membros do seu consumo de álcool, bem como a dificuldade em manter o anonimato: *Eu conheço muita gente daqui de Vitória [...] são poucas pessoas que sabem que eu sou dependente químico. Então, a grande barreira do NA se chama anonimato. Entendeu?*

Quando questionado sobre as maiores dificuldades nos dias atuais, o participante citou sentir falta dos ambientes em que circulava, o papel de financiador que exercia e a atenção recebida pelas pessoas naquele contexto: *“Eu acho que eu sinto mais falta não é nem tanto a fissura, mas eu acho que eu sinto mais falta do clima, do ambiente, das circunstâncias, do contexto que eu estava inserido [...] talvez eu sinta falta dessa bajulação”*.

Considerações sobre o caso: um dos fatores que mais chama nossa atenção quanto à história de Cinval é a busca pela afirmação de si, um discurso ligado à vaidade. Em diversos momentos da entrevista o participante demonstra uma busca pelo olhar e avaliação do outro. Podemos perceber esse comportamento em diferentes espaços, se repetindo; antes do tratamento, buscando ser figura de poder. Também durante o tratamento, principalmente quando buscava ser referência (se comparado aos demais pacientes) e vinculava laços afetivos com profissionais do espaço. Após o tratamento essa busca continua; por meio de seus discursos percebemos a importância de se destacar nos espaços de NA (principalmente quando luta com demais membros para continuar seu consumo de álcool sem abandonar o grupo). Nesse sentido, atendo-se a essa busca, o atendimento psicológico pode ser uma ferramenta para sinalizar essa repetição ao sujeito, presente antes mesmo da DQ (Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2011).

Tabela 24- Sentimentos com relação à vida hoje- Cinval

Eixo temático	Categorias
Sentimentos com relação à vida hoje	- Vergonha;
	- Honra;
	- Culpa;

	- Medo;
	- Prazer;
	- Felicidade.

No cotidiano, cita diversos sentimentos: a vergonha, por exemplo, foi descrita em uma situação na qual a irmã solicitou que comprasse bebida alcoólica para um evento: “[...] *senti vergonha de falar com a minha irmã*”. Segundo o participante, entrar em contato com essas substâncias poderia favorecer o surgimento de uma recaída. Assim, Cinval sentiu vergonha ao se rotular como dependente químico e demonstrar suas limitações.

Além disso, essa vergonha indica uma relação com o juízo alheio e o de exposição a olhares de outrem, como o da irmã. Esses dados confirmam que ser olhado desperta vergonha, ao se perceber objeto e causa de julgamento para o outro (Lima, 2015). De igual modo, outros dois estudos apresentam a associação do sentimento de vergonha à exposição (Leeming & Boyle, 2013; Schimith, 2013), e a preocupação com o juízo de terceiros sobre suas ações (Tangney & Fischer, 1995).

O olhar alheio não necessariamente vem acompanhado do juízo, mas, como visto na literatura, ocupar esse lugar de ser objeto para outrem é a principal justificativa para sentir vergonha, pois, na vergonha, o lugar do outro é o de juiz, é o olhar do outro que, inicialmente, instaura a vergonha (Araújo, 2001; Harkot-De-La-Taille, 1999; La Taille, 1996, 2002).

O sentimento de vergonha pode estar ligado a diferentes valores, amorais, imorais e morais (La Taille, 2001, 2006), ou seja, o indivíduo sentirá vergonha quando romper com padrões de valores, entre eles padrões morais (Orth, Robins & Soto, 2010; Tracy, Robins & Tangney, 2007). Uma vez que a vergonha incida sobre o eu, e este é



um conjunto de representações de si com valor positivo (Tognetta & La Taille, 2008), o sujeito vai sentir vergonha toda vez que agir contra seus valores. No caso de valores morais, Cinval sinalizou sentir vergonha quando agiu ao contrário dos valores morais que possui como centrais, ou melhor, em oposição aos seus valores, caracterizando uma perda de valor.

Em nossos achados, o sentimento de culpa parece estar ligado a duas variáveis, consumo de SPAs e família, relações estas descritas como distantes e conflituosas, como nos relatou: *“Nunca se preocuparam, nunca sentaram para conversar comigo. E eu me culpo um pouco disso, porque eu nunca dei espaço para isso. Entendeu?”*. Nesse sentido, Santos (2008) relembra a associação com outros sentimentos, como o remorso, tensão e arrependimento, sendo o último já descrito por Cinval. Estes sentimentos estão relacionados ao fato de a pessoa estar preocupada com o modo como o seu comportamento afetou o outro. Para o referido autor, a pessoa é, então, motivada a reparar de algum modo esse comportamento, o que pode se manifestar de diversas formas como tentativas de compensação e reparação dos danos causados, e ainda tentativas de alterar o comportamento futuro (Santos, 2008).

Ao adotarmos o posicionamento da culpa ligada também ao consumo de SPAs, seria prudente lembrar: a culpa é uma emoção em que a pessoa é geralmente orientada para o outro e pensa em formas de alterar o comportamento futuro (Tangney, Stuewig, & Mashek, 2007). No que se refere ao bem-estar do indivíduo, nas suas relações próximas e com a sociedade em geral, o sentimento de culpa representa a emoção moral eleita em resposta a fracassos ou transgressões (consideramos aqui como transgressão realizar o consumo de SPAs). A investigação sugere que a culpa é a emoção mais moral ou adaptativa, pois visa reparação de seus atos, ou seja, mudança de comportamento (Tangney, Stuewig, & Mashek, 2007).

Atualmente, o participante ainda admite impotência frente às SPAs e, por isso, evita o tabaco e ambientes que possam desencadear o contato com elas. “[...]Mas, se eu acender um cigarro, eu uso. Exatamente pelo ritual, de usar o cachimbo [...] eu creio que seja um sentimento de impotência [...] Eu convivo com uma insegurança.

A impotência, além de representar uma das características do sentimento de culpa e vergonha (sente-se impotente a vítima que está sendo inferiorizada e não encontra reparação para tal situação) (Alencar & La Taille, 2008), também parece estar relacionada ao sentimento de medo. As possibilidades de recair remetem ao medo de retomar o consumo e perder o controle, como declara: “[...] eu tenho medo enorme de ter uma recaída... E o medo de ir e não voltar mais, entendeu?”.

Piaget (1932/1994) afirma que ‘o elemento quase material de medo’, que intervém no respeito unilateral, desaparece de modo progressivo para instaurar esse medo todo moral, que é o de decair perante os olhos da pessoa respeitada. Desse modo, “a necessidade de ser respeitado equilibra, por conseguinte, a de respeitar” (p. 284). Isto é, manter-se abstinente pode indicar uma ação/comportamento direcionado a obter o respeito do outro e, por isso, para ser respeitado é necessário respeitar (o outro e as regras). Nesse sentido, o medo parece contribuir para a manutenção da abstinência.

A honra foi citada como um dos sentimentos atuais, com conotação de vitória e conquista. Em conformidade com Anolli e Pascucci (2005), a honra reflete a própria imagem do sujeito sobre si e desempenha um importante papel na construção da identidade. Enquanto, quando dizemos que há honra, percebemos que o participante que até então se percebia como de valor negativo, em decorrência de suas conquistas passou a apresentar valor positivo. Além disso, é possível afirmar que o participante vem se aproximando de um querer fazer moral, indicando ser sensível à violação de normas e padrões, ligada a uma condição de dívida em relação aos outros (Anolli & Pascucci,

2005): *“É um prazer que faz com que eu bote a minha cabeça no travesseiro e me sinta realizado, me sinta honrado, entendeu? Esse sentimento maravilhoso é o sentimento de batalha árdua e difícil, mas possível”*.

Por fim, com a mudança quanto ao valor de si, Cinval percebe-se como pessoa feliz, responsável pela busca de sua felicidade (La Taille, 2006). Diferentemente do período em que realizava o consumo abusivo de crack, hoje relata controle de suas escolhas, em outras palavras, indica mais uma vez apossar-se da posição de sujeito (e não mais de objeto) e responsabilizar-se por suas ações. Mais do que o surgimento de um sujeito, percebemos a descrição de um sujeito ético, ligado a regras e valores morais. Bem como apontado por Weber (2004), são essas emoções/ sentimentos morais que habilitam o sujeito a julgar o que a sociedade considera moral e se constituem o cerne das motivações e regulações de comportamentos sociais.

Um dos fatores que mais chama nossa atenção quanto à história de Cinval é a busca pela afirmação de si, um discurso ligado à vaidade. Em diversos momentos da entrevista, o participante demonstra uma busca pelo olhar e avaliação do outro. Podemos perceber esse comportamento em diferentes espaços, se repetindo; antes da internação, buscando ser figura de poder. Também durante o tratamento, principalmente quando buscava ser referência (se comparado aos demais pacientes) e vinculava laços afetivos com profissionais do espaço. Após o tratamento, essa busca continua; através de seu discurso percebemos a importância de se destacar nos espaços de NA (principalmente quando luta com demais membros para continuar seu consumo de álcool sem abandonar o grupo).

Nesse sentido, atendo-se a essa busca, o atendimento psicológico pode ser uma ferramenta para sinalizar essa repetição ao sujeito, presente antes mesmo da DQ. O tempo de consumo foi outro fator que chamou nossa atenção, cerca de quarenta anos.

Desse modo, estar “sóbrio” é algo novo no percurso do participante. Contudo, no momento da entrevista, apesar de frequentar o grupo NA e ir contra as ideias dos membros em geral, Cinval ainda realizava consumo de álcool. Por fim, cabe destacarmos a dificuldade em sustentar vínculos afetivos, o entrevistado possui pouco contato com irmãos e de maneira geral, reportou-se apenas a esposa e mãe como pessoas com as quais possuía maior vínculo afetivo.

### 8.3 A história de Luiz

Luiz possui quarenta anos, concluiu o ensino médio, é divorciado e reside com sua mãe na Grande Vitória. Pai de duas meninas; separou-se da esposa há cerca de cinco anos e atualmente trabalha como vendedor de seguro de carros. Após o tratamento procurou apoio psicológico e esporadicamente frequenta igreja evangélica. Luiz totalizou cerca de trinta anos de consumo de SPAs, iniciou o consumo por volta dos dez anos de idade, e até o momento da entrevista encontrava-se em abstinência há um ano.

As entrevistas foram realizadas em mesas e bancos de praças, localizadas no condomínio de sua residência. O entrevistado demonstrou que participar da pesquisa representava algo importante para ele; em diversos momentos enfatizou a importância de divulgar dados coletados e relatou que participar da pesquisa representava ajudar outras pessoas que estivessem ou pudessem passar pela situação de DQ.

Emocionou-se diversas vezes ao longo da entrevista, parecia conhecer todos os moradores do condomínio, pois residia naquele espaço há cerca de vinte anos. Frequentemente, Luiz fugia ao ser questionado, sendo necessário retomar às perguntas diversas vezes. Ademais, revelava dificuldades em descrever o período em que realizava consumo abusivo de crack.

Para conhecê-lo, descreveremos nas próximas linhas a história de Luiz, os tratamentos vivenciados e suas percepções sobre os dias atuais. Os dados serão apresentados com base em eixos temáticos e categorias.

Tabela 25- Motivações para o início do consumo de SPAs- Luiz

Eixo temático	Categorias
Motivações para o início do consumo de SPAs	- Conflitos familiares;
	- Separação dos pais;
	- Solidão/ inserção social;
	- Busca pelo olhar de outrem;
	- Sentimento de rejeição.

Ao longo da primeira entrevista, o participante falou do início do consumo de SPAs, motivado pela separação dos pais, e ainda hoje sinaliza ter dificuldades em enfrentar o rompimento de vínculos afetivos com a figura paterna. Segundo Luiz, hoje compreende como motivação o sentimento de rejeição e a busca pelo olhar do pai, denominado por La Taille (2006, 2009, 2010) de olhar de outrem. Nesse sentido, o participante relatou: *[...] eu tinha muito apego ao meu pai, e esse relacionamento foi cortado [...] ele casou com a mulher dele e acabou sumindo de mim [...] eu fiz muita coisa na vida de errado para chamar atenção, principalmente do meu pai.*

A relação entre início do consumo de SPAs e ausência paterna também foi discutida em outros estudos (Costa, 2010). A relação com o pai ficou caracterizada como de grande investimento afetivo e denominada como de “amor e ódio”: *“Eu e meu pai temos uma relação de amor e ódio, muito foda, cara. Eu amo meu pai...”*. O pai o apelidou como “Herdeiro” e investiu potencialmente em sua educação; planejava com

isso que o filho assumisse seu lugar como dono de uma agência de publicidade. Entretanto, a timidez do participante foi descrita como principal fator de conflito na relação entre pai e filho, ameaçando as expectativas do pai em relação ao seu futuro. A relação com o pai parece relacionar-se ao medo de perder o amor da figura paterna, sentimentos de amor e medo discutidos por La Taille (2006). Além da preocupação com a aprovação do mesmo, a importância do olhar do outro demonstra motivação para o consumo de SPAs. O abalo na relação refletiu-se na intensificação do consumo de SPAs e abandono de projetos de trabalho e estudo.

Em decorrência da separação dos pais, a mãe passava os dias no trabalho e o contato com o pai tornou-se pouco frequente, marcado por discussões e conflitos. O participante passava grande parte do tempo na rua, brincando com amigos, sem qualquer tipo de monitoramento. Nesse contexto conta ter conhecido outros usuários. Percebe tais relações como busca pela inserção social e as drogas eram uma alternativa: “[...] desde nove anos eu já tinha uma independência dessas de andar sozinho, pegar ônibus... essas coisas assim. E isso facilita às vezes você estar na rua na hora errada e com a pessoa errada...”. Além do medo da perda do amor, também é possível notar em sua fala o abandono, o desamparo e a solidão, que também podem atuar como motivadores para o uso da droga (Hermeto, Sampaio & Carneiro, 2010).

Tabela 26- Substâncias psicoativas utilizadas- Luiz

Eixo temático	Categorias
Substâncias psicoativas utilizadas	- Substâncias lícitas;
	- Substâncias ilícitas.

A trajetória de consumo iniciou-se aos nove/ dez anos de idade com inalantes e maconha, juntamente com vizinhos e amigos da mesma idade do bairro, como descrito

no seguinte trecho: “[...] aí juntava oito ou nove meninos de 9 a 10 anos e tinha um rapaz que vendia loló... aí a gente ia no trezinho cheirado de loló”. Os inalantes ficaram restritos à fase infanto-juvenil, já a maconha e a cocaína tornaram-se frequentes, até iniciar o uso de crack.

Depois, aos treze anos de idade, Luiz passou para o álcool e a cocaína. O uso dessas substâncias ocorreu ao longo de vinte e seis anos, cerca de quatro dias por semana. O participante explica que seus familiares possuíam ciência do consumo de cocaína. Apesar de gerar conflitos, principalmente com sua mãe, utilizava inclusive na própria residência.

De usuário, migrou para a entrada no tráfico de drogas na busca por retorno financeiro (custear seu consumo) e inserção social. O participante explicou que os custos do consumo eram elevados e, além disso, os efeitos das substâncias (álcool e cocaína) configuravam-se como um recurso para lidar com a timidez, como descrito na seguinte fala: “[...] eu sempre fui tímido e o álcool me ajudava porque me deixava “para frente” [...] aí eu comecei a usar cocaína, além da timidez, eu queria me inserir ali no meio da galera, não tem?”.

Tabela 27- Aspectos influenciadores para início do consumo de crack- Luiz

Eixo temático	Categorias
Aspectos influenciadores para início do consumo de crack	- Escolha;
	- Influência de contexto social (amigos);
	- Justificativa pelo diagnóstico de TDAH;
	- Ausência de informações;
	- Fuga de problemas.

Durante a entrevista, o participante lembrou a época em que o crack surgiu na Grande Vitória, há cerca de vinte anos atrás. Assim como Luiz, diversos usuários de cocaína aderiram ao crack: “[...] os caras que usavam cocaína começaram a migrar pro crack [...] o crack foi tipo um tira gosto que apareceu ali... uma droga nova”.

Por se tratar de uma substância recente, os usuários possuíam poucas informações sobre o consumo de crack. Luiz acreditava que essas informações poderiam prevenir a DQ, uma vez que ser consciente das consequências da heroína, por exemplo, fazia com que não consumissem.

A motivação para o consumo de crack é apontada pelo participante ora como influências do contexto social ora como uma escolha: usar ou não usar SPAs? Em um primeiro momento, Luiz falava de influências de demais usuários de cocaína para o consumo de crack. Contudo, após pensar sobre sua fala, assumia a responsabilidade por suas ações, pois atribuía a ideia de consumo a uma questão de escolhas: utilizar ou não a substância. Como podemos perceber na seguinte fala: “*Eu vou te falar uma coisa, “ah, amizade, amizade”... amizade, porra nenhuma. Eu tenho amigos que nunca fumaram... é uma questão de escolha, ou você vai pra lá ou você vem pra cá*”. Para Luiz, utilizar crack era percebido como algo confortável, pois não tinha a intenção de realizar mudanças em seu ciclo social.

De modo geral, os problemas pessoais representavam um fator de influência para o consumo de crack. Semelhante aos demais participantes, o consumo representava uma fuga de problemas: “[...] era o jeito mais fácil de resolver, de mascarar o problema [...] o problema vai sendo amenizado pela droga, mas o foda é que quando ele passa, vem pesado”.



Além disso, outro aspecto motivacional para o consumo de crack foi a ansiedade e a impulsividade advindos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), diagnosticado enquanto estava no último tratamento de internação.

Os dados descritos no presente estudo apresentam um achado equivalente a uma pesquisa realizada por Castro, Pedrosa & Araujo (2010) na cidade de Porto Alegre. De modo similar percebeu predominância relevante, com 13% dos entrevistados associando dependência ao TDAH. Há também nos estudos de Biederman et al. (1995) número superior, entre 15%- 25%. Desse modo, acredita-se que, quando o consumo de SPAs é realizado por sujeitos com TDAH, provavelmente mais cedo e por mais tempo ocorrerá o consumo, agravando ambos os transtornos.

Tabela 28- Motivação para intensificar o uso de crack- Luiz

Eixo temático	Categorias
- Motivação para intensificar o uso de crack	- Conflitos familiares;
	- Ausência de proteção;
	- Supremacia do crack- impotência.

De forma parecida à de Cinval e Eduardo, os primeiros nove anos de consumo de crack não foram percebidos por Luiz como algo prejudicial; estudava e ocupava um cargo público no interior do Estado.

Entretanto, os conflitos familiares: o nascimento da filha com necessidades especiais e o fim de seu casamento foram citados como motivação para intensificar o uso de crack:

*[...] a minha filha nasceu especial..., eu falo assim, mas aqui dentro tá passando um monte de coisas [...] ela nasceu com hidrocefalia... foi aí que começou a*

*aumentar a minha frequência no uso de crack [...] chega um ponto que ou você para ou você já era... e, infelizmente, a minha opção foi me entregar.*

O entrevistado parecia confuso ao apontar os fatores que o fizeram iniciar e intensificar a utilização de crack. Apesar de ao longo do consumo se questionar diversas vezes, não conseguia parar: “[...] às vezes eu estava com o cachimbo na mão e me perguntava por que eu estava usando aquilo... eu não sei te responder porque eu comecei a fumar, porque eu fumava... acho que eu nem sei ainda”. Esta reflexão e a continuidade do consumo indicam relação com a sensação de impotência frente ao crack: “É uma parada muito estranha... porque a cocaína, quando eu bebia eu usava... mas o crack não tem nada que te leva a usá-lo, ele vem sozinho”.

Tabela 29- Aspectos afetivos em relação ao crack e motivação para procura de tratamento de internação- Luiz

Eixo temático	Categorias
Aspectos afetivos em relação ao crack e motivação para procura de tratamento de internação	- Tristeza;
	- Frustração;
	- Pensamentos suicidas;
	- Prazer;
	- Elevação da autoestima;
	- Medo;
	- Busca por tratamento realizado por outros familiares;
	- Perda de controle; - Sofrimento.

No caso específico de Luiz, constatamos que os aspectos ligados ao crack, também possuíam relação com a procura do tratamento de internação. O participante relatou a relação com o crack de maneira cronológica. Com exceção do prazer e da elevação da autoestima, todos os sentimentos foram apontados como motivadores para buscar tratamento de internação. Segundo o participante, inicialmente o uso caracterizava-se como algo prazeroso, acarretando na elevação de sua autoestima, pois o consumo de crack o afastava de seus problemas e o direcionava para a droga. Entretanto, com o decorrer do tempo de consumo, a droga não produzia mais o mesmo prazer em seu organismo, tornava-se mais tolerante e, assim, progressivamente elevava o consumo a fim de obter os prazeres iniciais.

Corroborando com os achados de Carvalho et al. (2015), as sensações de prazer até então relatadas foram aos poucos substituídas por quadro paranoide, com sensação de perseguição, dando origem ao sentimento de medo:

*No começo ele dá uma onda quase perfeita... eu lembro a primeira vez que eu usei a pedra; eu fiquei todo adormecido, bobo [...] com o tempo você não consegue mais chegar naquela onda e vai buscando ela... mas não consegue. Aí de um tempo para cá me dava paranoia... eu ficava dentro de casa e parecia que tinha alguém na janela [...] eu fiquei paranoico com tudo, tudo eu tinha medo.*

Atualmente, ao pensar sobre o referido período de consumo, o participante acredita que era uma pessoa triste e que, cessados os efeitos da droga, surgia a sensação de depressão intensificada por conta do crack, como revela na seguinte fala: “[...] eu era um cara totalmente triste, desorientado... entendeu? O probleminha que você tinha, vira um problema enorme. Porque vem junto com a depressão”.

Apesar de desejar parar o consumo, não obteve sucesso nas tentativas, sentindo-se frustrado. Além de não conseguir cessar o consumo, aos poucos perdia a confiança de seus familiares devido aos furtos de eletrodomésticos e celulares. E quando realizava o consumo de crack, sentia-se frustrado por temer o que poderia acontecer, como se perdesse o controle de sua vida, como descrito no seguinte trecho: *“A maior frustração pra um dependente químico é usar, manusear a droga e não saber o que vai acontecer”*. Este cenário de insatisfação com a vida em geral e a dificuldade em parar o consumo resultaram em pensamentos suicidas, ou seja, não havia mais desejo de vida e nem pela droga, mas também não conseguia deixar de consumir.

Mesmo nesse período, em que o sujeito esteve intensamente ligado ao crack, demonstrava relevantes preocupações com seus familiares, como a mãe e sua filha. Luiz temia que a mãe falecesse, possivelmente em virtude de pensamentos paranoides. Além disso, preocupava-se com a filha, em como poderia sentir-se com a ausência do pai, assim como também vivenciou. Dessa maneira, sofria ao imaginar o sofrimento desses familiares: *“[...] eu sofria porque eu via a minha mãe sofrer... a minha filha sem entender o que estava acontecendo”*.

Luiz retornou à Grande Vitória e, com isso, abandonou a faculdade e o emprego: *“Eu sempre arrumava um motivo, uma explicação para fazer as merdas que eu fazia... mas era por causa da droga, entendeu?”*. Bem como apontado na fala de outros participantes, o entrevistado demonstrava responsabilizar o crack por suas perdas, como se o sujeito estivesse ausente e a substância assumisse o controle de sua vida. Com relação a essas perdas, parece que há uma falta de controle no consumo, uma compulsão pela droga. A respeito dessas perdas o entrevistado declarou: *“[...] chega uma hora que o dependente químico não tem mais controle, e é nessa situação... de sempre querer mais...”*.

Luiz realizou diversos tratamentos de internação: cinco tratamentos em comunidades terapêuticas, e o último em clínica psiquiátrica. A permanência nos tratamentos foi um dado que se destacou, variavam de 10 dias a 5 meses. Ou seja, alguns tratamentos eram interrompidos rapidamente, em contrapartida, outros foram encerrados próximos da data de conclusão, mas todos foram abandonados pelo participante (exceto o último).

A primeira iniciativa foi feita por seus familiares; preocupada com o aumento no consumo, a irmã sugeriu uma internação em outro Estado. A perda de controle e o desejo de seus familiares para realizar a internação fizeram com que Luiz acatasse o tratamento ofertado: *“Quando eu comecei, eu tinha um certo controle [...] mas depois chega um ponto que ou você para, ou você já era”*.

Tabela 30- Primeiro tratamento de internação- Luiz

Eixo temático	Categorias
Primeiro tratamento de internação	- Raiva;
	- Medo;
	- Humilhação.

O participante permaneceu na primeira internação por apenas dez dias. Segundo relatou, a estrutura da clínica era precária e houve desavenças com o pastor. Havia na clínica um número significativo de ex-presidiários, porte de armas e comunicação com tráfico de drogas. Para Luiz, durante esse tratamento, com frequência sentia medo dos outros integrantes, e raiva e humilhação frente às situações de poder da comunidade terapêutica, principalmente por parte do pastor, pelas imposições religiosas: *“[...] então,*

*eu sentia medo [dos ex-presidiários] e raiva, por ter que passar aquela humilhação toda que eu passava lá dentro, eu dei linha também”.*

Hoje compreende que, apesar das circunstâncias, o tratamento não surtiu os resultados esperados devido a sua falta de preparo, e aponta ainda a imaturidade como principal fator para o abandono do tratamento: “[...] *E eu era molecão, eu não aguentava. Eu não aguentei, aí eu peguei e vim embora”.*

Tabela 31- Segundo tratamento de internação- Luiz

Eixo temático	Categorias
Segundo tratamento de internação	- Amor;
	- Paz;
	- Conflitos com demais internos;
	- Perda de controle;
	- Consciência da necessidade de cessar o consumo.

De modo geral, a busca pelos demais tratamentos foi motivada pela perda de controle e pela tomada de consciência da necessidade de cessar o consumo e suas consequências: “[...] *aí acende aquela luzinha, mas às vezes o cara nem se toca, eu me toquei”.*

A segunda internação realizou-se poucos meses depois. Luiz decidiu ir ao nordeste a passeio, e lá, segundo o participante, gastou em torno de 150 mil reais em dois meses com SPAs, prostitutas, hotéis e motéis. Sem recursos financeiros, ficou em situação de rua. O tratamento foi oferecido por um pastor que abordava usuários e os convidava para realizar tratamento: “*Quando eu cheguei lá, eu fiquei uma semana na rua, sem dinheiro e sem nada. Foi aí que um pastor me ajudou”.*

Realizou o segundo tratamento de internação sem desejo, podemos considerar a aceitação desse tratamento como estratégia para não ficar nas ruas. Permaneceu no segundo tratamento de internação por cinco meses. Restando apenas dez dias para a conclusão do mesmo, relatou abandono do tratamento por conta de conflitos com demais internos, justificando a conduta na impulsividade, um dos sintomas TDAH. Ou seja, mais uma vez o sujeito tenta esquivar-se na responsabilidade: “[...] eu brigava muito lá dentro, a minha impulsividade me fazia não pensar, eu não raciocinava, eu fazia”. De maneira geral, nossos resultados apontam para um tratamento positivo na perspectiva do entrevistado. Quando questionado sobre os sentimentos vivenciados no tratamento, cita amor e paz: “De paz, amor, eles passavam muito isso para gente [...] lá foi diferente de todas as casas de internação, porque lá eles faziam por amor, lá você sentia o amor do ser humano pelo outro ser humano”. Essa referência ao amor é similar à descrição de Comte-Sponville (1999), sobre *philia* é “o amor que fazemos ou damos, é ação” (p. 265), assim, pelo menos em tese, parece que os profissionais possuíam a vontade de fazer o bem aos pacientes. Tal relação de reciprocidade, caracterizada no trato com os profissionais de saúde, também pode promover a autonomia do sujeito.

Tabela 32- Terceiro tratamento de internação- Luiz

Eixo temático	Categorias
Terceiro tratamento de internação	- Raiva;
	- Revolta.

O terceiro tratamento foi realizado em uma clínica na Grande Vitória, também em uma comunidade terapêutica confessional. Luiz, no entanto, discordou das determinações religiosas e da dinâmica do tratamento: não havia espaço para questionamentos e ausência de atividades voltada para o tratamento da DQ. Conta que

permaneceu por cinco meses e viajava bastante pelo Estado vendendo biscoitos. O valor arrecadado era dividido entre a instituição e o participante.

Mesmo próximo de SPAs e com recursos financeiros enquanto trabalhava com a venda de biscoitos, Luiz não teve recaídas ao longo do tratamento. Contudo, com o passar do tempo, sentia-se revoltado e com raiva das desigualdades dentro da clínica. O participante percebeu que o valor arrecadado não era investido no tratamento, mas utilizado pelo pastor com finalidade particular como, por exemplo, usar o dinheiro para comprar carro zero para o filho, notebook, tablet etc. :

Apesar de não se identificar com a ideologia evangélica, Luiz e seus familiares não possuíam recursos financeiros suficientes para custear o tratamento em instituições psiquiátricas particulares. Por conta disso, recorria a essas instituições, mas , retomava o consumo de crack durante o período entre as internações.

Tabela 33 - Quarto tratamento de internação - Luiz

Eixo temático	Categorias
Quarto tratamento de internação	- Confrontamento;
	- Ausência de tratamento;
	- Raiva;
	- Tristeza;
	- Desmotivação.

O quarto tratamento foi no interior do Estado, uma proposta nova de tratamento da igreja de sua mãe e irmã. Segundo Luiz, ajudava na cozinha, acreditava em sua



mudança e tentava não fazer críticas à instituição. Contudo, aos poucos se sentiu desmotivado e permaneceu no tratamento apenas por 15 dias.

Dono de um complexo histórico de internações em diversas casas terapêuticas, os coordenadores da casa tentavam confrontá-lo, possivelmente essa era a base do tratamento. Os conflitos com o pastor eram frequentes e por isso foi convidado a se retirar do espaço.

Quando questionamos sobre os sentimentos quanto à comunidade terapêutica o participante relatou sentir com raiva, tristeza e desmotivação. Ao final do tratamento descreditava de sua capacidade de cessar o consumo e na metodologia adotada pela casa, como revela a seguinte passagem:

*Só sentimento ruim, raiva, tristeza, por ser um cara que eles tiravam como mau exemplo [...] eles jogavam isso na minha cara (a passagem por diversas comunidades terapêuticas) [...] e eu ficava triste porque eu dava tudo de mim lá dentro [...] eu me entreguei pela causa só que foi passando e eu vi que era tudo igual.*

Luiz contou que, para conseguir verba do governo, o pastor o obrigava a relatar dados falsos quando a clínica era fiscalizada: Além disso, o tratamento destinado à dependência química era ausente, os tratamentos psiquiátricos e psicológicos não aconteciam de fato, mas sim, diariamente realizavam discussões religiosas embasadas na bíblia e faziam a laborterapia.

Para Luiz, havia uma semelhança entre todas as comunidades terapêuticas (exceto o segundo tratamento): o interesse financeiro implícito no tratamento religioso. De acordo com Damas (2013), enquanto existem instituições com bom padrão de serviços e organização, noutras predominam aspectos negativos como, por exemplo, o

fundamentalismo religioso, a exploração de trabalho sob a égide do conceito da “laborterapia”, a gestão por grupos focados no lucro ou por indivíduos com mentes pouco sadias. Nossa revisão de literatura apontou poucos estudos que comprovam a eficácia e dinâmica de comunidades terapêuticas em território nacional, mas neste estudo, esse cenário não parece ser uma situação isolada.

Tabela 34 - Quinto tratamento de internação- Luiz

Eixo temático	Categorias
Quinto tratamento de internação	- Ausência de profissionais;
	- Revolta;
	- Tristeza.

Apesar de desacreditar na eficácia dos tratamentos de internação, decidiu fazer mais uma tentativa de tratamento. A quinta comunidade terapêutica também se localiza na região da Grande Vitória. Para Luiz, a estrutura da instituição de tratamento lembrava um spa, constitui-se por casas ocupadas por um pequeno grupo de pacientes. Cada uma possuía fogão e geladeira; as compras realizadas pelos familiares eram estocadas em armários e cada paciente preparava sua refeição.

Os dados coletados indicam que era fácil consumir álcool e outras SPAs dentro de clínica: *“Era tipo um spa, você comia, bebia a hora que quisesse e o resto do dia tinha uma piscina[...] os caras se drogavam lá dentro [...] quando eu estava internado, eu nunca usei droga em casa de recuperação”*. Não havia, também, tratamento para DQ na instituição: religioso, psiquiátrico ou psicológico, como exemplificado no seguinte trecho: *“[...] para quem não queria porra nenhuma era ótimo, lá não tinha nem estrutura religiosa, nem psicológica”*.

Ao longo da revisão de literatura, não conseguimos identificar trabalhos que discutissem o acesso de dependentes químicos a SPAs durante os tratamentos de internação. A pesquisa de Filho et al. (2003) sinaliza o consumo de SPAs como um dos fatores responsáveis pelo afastamento de pacientes durante tratamento. Desse modo, o acesso a essas substâncias pode ser mais frequente do que se imagina.

Além de vagas particulares, algumas eram destinadas a pessoas de baixa renda, encaminhadas pela prefeitura. Contudo, enquanto alguns internos possuíam recursos financeiros, outros não desfrutavam da mesma realidade. Vendo-se incomodado, Luiz passou a intervir e oferecer alimentação aos demais internos.

Ver duas realidades tão distintas em um espaço religioso gerou no participante sentimentos de revolta e tristeza: *“Tristeza por não ter aquilo que eu precisava [...] eu estava precisando de um tratamento e lá não tinha. Revolta, por aquilo que eu via (desigualdade de tratamento)”*. A atitude despertou a atenção do pastor e, após diversos conflitos, novamente Luiz foi convidado a se retirar do espaço.

Uma das críticas de Luiz quanto aos tratamentos de maneira geral é o foco na religiosidade e o distanciamento do objetivo principal do tratamento, tratar a DQ. De forma geral, cita também a ausência de profissionais na área da saúde: *[...] assistência mental não tinha nenhuma... eu chamava a psicóloga de pano e o psiquiatra de foice, porque profissional mesmo não tinha nenhum.*

Desmotivado com os resultados obtidos pelos tratamentos até então realizados, Luiz decidiu procurar por espaços de atendimento dia, o Centro de Assistência Psicossocial Álcool e Outras Drogas (Caps-ad) próximo de sua residência. O resultado foi resumido à prescrição de diversos medicamentos. Critica o espaço por possuir elevada demanda de usuários ainda em uso, e explica que a proximidade com sujeitos em uso não representava uma motivação para se manter em abstinência.

Importante destacar que, diferente dos demais entrevistados, Luiz procurou por ajuda em diferentes tratamentos de internação e atendimento dia, como o Caps-ad. Todos os tratamentos possuem um dado em comum: o desejo do participante em realizar o tratamento e procurar ajuda. Apesar da inconstância com relação à eficácia e permanência, o participante ainda não havia desistido do tratamento.

Tabela 35- Tratamento de internação concluído- Luiz

Eixo temático	Categorias
Tratamento de internação concluído	- Auto conhecimento;
	- Força de vontade;
	- Informações;
	- Raiva;
	- Sensação de acolhimento;
	- Alegria.

Por fim, após passar por diversas clínicas, sua mãe conseguiu do Estado por meio de trâmites jurídicos uma internação. Diferente dos demais tratamentos, este se caracterizou por uma internação compulsória, determinada a partir de uma decisão judicial. Sua permanência foi cerca de cinco meses até ter alta e ser encaminhado para atendimento psicológico e grupos de autoajuda. Expôs que para se manter abstinente é necessário força de vontade, desejar e querer encerrar o consumo

Dentre os diferenciais da clínica, mencionou o tratamento direcionado à saúde mental, apoio dos profissionais, informações referentes à DQ e situações que favorecem a recaída. Além disso, foi tratado e diagnosticado com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), visto como uma das possíveis causas para sua

ansiedade e impulsividade elevada: “[...] lá eu tive todo aparato médico e psicológico... coisa que eu nunca tive... o tratamento continua aqui fora, não é? ... eu tomo remédio e tudo mais... eu acho que eu me descobri lá”. O diagnóstico foi responsável pela desmistificação de diversas crenças e contribuiu para que o participante se percebesse de maneira diferente, representação de si como valor positivo, despertando o sentimento de alegria. Assim, diferente dos tratamentos anteriores, o objetivo do tratamento não se restringia á abstinência. Além de informações, o participante expandiu seu autoconhecimento e descobriu fatores que motivaram o início e a manutenção do consumo de SPAs.

Apesar de todos os aspectos positivos acima mencionados, o participante ressaltou que o processo de tratamento de maneira geral não foi algo simples, também apontou a raiva com relação às regras do espaço e demais pacientes. Ao concluir o tratamento, todos os profissionais e pacientes realizaram uma festa de despedida, fazendo com que se emocionasse bastante e se sentisse acolhido.

Tabela 36- Sentimentos e aspectos afetivos nos dias atuais- Luiz

Eixo temático	Categorias
Sentimentos e aspectos afetivos nos dias atuais	- Anulação de sentimentos;
	- Busca pela felicidade;
	- Sensação de perda;
	- Vergonha;
	- Mudança pessoal;
	- Gratidão;
	- Raiva;
	- Anulação de sentimentos;
	- Inimigo;

	- Passado que retorna.
--	------------------------

Quando questionado sobre seus sentimentos assim que saiu do tratamento de internação, Luiz citou unicamente o sentimento de felicidade. Nos dias em que ocorreram as entrevistas, Luiz citou gratidão e mudança pessoal. Com relação ao último sentimento, ressaltou: “[...] *mudei da água para o vinho, eu sempre fui um cara tímido [...]*”. Desse modo, após o tratamento, ao menos em tese, parece que o sujeito desenvolveu novas estratégias para lidar com a timidez, que não a droga (relatada no início da entrevista como estratégia para lidar com a timidez e fator motivacional para a inserção social). Sente-se mais seguro de si e motivado a dar continuidade ao tratamento após a internação.

Ao retomarmos o período de consumo nocivo e questionar o entrevistado sobre quais seus sentimentos nos dias atuais em relação ao consumo, surgiram falas ligadas a uma nova rotina, à busca pela felicidade. O participante declarou sentir-se envergonhado ao recordar de sua conduta naquele período e descreveu o consumo ainda como responsável por suas diversas perdas: “[...] *e chegou um momento que eu perdi tudo, perdi sonhos, pessoas que eu amo... a minha dignidade... Tudo. Tudo que eu tinha na minha vida eu perdi, a droga fez eu perder [...] eu perdi a minha dignidade, eu perdi tudo, tudo!*”

Com relação ao crack, nos dias atuais Luiz explica que tenta não ter sentimentos com relação ao crack, busca ser indiferente; mas parece não conseguir. Para o entrevistado, a droga é um inimigo a sua espera, aguardando sua recaída. Então, para manter-se abstinente, busca realizar o exercício de trazer o passado para o presente, lembrar-se de suas perdas e do sofrimento decorrentes do consumo; a própria entrevista é considerada como um exercício com essa finalidade. Apesar da tentativa de não

cultivar sentimentos relacionados ao crack, cita a raiva. O entrevistado parece utilizar desse sentimento a seu favor, como um sinal de agressividade e resistência à droga. De modo geral, parece sentir-se mais seguro e ressignificar sua relação com o crack: “[...] *O crack é foda, eu tinha muita raiva, eu tenho muita raiva dele, mas só que antes eu não tinha uma estrutura para viver longe dele, igual eu tenho hoje*”.

Considera-se dependente químico e caracteriza o consumo como compulsivo: “[...] *quando o cara é dependente químico, ele é compulsivo*”. Novamente fala da mudança de hábitos, explica que para o sucesso da abstinência é importante afastar-se de pessoas que consomem SPAs, e apontou essa mudança como o principal desafio: “[...] *o mais difícil na DQ é mudar os hábitos [...] não adianta eu parar de usar drogas, ir me internar e do nada aqui do meu lado tem um monte de caras com um baseado*”.

Citou dois fatores fundamentais para a manutenção da abstinência: adoção de estratégias e apoio de amigos e familiares. Explicou que quando surgem os momentos de desejo pela SPAs, tenta controlar-se e concentrar o pensamento em outras coisas: “[...] *eu aprendi a quando o pensamento vir, me ocupar com outros tipos de pensamentos, outras coisas, é a leitura, é a caminhada na praia, é a corrida...*”.

O vínculo afetivo com a mãe demonstra ser de grande contribuição; com frequência conforta-se no apoio de familiares e exprime seus pensamentos mais íntimos a sua mãe, vista também como grande amiga.

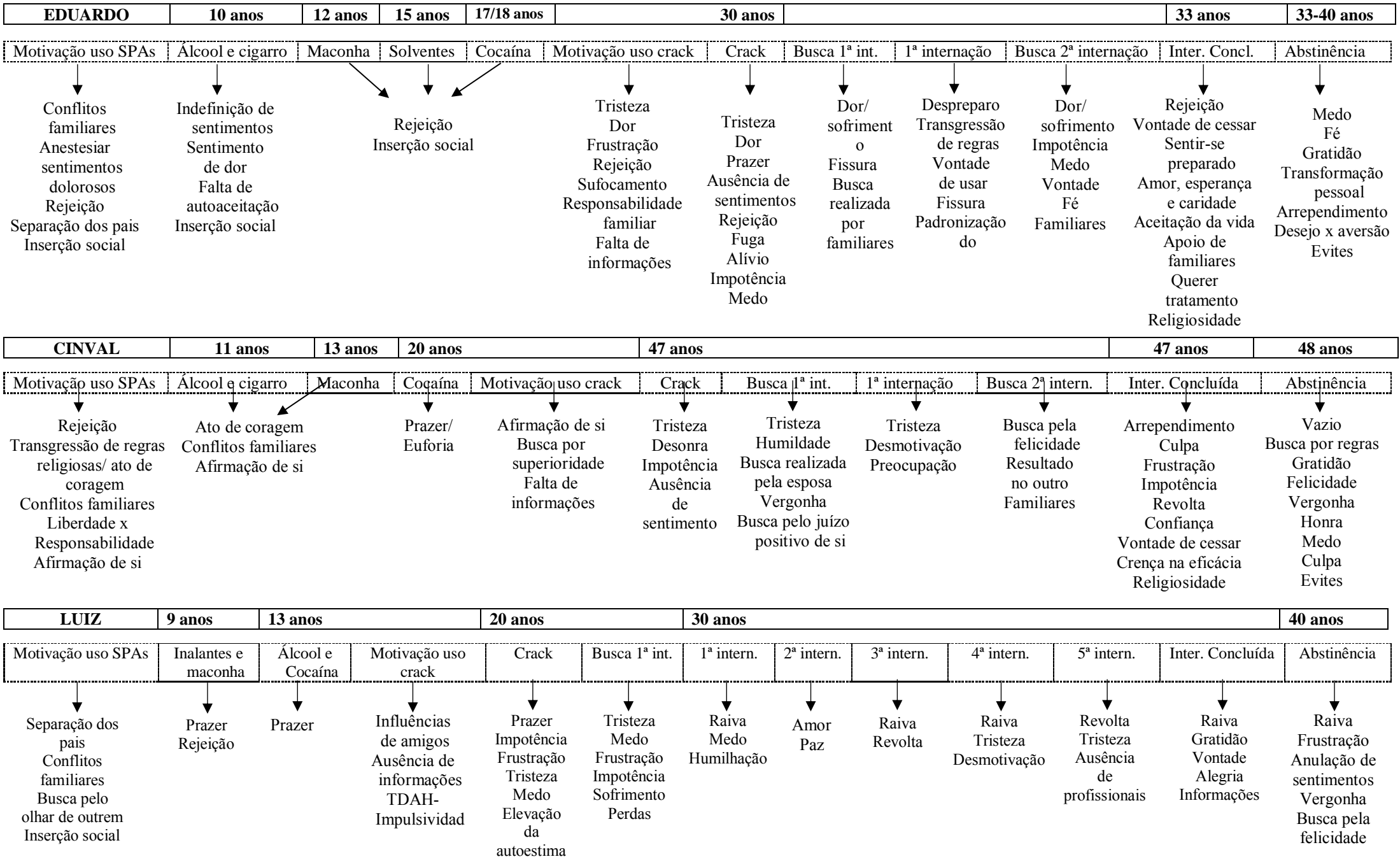
Considerações sobre o caso: a principal particularidade no caso de Luiz que se destacou foi a quantidade de tratamentos de internação vivenciadas pelo sujeito. Ao analisarmos sua trajetória de vida, podemos perceber que ao longo de dez anos o participante intercalava entre realizar o consumo de crack e vivenciar tratamentos de internação. Entre os fatores que o faziam abandonar os tratamentos percebemos

dificuldades em lidar com as regras das instituições e regras imorais. Assim como os demais entrevistados, relatou dificuldades de relacionamento com demais familiares, sendo a mãe a figura central dos vínculos afetivos.

#### 8.4 Interseção nos três participantes

Esgotadas nossas considerações a respeito de cada um dos três casos apresentados, nas próximas linhas apresentaremos uma linha do tempo referente à trajetória de consumo de SPAs, desde o início do consumo aos dias atuais de cada participante e, em seguida, realizaremos uma discussão a respeito dos aspectos.





#### 8.4.1 Aspectos gerais

Até o momento apresentamos os caminhos trilhados por cada entrevistado, agora é importante apresentar os dados semelhantes e que parecem coincidir. É, no entanto, baseado na experiência vivenciada no tratamento de internação que começamos a identificar as transformação dos aspectos afetivos, em especial os sentimentos, e a estruturação de uma personalidade ligada à moral.

Por conta disso, primeiramente faremos uma discussão dos acontecimentos semelhantes entre os entrevistados e, posteriormente, apontaremos os dados relacionados aos aspectos afetivos. Ao considerar a diversidade de achados referentes ao campo da afetividade (e em específico os sentimentos), daremos maior foco àqueles conectados ao nosso aporte teórico, a Psicologia da Moralidade.

Selecionados os participantes, foram realizados, no mínimo, três encontros com cada um, com duração de cerca de uma hora e meia cada, em dias alternados, para que o entrevistado não se sentisse desgastado com a pesquisa. Além disso, todos os entrevistados relataram a percepção das entrevistas como ferramentas importantes no processo de abstinência, fazendo com que percebessem alguns acontecimentos de maneira diferenciada, como por exemplo, os fatores contribuintes para o consumo de SPAs. Interessante notar que possuíam grandes expectativas quanto à circulação das informações referentes à pesquisa. Para eles, é importante que as pessoas tenham acesso a esses conteúdos para ter máximo acesso às informações referentes à si mesmos, à DQ e aos possíveis danos acarretados em decorrência do consumo de crack.

Todas as entrevistas houve o choro, sendo necessário interromper diversas vezes. Parece-nos importante destacar que, os participantes, de modo geral, demonstraram ser importante participar da entrevista; retomar as perdas parece ser uma estratégia para manterem-se abastêmios. Apesar de demonstrarem dificuldades em expressar seus sentimentos, de maneira geral os participantes compreendiam a importância de discutir sobre tais aspectos e assemelhavam nosso trabalho às discussões realizadas em grupos de NA. Estes explicam que o momento de fala no grupo é nomeado como partilha de sentimentos, em que não há espaço para julgamentos, apenas acolhimento de falas de cada participante.

Os dados foram coletados em ordem cronológica, na tentativa de compreender a história de cada participante, as vivências acumuladas, as contribuições de fatores afetivos e sociais ao longo da DQ e as implicações afetivas nesse processo. As falas dos entrevistados foram marcadas por dificuldades em compreender o que era questionado, repetição, dificuldade em concluir ideias e organizar a fala, sugerindo sequelas neurológicas em decorrência do consumo de SPAs por extenso período.

Percebemos a ausência de dados quanto ao período em que realizavam o consumo abusivo devido às dificuldades em acessar as memórias vivenciadas, provavelmente por estar sob efeito das substâncias.

Com relação à trajetória de consumo dos nossos participantes, podemos perceber que todos iniciaram o consumo de SPAs ainda na infância, com cerca de 10 anos de idade. Assim como nos estudos realizados por Dagnoni (2010), durante o processo de desenvolvimento infanto-juvenil, percebemos condutas marcadas pela intolerância, frustração, sentimento de abandono/ rejeição e indisciplina.

As motivações para iniciar o consumo de SPAs se assemelham entre as falas dos participantes. Foram apontados principalmente as influências de dinâmicas familiares conflituosas, marcadas pela separação dos pais e ausência da figura paterna. Com o passar do tempo, de modo similar, a mãe, vendo-se como única provedora financeira também torna-se ausente do cotidiano dos filhos. Assim, corroborando com a literatura (Filho et al., 2007; Pratta & Santos, 2009), progressivamente surgem os problemas de relacionamento, ausência de normas e regras claras (limites), a falta de apoio e, por fim, o sentimento de rejeição, mencionado por todos os entrevistados.

Além dos fatores ligados ao contexto familiar, podemos perceber as influências do contexto social para o consumo de SPAs: o convívio com pessoas que fazem uso e a busca por inserção em grupos (Freitas et al., 2015; Peluso & Blay, 2008; Rozin & Zagonel, 2012). Nesse sentido, surgem sujeitos ainda na infância com relações afetivas precárias e que, com o consumo de SPAs, buscam no contexto social estabelecer vínculos afetivos e o olhar que sentiam lhes faltava.

Nesse sentido, esses fatores indicam a insatisfação diante das condições de vida e a droga se torna fonte de sensação de bem-estar e anestesiamiento de sentimentos dolorosos. O uso parece representar uma resposta às insatisfações, um ato de transgressão e afirmação de si, como tentativa de existir em um espaço. Observamos esse início de consumo ligado a diversas vulnerabilidades e que permeiam o viver dos participantes. E são esses diversos fatores que podem tê-los tornados propensos ao consumo, evoluindo posteriormente para a DQ na idade adulta.

O tempo de consumo de SPAs girava em torno de trinta anos. Ainda com relação à trajetória de consumo de nossos participantes, percebemos um padrão de consumo

iniciado, assim como relatado na literatura, o início do consumo de SPAs geralmente inicia ainda na juventude com substâncias lícitas e posteriormente ilícitas (Bastiani & Maçaneiro, 2015; Dagnoni, 2010).

Em conformidade com a literatura, notamos utilização de tabaco e/ou álcool, seguidos pela maconha e solventes, cocaína e, por último, o crack (Andrade, Duarte & Oliveira, 2010; Bastiani & Maçaneiro 2015; Dias, Araujo & Laranjeira, 2011). Segundo Maçaneiro e Bastiani (2015), o tabaco e álcool, por serem lícitos e de fácil acesso, são frequentemente procurados por esse público (juventude) na busca de sensação de bem-estar e de entrosamento em seu grupo social, desinibição e euforia. Contudo, assim como apontado por Eduardo, o consumo contínuo tende a diminuir a sensação de bem-estar, fazendo o consumidor aumentar a quantidade ingerida ou buscar outra droga.

A Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (2011) explica que o alto consumo de tabaco e álcool deve-se ao baixo custo e à legalidade, sendo estas drogas de fácil acesso. Já os inalantes, maconha, cocaína e crack, apesar da ilegalidade, são drogas também de baixo custo e procuradas com o intuito de obter novas sensações que tragam maior satisfação, porém causam dependência no organismo de forma rápida e favorecem um consumo tão representativo atualmente.

Com relação ao álcool em específico, cabe uma ressalva. O estudo de Bertoni et al. (2009) demonstra um paradoxo. Apesar dos adolescentes realizarem o consumo, a dependência do álcool observada no outro caracteriza-se como um estigma imoral e de natureza psicossocial, com predomínio de imagem negativa. Entretanto, é interessante notar que a autopercepção do uso do álcool não o leva a vê-lo como uma droga com grande potencial de riscos à saúde, além de muitos não o classificarem como droga,

demonstrando ser invulneráveis e onipotentes em relação a essa substância (Bertoni et al., 2009; Subramaniam et al., 2009). Ou seja, ao iniciar o consumo de SPAs, esses participantes parecem não perceber grandes possibilidades de desenvolver DQ e, contrariamente ao alcoolista (visto de maneira negativa), percebem-se como de valor positivo.

Quanto ao objetivo 2 de nossa pesquisa, referente aos fatores motivacionais para o consumo de crack, percebemos uma semelhança entre os entrevistados: todos expressaram insatisfação com a vida de maneira geral, e especificamente relacionadas ao contexto familiar. Assim sendo, ao falar em motivações para o consumo de crack abrangemos também as motivações para o consumo das demais SPAs. Além disso, percebemos, como recorrente na fala dos sujeitos, a busca pela afirmação de si e a falta de informações quanto ao crack.

Interessante aqui observarmos que todos os participantes, antes de consumir, faziam uso de cocaína. Entre as diversas falas, sobressaem-se aquelas ligadas à crença de que os efeitos do crack seriam semelhantes à cocaína, evidenciando a falta de informação quanto às consequências do consumo de crack. De acordo com Rocha et al. (2015) e Vieira et al. (2010), essa falta de informação pode tornar o indivíduo mais susceptível ao consumo. Assim, há aqui uma implicação prática, ressaltamos a importância de realizar o trabalho de prevenção de consumo de drogas já na fase da adolescência e o acesso às informações sobre o crack (Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2011).

Entretanto, ao contrário do percebido pelos autores acima, nossos participantes relataram o corte de demais substâncias após iniciar o consumo de crack, quando muito,

mantinham unicamente a utilização de álcool (como no caso de Eduardo), não caracterizando o chamado poli ou multiconsumo.

Apesar de já instalado o quadro de DQ, de modo similar aos resultados da pesquisa de Smith e Smith (2005) e Cruz e Machado (2010), os entrevistados descreviam-se como consumidores funcionais, relatam o consumo de substâncias ilícitas como ajustado, pois possuíam a capacidade de conciliar o consumo com a manutenção do trabalho e um estilo de vida “normal”.

Nesse sentido, Leite, Oliveira e Dias (2015) consideram que um elevado número de utilizadores de SPAs (como a *maconha* e cocaína aspirada) exercem autocontrole dos consumos. Uma multiplicidade de estratégias de ingestão é adotada pelos consumidores, como o controle da sua frequência (dias da semana), local de consumo e tipo de SPAs utilizadas. Dessa maneira, apenas depois de cerca de 10 anos de consumo de SPAs é que os participantes evidenciaram a consciência dos danos em decorrência do consumo.

Todavia, com relação ao consumo do crack essa concepção não se confirmou nas falas dos nossos participantes, Cinval e Eduardo, pois apenas por cerca de três meses e após um ano, respectivamente, os dois já haviam procurado tratamento de internação. Esse dado confirma o rápido desenvolvimento de dependência que o crack pode oferecer.

Ao longo das entrevistas um aspecto se destacou: as dificuldades no relacionamento familiar. Nesse sentido, foi recorrente nos discursos dos sujeitos a deficiência afetiva das respectivas famílias, principalmente à ausência da figura paterna. Percebemos nesse sentido, uma falta de comunicação entre os familiares, ausência da figura paterna, ausência de barreiras entre gerações, regras e limites ausentes ou ambíguos, vínculos de dependência simbiótica entre os membros (Freitas, 2002; Kalina, 1999).

Todavia, não pretende aqui repetir o discurso de culpabilização da família, ao contrário, nossa percepção é a de que a família, nos casos analisados, continuou se mostrando como proteção, pois, todos os entrevistados puderam contar com o apoio de seus familiares, principalmente nos períodos de consumo abusivo.

É importante aqui referenciar a análise de Sales (2007) que reforça a nossa concepção de não culpabilizar exclusivamente a família, inserindo a mesma em um modelo de sociabilidade que muitas vezes a impede de cumprir as funções que dela se espera. Dessa maneira, ao analisarmos na linha do tempo as motivações para procurar tratamento (principalmente o concluído) há em todos os entrevistados a preocupação com os familiares e o desejo de cessar o consumo por eles (Gabatz et al., 2013).

Com relação aos tratamentos de internação, é interessante notar que todos os participantes passaram por mais de um tratamento, sendo o primeiro abandonado por todos. Podemos perceber na linha do tempo que em todos os casos analisados o primeiro tratamento de internação decorreu do desejo dos familiares. Isso posto, evidenciamos a oposição dos participantes em realizar o tratamento de forma desejante; assim, ausentes da força de vontade (Piaget, 1954/2014), saíram do tratamento. Não houve qualquer outro tipo de estratégia adotada pelo participante e seus familiares para cessar o consumo, demonstrando uma concepção de tratamento de internação como a única solução para a DQ. Desse modo, o que vemos são sujeitos que frequentemente não desejam o tratamento, ou que não se sentem preparados para vivenciá-lo, mas que parecem estar nesses espaços com intuito de oferecer algum tipo de “satisfação” aos familiares. Esse dado pode ser um indicativo de resposta às demais pesquisas que questionam as causas de



rotatividade dos usuários nos tratamentos de internação (Gabatz et al., 2013; Sanchez & Nappo, 2008).

Em contrapartida, ao analisar os tratamentos concluídos, verificamos que todos os entrevistados desejavam o tratamento, sentiam-se preparados e o encaravam como pedido de ajuda e compreendiam que sozinhos não conseguiriam cessar o consumo. Geralmente, quando procuravam pelo tratamento já se encontravam desgastados e esgotados. Quanto aos tratamentos de internação de modo geral, ressaltamos a importância da relação profissional-paciente para o sucesso do tratamento, a constituição de uma equipe multidisciplinar e o foco do tratamento na própria DQ.

A religiosidade foi um dos recursos adotados pelos participantes para o processo de abstinência. Caminhando pela linha do tempo, podemos perceber as falas de Luiz e Cinval ligadas à fé pelo tratamento de internação concluído e nos dias atuais. Nossos dados demonstram similaridade com os de Sanchez e Nappo (2008) pois, segundo os entrevistados, mais do que a fé religiosa, contribuíram também para a abstinência da droga o suporte, a pressão positiva e o acolhimento recebido no grupo, e a oferta de reestruturação da vida com o apoio incondicional de líderes religiosos, durante e após a internação. Além disso, os relatos sobre internações evangélicas indicavam a religiosidade como principal forma de tratamento, por meio de recursos como oração e laborterapia. Possivelmente por conta desses fatores, percebemos em nossa pesquisa a baixa adesão e ciclos repetitivos entre consumo e abstinência de Luiz.

Mesmo desejando a internação, os participantes compreendiam o tratamento unicamente como sinônimo de busca pela abstinência. Apenas com o passar do tempo visualizamos a mudança de concepção sobre o que seria o sucesso do tratamento e o

despertar de ideias ligadas à busca pelo autoconhecimento, religiosidade e informações sobre a DQ. Tais concepções revelam-se indicativos de uma ‘vida boa, ligada à busca pela felicidade (La Taille, 2006). Apenas ao concluir os tratamentos, com os acompanhamentos psicológicos, foi possível os entrevistados perceberem a importância de se ater a diversas demandas, como os fatores antecedentes e causadores do consumo.

Apesar de não constar em nossa linha do tempo, após concluir o período de internação, foi preciso que os entrevistados evitassem algumas situações, semelhante ao encontrado na pesquisa de Chaves et al. (2011), ou seja, era preciso evitar contato com espaços onde costumavam consumir drogas (principalmente o crack) e se afastar de qualquer usuário. Ao longo de pelo menos três meses não deveriam sair no período noturno e não ter contato com dinheiro; por fim, foram orientados a se afastar de qualquer tipo de droga, lícita ou ilícita.

Além disso, os entrevistados deram continuidade ao tratamento ao adotar outras estratégias, entre elas destacam-se a procura por grupos de autoajuda (como o NA), atividades que proporcionam algum tipo de prazer, atendimento psicológico e busca pela religiosidade (como inserção em igrejas) ou mesmo idas à igreja (como é o caso de Luiz que, após os fracassos nos diversos tratamentos em comunidades terapêuticas, não fez uma busca religiosa evangélica, as idas às igrejas ocorreram com intuito de oferecer um tipo de ‘satisfação’ aos familiares).

#### 8.4.2 Resultados - aspectos afetivos

Neste tópico de nosso estudo realizaremos uma discussão referente aos aspectos afetivos (aglutinados pelo conceito único de sentimentos) dos sujeitos entrevistados. Apesar das diferenças na história de cada um, percebemos que alguns fatores surgiram com frequência nas falas dos entrevistados e influenciaram a sua conduta. Por isso, nossa ideia inicial seria a de realizar uma discussão apenas com os aspectos referentes à Psicologia da Moralidade. Contudo, ao longo do estudo, percebemos que seria prudente destacar a importância de outros aspectos afetivos, além dos sentimentos.

Como mencionado acima, as motivações para o início do consumo de SPAs entre os participantes parecem ser similares. Pensando nisso, é possível observar certa cronologia dos fatos: conflitos familiares - separação dos pais - ausência da figura paterna - rejeição- busca por inserção social - fuga- DQ.

Quando falamos em consumo de SPAs, trata-se de uma situação psicoafetiva estruturando-se para encontrar um estado almejado euforizante das satisfações que o indivíduo não encontra na vida cotidiana (Olivenstein, 1980). O consumo parece não representar apenas a exclusão do mundo ao redor, como também a criação de um mundo próprio, uma realidade que é do sujeito, da maneira como deseja, no qual não há espaço para a dor e insatisfações. Já não importa mais a busca pelo olhar de outrem. Na concepção freudiana trata-se da realização do princípio de prazer, ou seja, obter prazer e evitar desprazer (Freud, 1930/ 2011). Nesse sentido, Eduardo, por exemplo, destaca a relação com a droga como de completa satisfação e completude: *“Não é como se ela fosse alguém, é como se ela me desse aquilo que eu busco nos outros”*. Dessa forma,

constatamos a ausência de dados quanto ao período em que realizavam o consumo abusivo devido às dificuldades em acessar as memórias vivenciadas, provavelmente por estar sob efeito das substâncias.

As recorrentes transgressões também se sobressaem. Desde o período de infância, os participantes revelavam tentativas de transgredir regras, sejam religiosas, como no caso de Cinval, ou no tráfico de drogas, como no caso de Eduardo. De todo modo, todos os três participantes transgrediam uma mesma regra: consumir SPAs; além disso, podemos citar demais quebras de regras atreladas a esse consumo, como furtos, tráfico de drogas, tentativa de homicídio. A trajetória de vida desses participantes parecia quase um pedido por essas regras. Esta é uma das grandes particularidades do tratamento de internação, pois há no tratamento a busca pela regra (mesmo que sejam regras do espaço e convivência com demais usuários); Luiz, por exemplo, não internalizava as regras de cada espaço e, por isso, abandonou diversos tratamentos. O que percebemos é que, nos usuários de SPAs, em específico, a noção de regras pode não ter sido legitimada, e o trabalho de tratamento de internação deve se basear nessa perspectiva também, trabalhar para que o sujeito as aceite e compreenda, porém, nos questionamos quanto à eficácia da punição quando essas regras não são acatadas. Assim, o que vemos é o tratamento de internação como espaço decisivo para a internalização das regras, principalmente através de rotinas do espaço, como horários para realização de atividades, momentos ecumênicos, convívio social.

Ao discutirmos internalização de regras podemos retomar a perspectiva piagetiana (1932/1994) no que tange à sanção por reciprocidade, para o alcance da autonomia do sujeito. Este estaria ligado aos demais sujeitos em tratamento de internação por um

vínculo de solidariedade, sendo levado a assumir seus atos. Dessa forma, o respeito às regras não ocorreria por punição e coerção, mas sim através de uma coerção mínima e relação lógica com o ato sancionado. Assim, seria possível a mudança de comportamento do sujeito, e não imposta externamente.

Há, por assim dizer, a percepção de uma exigência pessoal (o imperativo categórico de não consumir SPAs) e social (castiga-se e/ ou se despreza o transgressor, ou, no nosso caso, o usuário de SPAs) de seguir essas regras (La Taille, 2006, 2010). Em suma, o que importa sublinhar aqui é o início da legitimação das regras e a possibilidade do surgimento do *sentimento de obrigatoriedade* nos entrevistados. A fala de Eduardo é eloquente nesse sentido, as noções de regras estavam perdidas e, para retomar a convivência em sociedade, seria necessário aderir a elas porque “[...] *you lost all the existing rules that society imposes and are rules that contribute to a life in society [...] the basis of treatment is to obey the rules*”.

Quanto aos sentimentos, seguindo nossa linha do tempo, percebemos até o consumo da cocaína semelhanças nas falas dos sujeitos, há principalmente menção ao sentimento de rejeição e sofrimento, um contexto em que os entrevistados percebiam-se como infelizes diante de suas vidas. Contudo, a motivação para o consumo de crack parece diferenciar-se para cada participante. Eduardo, por exemplo, ao se sentir triste e frustrado com relação a si mesmo e configuração familiar, recorreu ao crack para buscar alívio e fugir do seu contexto de responsabilidade e sensação de sufocamento. Cinval percebia a substância como maneira de se afirmar e buscar a superioridade. Já para Luiz, a motivação para o crack estava ligada à busca de inserção social, e assim, sentimento e rejeição, e impulsividade (justificada pelo diagnóstico de TDAH).

Em compensação, quando observamos o surgimento do crack, inicialmente há o prazer, migrando para o sofrimento, tristeza, impotência e medo. A tristeza foi um dos sentimentos mais recorrente nas falas dos participantes, corroborando com algumas pesquisas relacionadas à DQ (Gabatz et al., 2013; Olivenstein, 1980; Rigotto & Gomes, 2002; Rocha et al., 2015; Romanini & Roso, 2012).

Alguns estudos relacionam a tristeza como fator motivacional para o consumo de crack (Gabatz et al., 2013; Rigotto & Gomes, 2002), desse modo, com a fala dos nossos participantes percebemos a droga como recurso para tentar lidar com essa tristeza, como uma promessa de solução e bem-estar. Entretanto, sabemos que esse bem-estar vai perdendo sua força ao longo da trajetória de consumo.

De acordo com Olivenstein (1980), a tristeza faz parte do ciclo da DQ, surgindo após o consumo da droga; momento em que nossos entrevistados conseguiam avaliar suas perdas em decorrência do consumo de crack. Segundo Piaget (1954/2014), a tristeza pode ser gerada por uma conduta que leva ao fracasso. Contudo, há um paradox, como bem lembrado por La Taille (2006, p. 40): “não há lugar social para a tristeza (deve ela car nos consultórios psiquiátricos, pois supostamente é patológica), embora ela pareça ser moeda corrente”.

Assim sendo, o que podemos perceber é que os entrevistados utilizavam as SPAs como maneira de anestesiar e fugir desses sentimentos penosos (Freud, 1930/1989; Pratta & Santos, 2009; Romanini & Roso, 2012; Santos & Costa-Rosa, 2007), como a tristeza. contudo, o crack tornava-se a própria causa desse sentimento, marcando o que Romanini e Roso (2012) denominam de repetição na DQ. Como tentativa de suportar o sofrimento após o consumo, inicia-se um novo ciclo de consumo.

Em um cenário de rompimentos, infelicidade e angústias, o uso de drogas emerge como uma forma de expressão e, por vezes, faz o papel de objeto de compensação de um sentimento que se mostra ausente (Hermeto et al., 2010). No período abusivo de crack percebemos ainda falas ligadas à ausência de sentimentos, possivelmente devido às consequências dos efeitos da droga; dessa maneira, a expressão da droga parece contribuir para a ausência do próprio sujeito. Ao nos basearmos em uma perspectiva piagetiana (1954/2014), em que os sentimentos são considerados expressões da afetividade e que esta, por sua vez é considerada energética da ação, então nos parece sensato supor que, na ausência de sentimentos e sujeito, há também ausência de energética para realizar a ação, dentre elas, a motivação para cessar o consumo de drogas e manutenção da ação de realizar o consumo nocivo de crack.

Nesse cenário, percebemos ainda a droga como exclusiva fonte de prazer, indicando o quanto esses sujeitos estavam voltados para a relação intensa com a substância, como discutido em outros estudos (Arteiro & Queiroz, 2011; Botti, 2014; Pratta & Santos, 2009; Sanchez & Nappo, 2002).

Posteriormente, os participantes destacaram os sentimentos de impotência e medo de morrer. Nesse período, as falas evidenciaram o desejo de encerrar o consumo, mas sem sucesso. Isso permite supor que a relação afetiva sujeito-objeto ainda era julgada pelos participantes como necessária e, por isso, podemos relacionar tal relação com o que Piaget (1964/2004) denominou de grande valor. Percebemos aí a presença da vontade, contudo, nesse período ela se revela como fraca, pois diante da controvérsia de consumir ou não, a vontade de usar a droga predominava.

Seguindo a ordem da nossa linha do tempo, o primeiro tratamento de internação foi proposto por familiares. Apesar de os entrevistados terem motivos convenientes o bastante para cessar o consumo de crack, nenhum indicava de fato o desejo de cessá-lo e, após a primeira internação, geralmente retomavam o consumo. A internação para eles não significava necessariamente o desejo de abandonar o crack, mas apenas um intervalo que facultava a continuidade do uso. De certa forma, ao realizar o primeiro tratamento revelam-se condutas marcadas por uma dualidade: razão x emoção, dicotomia x heteronomia, inteligência x afetividade. *Devo encerrar, mas eu quero?* O fato de não desejar o tratamento contribuía para abandoná-lo e, justamente por inteligência e afetividade serem estruturas paralelas e indissociáveis (Piaget, 1954/2014), influenciavam a conduta do sujeito. Então, quando falamos em participantes que não desejam encerrar o tratamento, dificilmente a internação alcançaria os resultados de abstinência.

Quanto à primeira internação, identificamos percepções e sentimentos pouco semelhantes entre os participantes. As únicas semelhanças percebidas foram as dificuldades em lidar com as regras da instituição e o despreparo para o tratamento. De modo geral, Eduardo criticava a padronização do tratamento e ainda sentia muita vontade de usar o crack. Cinval sentiu tristeza com o tratamento, preocupado e desmotivado, não acreditava nos possíveis resultados. Já Luiz relatou sentimento de raiva, medo e humilhação (como discutidos anteriormente em seu estudo de caso).

Cabe ressaltar que, daqui por diante, faremos uma análise geral dos sentimentos manifestados pelos participantes. Não é possível afirmar a presença dos mesmos sentimentos ao longo dos tratamentos. No caso de Luiz, especificamente, há uma



particularidade, diferente de Cinval e Eduardo, visto que foram relatados cinco tratamentos não concluídos.

Ao ir ao encontro do nosso objetivo 3, esse novo ciclo de consumo, posterior ao primeiro tratamento, somado às perdas de laços sociais e danos físicos causados pela DQ, assim como em outros estudos (Pechansky et al., 2006; Romani & Roso, 2012), foram descritos pelos próprios participantes como um dos motivos para encerrar o consumo e iniciar a busca por novo tratamento de internação. Vendo-se impotentes frente às SPAs e assistindo às perdas decorrentes do consumo, surge progressivamente o indício da atuação da vontade (Piaget, 1954/ 2014). Dito de outro modo, os sujeitos fizeram uma escolha, a de cessar o consumo.

Para responder ao nosso objetivo 4, quanto ao período de tratamento de internação, foram relatados o sentimento de raiva e frustração, e também aqueles discutidos à luz da Psicologia da Moralidade, como é o caso do medo, humilhação e a vontade. O medo aqui é suscitado diante de um risco: fazer mal a outrem. A fim de evitar o risco, o medo vem atuar como motivador para a mudança de conduta (Carvalho et al., 2011; Freire et al., 2009; Kassada et al., 2014; Oliveira & Nappo, 2014). Encontra-se, nesse caso, similaridade com as características apontadas por Piaget (1932/1994) e La Taille (2006) sobre o medo, uma vez que a participante age por medo das consequências do uso. O mesmo acontece quanto ao medo relacionado ao julgamento divino; percebe-se a configuração de uma situação heterônoma. Neste caso, o medo foi associado à ideia de recaída, um juízo negativo do sujeito que remete a um possível julgamento de outrem; o medo é ainda associado à ideia de decair perante os olhos do outro (La Taille, 2006). Parafraseando Anolli e Pascucci (2005) e La Taille (2002), tanto o medo quanto a

humilhação referem-se ao fato de ser rebaixado por alguém, inferiorizado. E, por isso, bem como apontado por Ades (1999), não é de se estranhar a raiva como possível reação daquele que sofre uma humilhação.

De outro modo, com relação ao tratamento concluído, percebemos a permanência dos relatos de perdas, as influências do sofrimento causado pelo sofrimento do outro (no caso de familiares) e o medo, como já declarado acima. Entretanto, destacaram-se falas ligadas à busca de felicidade e ideias ligadas a ‘que vida quero viver’. Interessante notar que, nos espaços em que o tratamento foi concluído, diferentemente do primeiro, todos os participantes relataram querer o tratamento. Esse dado confirmou o desejo de mudança e a presença da força de vontade. De alguma maneira, o espaço para o tratamento demonstrava relacionar-se a algum tipo de otimismo e à crença de que cessariam o consumo de SPAs.

À medida que surgia essa expectativa com relação à vida, podemos afirmar que os sujeitos entram em cena. Assim, destacaram-se dois fatores: humildade e força de vontade. Para os participantes, ser humilde é aquele que ‘abaixa a cabeça’; é aquele que acolhe ordens e, conseqüentemente, acolhe regras. Com relação à humildade, concordamos com La Taille (2009) ao considerá-la como uma virtude moral contrária à vaidade. Nessa mesma direção, esses dados apontam para o reconhecimento e internalização do tratamento de internação; na humildade, mais do que o pedido de ajuda, revela-se também uma entrega ao tratamento.

Quando questionados sobre o último tratamento de internação, todos os entrevistados mencionaram a gratidão para com os profissionais presentes nas clínicas e familiares; marcando uma relação de reciprocidade, sentimento próximo do amor e medo

presentes na criança (La Taille, 2006). Este sentimento sugere que os participantes aos poucos puderam de fato acreditar na eficácia e cuidados ofertados (pelos profissionais e familiares). Diferente do primeiro tratamento, acreditamos que a ausência do desejo pelo tratamento poderia refletir em uma conduta de desconfiança (direcionada aos familiares e profissionais), descrença na eficácia do tratamento e desejo de cessar tratamento.

Outro dado relevante é a ideia de transformação pessoal ao longo do tratamento, como se a partir da legitimação daquelas regras e do estabelecimento de relações marcadas pela cooperação surgissem uma nova personalidade (ou talvez ressurgisse uma personalidade até então esquecida). Ao contrário do período de consumo abusivo de crack, os participantes vão tomando a cena como sujeitos de fato e desconstruindo a relação objeto-sujeito descrita.

Por fim, no final de nossa linha do tempo, referente aos dias atuais, percebemos o despertar de novos sentimentos, como é o caso da vergonha e culpa, considerados sentimentos morais, e a honra (La Taille, 2006). Quanto à culpa, entende-se que tal sentimento surge posteriormente à ideia de uma ação imoral, no nosso caso, falamos do consumo de crack a partir do momento em que o sujeito compreende que sua ação precisa ser reparada podemos afirmar que além de surgir o sentimento de culpa, há também responsabilização de sua ação (negada durante o período de consumo).

De acordo com La Taille (2002), a vergonha pode ter representação positiva ou negativa. Quando se fala em vergonha (moral) no sentido negativo, está se falando da ação, como por exemplo, fazer uso de SPAs, transgredir regras (furtar). Mas quando seu sentido é positivo, está se falando do ser, assim como a culpa. Uma ação julgada negativamente é vergonhosa, uma pessoa julgada positivamente é alguém que tem

vergonha (na cara). Logo, “ter vergonha é visto como positivo, porque a presença deste sentimento revela a boa índole (ou caráter) da pessoa” (La Taille, 2002, p.21). Cabe ainda ressaltar, a vergonha se relacionada com o que se é; já a culpa possui maior relação com o que se faz, podendo adotar uma ação reparadora (La Taille, 2002).

Assim, finalizando nossos apontamentos acerca da vergonha, concordamos com (1998), acreditamos que tal sentimento pode ser entendido como um regulador moral das ações. Desse modo, sente-se vergonha de ser DQ, ou seja, do juízo negativo de outrem quanto às representações de si. Entendemos que o sujeito envergonhado tende a evitar atos que despertem tal sentimento. Assim, não retomará o consumo. Entendemos, assim como La Taille (2012) que é inevitável não pensarmos no sentimento de vergonha como elemento essencial da dimensão afetiva das condutas morais. Logo, a capacidade de sentir vergonha é fundamental para agir moralmente.

Desse modo, na trajetória da DQ a honra ocupa diferentes espaços. Durante o consumo, de maneira geral, os participantes percebem-se como pessoas desonradas, legitimando assim o ato de consumir crack como uma transgressão, o período de consumo parece marcado por certa imoralidade ou amoralidade, sendo ausentes os aspectos que pareçam ser ligados à moral. De modo contrário, ao cessar o consumo de crack os participantes atribuíam a representação de si como de valor positivo. A honra corresponde ao sentimento do próprio valor moral, segundo La Taille (2002): “age-se de forma honrada quando se procura manter ou aumentar o valor moral presente nas representações de si”(p. 23). A honra e a vergonha parecem estar relacionadas e, de certa maneira, confirmam um querer fazer moral. Para o referido autor, mostra-se ser sensível à honra quando, uma vez cometido uma ação que contraria a moral, o sujeito sente

vergonha. É nesse sentido que honra pode ser sinônimo preciso da vergonha moral, considerada autorrespeito.

Quanto aos sentimentos direcionados ao crack, percebemos que estes não sofreram grandes alterações. Dessa maneira, inicialmente, enquanto reportavam-se à época de consumo de crack, os sujeitos descreviam o crack como algo negativo, desonrado. Consideramos que, para os participantes, o crack possuía valor central em suas vidas e percebiam a si mesmos como impotentes frente à força do crack, levando em consideração o intenso prazer provocado por ele. Não diferente, nos dias atuais, os participantes ainda percebem a droga dessa maneira, entretanto, acreditam na vida como uma busca pela felicidade e se sentem um tanto mais seguros quanto à própria força de vontade. Assim sendo, acreditamos ter respondido ao nosso objetivo quanto aos sentimentos referentes ao crack.

Ao responder ao nosso objetivo 6, isto é, a relação dos sentimentos com aspectos da moralidade, é interessante aqui notarmos que é cada vez mais recorrente, sobretudo após o primeiro tratamento de internação, a vinculação entre os sujeitos e os sentimentos morais, configurando a assunção de uma conduta moral. Assim sendo, confirmamos essa premissa nos nossos estudos de caso e podemos destacar os seguintes sentimentos ligados à moralidade: vergonha, culpa, medo e vontade. Além desses sentimentos, cabe destacarmos outros sentimentos também discutidos à luz da Psicologia da Moralidade, como a humilhação, e outras consideradas virtudes, como a honra, humildade e gratidão.

Percebe-se que, além de expressarem os sentimentos ligados ao querer fazer moral (La Taille, 2006), nossos entrevistados passaram a apresentar representações de si como algo positivo, como pessoa de valor, preocupados com a busca pela felicidade e a

convivência em sociedade. Nesse sentido, as regras foram destacadas ao se compreender a sua importância e função social.

Por fim, retomando nossa hipótese e, confirmamos nossa ideia do surgimento de sentimentos ligados ao querer fazer moral após o tratamento de internação e, em contrapartida, sentimentos internos voltados para si, pouco preocupados com as transgressões e com a vivência em sociedade de modo geral, ligados à motivação do consumo.

Além dos aspectos referentes à moral, percebemos o surgimento de uma personalidade ética, baseados nas ideias de La Taille (2010), lembremos que assumimos que a energética do sentimento de obrigatoriedade, essencial ao plano moral, deve ser procurada no plano ético na busca de representações de si com valor positivo. Nesse sentido, o autorrespeito (honra) é o sentimento que une os planos moral e ético, pois ele é, por um lado, expressão da expansão de si próprio, portanto, elemento da ‘vida boa’, e, por outro, causa essencial do sentimento de obrigatoriedade, logo, motivação para a ação moral: respeita a moral quem, ao fazê-lo, respeita a si próprio. Isto é, o desenvolvimento moral e o fortalecimento do sentimento de obrigatoriedade que o inspira deve ser explicado pela construção de uma personalidade ética.

Percebemos a personalidade ética em todos os participantes, quando questionados sobre suas relações com a sociedade de modo geral nos dias de hoje, todos reportaram-se às ideias ligadas à preocupação com as pessoas, principalmente seus familiares. Após cessar o consumo de crack, os sujeitos afirmaram ter melhorado suas relações com a sociedade.

Assim, finalizando nossas ideias, com base nessas descobertas, entendemos que a relação entre a pessoa, o consumo abusivo de um produto e a dependência deve ser compreendida diante de um contexto de vida e época em que o consumo ocorre. Dessa maneira, concordamos com Olievenstein (1983) e compreendemos que diferentes eventos (internos e externos) podem influenciar na conduta da pessoa e diferentes fases da vida podem interferir no percurso do sujeito patológico com a droga. Por conta disso, acreditamos ter sido relevante estudar cada caso em particular e os sentimentos referentes a diferentes momentos da vida de nossos sujeitos, com relação ao crack e tratamento de internação.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de participantes apresentados na nossa pesquisa é pequeno, foram entrevistados três sujeitos; logo, não temos pretensão alguma de generalizar os resultados encontrados. No entanto, é relevante refletir sobre o que os nossos resultados apresentam. E eles nos mostram um panorama que parece ser muito coerente com a moralidade, diversos resultados já discutidos em demais estudos da área. Ao realizar uma análise global dos dados, apesar de se configurarem como atos transgressores às leis, encontramos a presença dos sentimentos morais com mais força após a realização de tratamento de internação e nos dias atuais. Dessa maneira, encontramos evidências favoráveis a nossa hipótese quanto a maior possibilidade de surgimento de sentimentos ligados ao querer fazer moral em sujeitos em abstinência do consumo de crack.

Para encontrar os participantes adequados para essa pesquisa, passamos por um longo processo. Como dito anteriormente, nossos sujeitos foram selecionados por conveniência. Para isso, entramos em contato com profissionais da área da assistência, como psicólogas e assistentes sociais, descrevemos o perfil de nossos participantes e aguardamos as indicações. Após um convite de um dos nossos participantes no estudo piloto, conhecemos dois grupos de NA.

Geralmente, ao longo das entrevistas, as falas relacionadas ao passado tomaram maior tempo, os entrevistados tentaram explicar ao máximo cada situação vivenciada. Assim, não se evidenciou uma não importância para com as respostas, entretanto, percebemos a dificuldade em nomear os sentimentos. De modo geral, os entrevistados



tentavam contextualizar suas vivências baseados em acontecimentos, desprezando os aspectos afetivos, provavelmente por esses fatores serem poucos explorados até então.

Todos os participantes compreendiam comportamentos que se repetiam antes mesmo da DQ, como a dificuldade em lidar com regras e a busca constante pelo olhar do outro, nem que esse “olhar” fosse ofertado pelo crack. La Taille (2002) ressalta que, no caso da exposição ao olhar alheio, o que está em jogo é o fato de que quem olha é sujeito, e quem é olhado, é tornado objeto pelo olhar. Trata-se de uma relação de poder em que o sujeito é tragado pelos olhos de quem o observa (Harkot-De-La-Taille, 1999; La Taille, 2002). Esse olhar marcará uma sensação de pertencimento e construção de sujeito. Então de modo geral o que percebemos é a ausência do direcionamento desse olhar desde a infância dos nossos entrevistados. A cada tentativa fracassada, é como se os sujeitos realizassem uma nova busca por esse olhar.

De modo similar às ideias Le Breton (1997), entendemos a dimensão do olhar como aquele que valoriza e confere existência. Mas se não há olhar, ou se não percebemos esse olhar, como construir-se enquanto sujeito? Com relações anteriores marcadas pelo sentimento de rejeição, percebemos a inserção social como finalidade de obtenção desse olhar, mesmo que através de demais usuários de SPAs. Nesse cenário acreditamos que o próprio ato de consumir SPAs é uma tentativa de realizar a busca por esse olhar.

Desse modo, nos parece que, sem esse olhar os participantes apresentaram dificuldades na construção de uma identidade e conseqüentemente, de realizar investimentos afetivos. Apesar de diversas tentativas, não possuíam base para existir, o que vemos são participantes que não se tornaram sujeitos enquanto utilizaram a droga

como recurso. A leitura que temos a respeito do início do consumo de SPAs não é outra senão esta: na ausência de sujeito, o usuário torna-se, então, objeto da droga.

Podemos dizer que foram citados diversos sentimentos e aspectos afetivos, entre eles destacamos os ligados à moralidade: medo, vergonha, culpa, honra e gratidão. Entre os nossos dados, a pouca presença da culpa durante o consumo foi um achado contrário às nossas ideias iniciais. Acreditávamos que os sujeitos estariam cientes de suas transgressões já nesse período e que conviviam frequentemente com tal sentimento. Entretanto, para nossa surpresa, tal sentimento foi manifestado apenas após o tratamento de internação. Quando questionados sobre a culpa, nossos entrevistados relataram ausência de responsabilização de suas ações.

Acreditamos que durante o tratamento de internação o sujeito passa a apresentar uma conduta diferente, há ideias ligadas à responsabilização de suas ações e assim, percebemos o surgimento de um sujeito e suas preocupações consigo mesmo e com a sociedade de maneira geral. Nesse sentido, apresentando progressivamente sentimentos morais, percebemos indicativos de legitimação de regras e sentimento de obrigatoriedade, e posteriormente, há indicativos da expansão de si e autorrespeito, marcadas pela presença de vergonha e honra.

Além de perguntas referentes à reincidência, nossos participantes contribuíram com muitas informações e questões para a reflexão sobre práticas de atenção ao dependente químico. Quanto aos tratamentos de internação, todos os participantes abandonaram o primeiro tratamento, possivelmente pelo fato de terem acesso a eles por desejo de um de seus familiares. Contudo, com base em nossas descobertas, como discutido anteriormente, percebemos, por exemplo, a importância de esses sujeitos desejarem, eles mesmos, e

sentirem motivados para a realização do tratamento de internação. De modo contrário, com esses procedimentos, nota-se apenas o distanciamento momentâneo da droga e uma tendência futura à retomada do uso.

Assim, acreditamos que, além da importância do desejo do sujeito quanto ao tratamento, é fundamental a oferta de tratamento também aos familiares. Nesse sentido, sugerimos trabalhos direcionados à valorização do tratamento antes da internação propriamente dita, a fim de preparar esses sujeitos para o querer se tratar. Destacamos a importância de serem considerados os aspectos repetidos nos sujeitos, como evidenciado neste estudo, mas também as questões particularidades de cada sujeito.

Além disso, ressaltamos a importância de serem considerados também os aspectos afetivos de dependentes químicos, especialmente os sentimentos. Apesar de apresentarem conteúdos semelhantes, os sentimentos apontam para a motivação das ações desses sujeitos. De acordo com nossas entrevistas, esse dado vai de encontro às maneiras padronizadas com que são guiados os tratamentos de internação atualmente e indicador da possível ausência de acompanhamento após a internação.

Em vez de sentimentos ligados ao querer fazer moral, esses sujeitos em abstinência poderiam retomar o consumo? Sim, poderiam. E, na verdade, a maior parte deles retoma. Mas acreditamos que, para esses sujeitos, o embate prazer da droga x consequência/perdas parece ter um limite, um “fundo do poço”.

A nossa estratégia de apresentar uma linha do tempo permanece como sugestão para novas pesquisas e até mesmo para auxílio metodológico na prática das intervenções, sobretudo nas internações (Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2011). Fazer com que o sujeito elabore sua própria linha de tempo (quanto mais concreto, no papel, tanto melhor) pode

fazê-lo refletir objetivamente sobre sentimentos e outros aspectos afetivos inerentes à sua trajetória de experimentação, dependência e abstinência.

Em suma, esgotados nossos apontamentos, reconhecemos que nosso trabalho não esgota uma questão tão importante, a afetividade de dependentes químicos de crack em abstinência. Sendo assim, é necessário que as questões aqui contempladas continuem a ser pensadas, visto que muitas delas merecem uma investigação aprofundada e, por isso, evitamos afirmar que foram completamente respondidas. Um tema tão amplo requer uma discussão igualmente ampla, pois, acreditamos que esses estudos gerarão informações importantes sobre diversos aspectos da vida dos sujeitos usuários de drogas e também da sociedade em geral: familiares, populações de risco, legislação, políticas públicas de saúde etc. Temas que ficam aqui sugeridos como possibilidades de futuros trabalhos relacionados a essa temática.

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ades, L. (1999). *Em nome da honra: Reações a situações de humilhação*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo: SP.
- Álvarez Aguirre, A., Alonso Castillo, M. M., & Zanetti, A. C. G. (2010). Consumo de álcool y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(spe), 634-640.
- Alencar, H. M. de. (2003). *Parcialidade e imparcialidade no juízo moral: gênese da participação em situações de humilhação pública*. Tese de doutorado (não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Almeida, N. F. (2001). Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2(2), 5-19.
- Alves, A. D., & Alencar, H. M. (2011). *A gênese da concepção de amor: um estudo sob a ótica da moralidade* (Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória).
- Andrade, A. G., Duarte, P. C. A. V., & Oliveira, L. G. (2010). *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Brasília: SENAD.
- Andrade, A.N. (2012). *Ecos do silêncio: juízos de surdos no âmbito da formação superior sobre projetos de vida e humilhação nas perspectivas moral e ética*. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Anjos, E. O., Alvarenga, M. S., & Basílio, M. C. V. (2014). *Instituições de tratamento, prevenção, redução de danos e ensino/pesquisa atuantes na área de drogas no estado do Espírito Santo*. Núcleo de Estudos Fênix e Universidade Federal do Espírito Santo (ES), Vitória- Espírito Santo.
- Anolli, L.; & Pascucci, P. (2005). Guilt and guilt-proneness, shame and shame-proneness in Indian and Italian young adults. *Personality and Individual Differences*, 39, pp. 763–773.
- Aranha, A. J. Q. T. C. (1995). *Crimes contra a honra*. São Paulo: Saraiva.

- Araújo, U. F. (1998). *O sentimento de vergonha como um regulador moral*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Araújo, U. F. (2001). Ética docente: vergonha e humilhação. *Revista Profissão Docente*, 1(1), 1-13.
- Aristóteles (1992). *Ética a Nicômacos* (2ª ed., M. G. Kury, Trad.). Brasília: Universidade de Brasília. (Trabalho original publicado em 384-322 a.C.).
- Arteiro, I. L., & Queiroz, E. F. D. (2011). O corpo na toxicomania: uma primazia da sensação?. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(4), 1575-1596.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV* (4ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Balbinot, A. D., & Araújo, R. B. (2012). Análise do Perfil de Dependentes em Crack em Internação Hospitalar. *Revista Saúde e Pesquisa*, 5(3), 471-480.
- Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastiani, J., & Maçaneiro, A. (2015). Uso de drogas por adolescentes de uma comunidade escolar. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 4(1), 2-10.
- Bastos, F. I., & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Brasileira sobre o uso do crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ.
- Bauman, Z. (2004). *Amor Líquido*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Baus, J., Seara, A. C., Caldas, C. M. W., Desidério, L., & Filho, N. P. (2002). Metáforas e dependência química. *Estudos de Psicologia*, 19(3), 5-13.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J., & Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1652-1658.
- Blasi, A. (1995). Moral understanding and the moral personality: The process of moral reasoning. Em: W. Kurtines & J. Gerwitz (Eds.), *Moral development: An introduction* (pp. 229-254). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Borges, L. de S. (2004). *Moralidade e homicídio: um estudo sobre a motivação e a ação do transgressor*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

- Borges, L. de S. (2011). *Moralidade e valor da vida: um estudo sobre adolescentes em situação de risco psicossocial*. Tese de doutorado não publicada. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Borges, L. S., & Alencar, H. M. (2006). Moralidade e Homicídio: Um Estudo sobre a Motivação do Transgressor. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 451-459.
- Borini, P., Guimarães, R. C., & Borini, S. B. (2003). Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(3), 171-179.
- Botti, N. C. L., Machado, J. S. A., & Tameirão, F. F. (2014). Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. *Estud. pesqui. psicol.*, 14(1), 290-303.
- Branco, F. M. F., Sousa, M. N. P., Brito, N. C. C., Rocha, V. L. P. O., Medeiros, J. M., Junior, F. J. G. S., & Monteiro, C. F. S. (2012). Compulsão, criminalidade, destruição e perdas: o significado do crack para os usuários. *Revista Enfermagem em Foco*, 3(4), 174-177.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C., Noto, A.R., & Nappo, S.A. (2006). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID.
- Carvalho, N. A. R., Santos, J. D. M., Junior, J. F. G. S., Monteiro, C. F. S. M. Lima, L. A. A. (2015). Perfil de usuários de crack. *Rev Enferm UFPI*, 4(2), 33-9.
- Castro, M. J. (2003). *Adolescência e drogas: um estudo clínico-qualitativo da perspectiva da mãe do adolescente*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Castro, M., Pedroso, R., & Araújo, R. (2010). Dependentes de *crack* com sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade consomem mais substâncias psicoativas. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 30(2), 118-124.
- Castro, R. A., Ruas, R. N., Abreu, R. C., Rocha, R. B., de Figueiredo Ferreira, R., Lasmar, R. C., & Xavier, A. J. D. (2015). Crack: farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos clínicos e tóxicos. *Rev Med Minas Gerais*, 25(2), 253-259
- Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A., & Nappo, S. A. (2011). Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), 1168-1175.

- Colby, A. & Damon, W. (1993). *The Uniting of self and morality in the development of extraordinary moral commitment..* Em G. G. Noam & E. Wren (Orgs.), *The moral self* (pp. 149-174). Cambridge: The Mit Press.
- Comte-Sponville, A. (1999). *Pequeno tratado das grandes virtudes*. São Paulo: Martins Fontes.
- Costa, C. B; Cenci, C. M. B, & Spies, D. W. (2014). Conjugalidade e parentalidade diante da dependência de crack de um filho. *Contextos Clínicos*, 7(2), 182-191.
- Costa, F. B. da (2008). *Moisés e Nilce: retratos biográficos de dois garís. Um estudo de psicologia social a partir de observação participante e entrevistas*. Tese de doutorado não publicada. Programa de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Crauss, R. M. G., & Abaid, J. L. W. (2012). A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Contextos Clínicos*, 5(1), 62-72.
- Cruz, O. S., & Machado, C. (2010). Consumo não problemático de drogas ilegais. *Toxicodependências*, 16(2), 39-47.
- Cruzeiro, M. S., de Queiroz, S, S., de Alencar, H. M., Canal, C. P. P., Miranda, F. S. F. (2016). Psicologia da Moralidade: Sentimentos relativos ao consumo de crack com base no discurso de dependentes químicos. *Rev Scheme*, 8(1), 174-201.
- Dagnoni, J. M. (2013). *Moralidade e Adolescência: regras, projetos de vida e dependência química*. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação de Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória- ES, Brasil.
- Damas, F. B. (2013). Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, Institucionalização e Relevância Social. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat*, 6(1), 50-65.
- Damon, W. (1995). *Greater expectations*. San Francisco: The Free Press.
- Dearing, R.L., Stuewing, J., & Tangney, J, P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1392-1404.
- Dias, A. C., Araújo, M. R., & Laranjeira, R. (2011). Evolution of drug use in a cohort of treated crack cocaine users. *Revista de saúde pública*, 45(5), 938-948.
- Mosqueda-Díaz, A., & Carvalho Ferriani, M. (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 , 789-795.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2011). *Dependência química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Porto Alegre: Artmed.



- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saúde Pública*, 24(4), 545-57.
- Ehrenberg, A. & Mignon, P. (1992). *Drogues, politique et société*. Paris: Le Monde.
- Ehrmin, J. T. (2001). Unresolved Feelings of Guilt and Shame in the Maternal Role With Substance- Dependent African American Women. *Journal of Nursin*, 33(1), 47-52.
- Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. (2008). Relatório Mundial sobre Drogas. Brasília. Acessado em 10 de outubro de 2014, em: <http://www.unodc.gov.br>.
- Fedewa, B. A., Burns, L. R., & Gomez, A. A. (2004). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and individuals differences*, 38(7), 1609-19.
- Ferreira Filho, O. F., Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 751-759.
- Ferreira, A. C. Z., Borba, L. D. O., Capistrano, F. C., Czarnobay, J., & Maftum, M. A. (2015). Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(2), 150-164.
- Ferreira, P. E. M., & Martini, R. K. (2001). Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 96-99.
- Fertig, A. (2013). *Histórias de vida de mulheres usuárias de crack*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
- Figlie, N. B., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2004). Cocaína e Crack. In Bordin, S., Fíflie, N.A, & Laranjeira, R. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo, Editora Roca Ltda.
- Filho, O. F. F., Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista Saúde Pública*, 37(6), 751-9.
- Forte FAP. Racionalidade e legitimidade da política de repressão ao tráfico de drogas: uma provocação necessária. (2007). *Estudos Avançados*, 21(61),193- 208.
- Freire, S. D., Santos, P. L. D., Bortolini, M., Moraes, J. F. D. D., & Oliveira, M. D. S. (2012). Intensidade de uso de crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/Brasil. *J Bras Psiquiatr.*, 61(4), 221-6.
- Feitas, L. A. P. (2002). *Adolescência, Família e Drogas: a função paterna e a função dos*

*limites*. Rio de Janeiro: Mauad.

- Freitas, L. B. L., Tudge, J. R. H., Palhares, F., & Prestes, A. C. (2016). Relações entre Desenvolvimento da Gratidão e Tipos de Valores em Jovens. *Psico-USF*, 21(1), 13-24.
- Freitas, M. A., de Araújo, D. V., de Andrade, F. B., de Lima Ludovico, M. R. G., & da Costa, C. C. M. (2015). Perfil dos estudantes de uma instituição de ensino superior quanto ao uso de álcool e outras drogas. *Revista Ciência Plural*, 1(2), 29-36.
- Freud, S. (2011). *Mal-estar na civilização* (P. C. Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930).
- Gabatz, R. I. B., Schmidt, A. L., Terra, M. G., Padoin, S. M. M., Silva, A. A., & Lacchini, A. J. B. (2013). Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 140-146.
- Gil, A. C. (2010). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.
- Goeders, N. E. (2004). Stress, motivation, and drug addiction. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1) 33-35.
- Goodman, I. R. (2009). *Understanding Substance Use Treatment Motivation: The Role of Social Network Pressure in Emerging Adulthood*. Thesis of Master, University of Toronto, Toronto, Canadá.
- Goodman, I., Badali, M. P., & Henderson, J. (2011). Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Comportamentos Adictos*, 36(5), 660-668.
- Guimarães, C. F., Santos, D. D., Freitas, R. D., & Araujo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 30(2), 101-8.
- Harkot-de-La-Taille, E. (1999). *Ensaio semiótico sobre a vergonha*. São Paulo: Humanitas/FFLCH/USP.
- Hartman, J. S. (2015). As implicações do dano moral entre as mulheres afro-americanas com histórico de abuso de drogas: um estudo preliminar. *Pepperdine University*, 4(2), 193-205.
- Hermeto, E. M. C.; Sampaio, J. J. C. & Carneiro, C. (2010). Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescente: importância do suporte familiar. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(3), 639-652.

- Hess, A. R. B., Almeida, R. M. M. D., & Moraes, A. L. (2012). Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 171-178.
- Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A. P., & Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, 27(11), 2263-2270.
- Kalina, E. (1999). *Drogadição hoje: individuo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artmed.
- Kant, E. (2006). *Crítica da Razão Prática*. (R. Shaefer, Trad.). São Paulo: Martin Claret. (Obra original publicada em 1788).
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e Psiquiatria Clínica* (9 ed). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 96-98.
- Koob, G. F. (2006). Neurobiology of addiction. *Addiction*, 101(6), 23-30.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 35(2), 217-238.
- Krebs, D. L. (2011). The evolution of a sense of morality. *Creating Consilience: Integrating the Sciences and the Humanities*, 299.
- La Taille, Y. de (1996). *Os conceitos de humilhação e honra em crianças de 7 e 12 anos de idade*. In: Trindade, Z. A., & Camino, C. (Orgs.). *Cognição social e juízo moral*. Coletâneas da ANPEPP. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Psicologia/ANPEPP, 1, 137-154.
- La Taille, Y. de (2001). A questão da indisciplina: ética, virtudes e educação. Em P. Demo, Y. La Taille & J. Hoffmann (Orgs.), *Grandes pensadores em educação: o desafio da aprendizagem, da formação moral e da avaliação* (pp. 67-98). Porto Alegre: Mediação.
- La Taille, Y. de (2002). *Vergonha: a ferida moral*. Petrópolis: Vozes.
- La Taille, Y. de (2006). *Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas*. Porto Alegre: Artmed.
- La Taille, Y. de (2009). *Formação ética: do tédio ao respeito de si*. Porto Alegre: Artmed.
- La Taille, Y. de (2010). *Moral e Ética: Uma Leitura Psicológica*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [num. esp.], 26, 105-114.
- La Taille, Y. de, Duarte, C. S., & Mello, P. C. (1993) *A fronteira moral da intimidade:*

- desenvolvimento moral e construção de normas que regulam o falar-de-si. *Psicol. teor. pesqui*; 9(1), 51-73.
- La Taille, Y. de, Maiorino, C., Storto, D. & Roos, L. (1992). A construção da >fronteira da intimidade: A humilhação e a vergonha na educação moral. *Cadernos de Pesquisa*, 82, 43-55.
- Laranjeira, R., Figlie, N. B., & Cordeiro, D. C. E. (2007). *Boas Práticas no Tratamento do uso e Dependência de Substâncias*. Editora Roca.
- Laville, C.; Dionne, J. (1999) A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: UFMG.
- Le Breton, David (1997). *La Sociologie du Corps*, Paris, PUF.
- Leeming, D.; & Boyle, M. (2013). Managing shame: An interpersonal perspective. *British Journal of Social Psychology*, 52, 140–160.
- Leite, S. C., Oliveira, M. M. de, & Cruz, V. D. (2015). O encontro com o crack: início, tempo, quantidade diária e formas de uso. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 11(2), 97-104.
- Leith, K. P., & Baumeister, R. F. (1998). Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: guilt-prone people are better at perspective taking. *Journal of personality*, 66(1), 1-37.
- Lewis, M. (1992). *Shame: the exposed self*. New York: The Free Press.
- Lima, M. G. D. (2015). Sentimentos de vergonha em estudantes universitários, um estudo na moralidade. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, UFES, Vitória- ES.
- Lister, J. J., Ludgerwood, D. M., Lundahl, L.H., & Greenwald, M. K. (2015). Causal pathways between impulsiveness, cocaine use consequences, and depression. *Addictive Behavior*, 41, 1-6.
- Maçaneiro, A., & Bastiani, J. (2015). Uso de drogas por adolescentes de uma comunidade escolar. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 4(1), 1-8.
- Macedo, L. (1994). *Ensaio construtivistas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Macedo, L. (2010). *Para um amor florescer*. Trabalho não publicado. Universidade de São Paulo, São Paulo. Acessado em 18 junho, 2016, em: <http://paulofreirejundiai.blogspot.com/2010/09/artigo-do-prof-dr-lino-de-macedo.html>.
- Machado, J. P. (1952). *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Lisboa: Confluência.
- Minayo, M. C. S (1996). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (6 ed) Petrópolis: Vozes.

- Ministério da Justiça e Cidadania do Governo Federal (2016). *Crack é possível vencer*. Acessado em 10 de fevereiro de 2016, em: <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>
- Moraes, T. P. B., & Torrecillas, G. L. S. (2013). Avenidas Mentais do Prazer Químico “Barato”: Uma Introdução ao Estudo das Drogas Psicoativas e da Dependência Sob a Perspectiva da Moderna Psicologia Evolucionista. *UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ., Londrina, 14*(2), 143-149.
- Nascentes, A. (1955). *Dicionário etimológico de língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Acadêmica.
- Nascimento, J. C. C., Silva, P. N., Silva, L. C. C. S. (2015). *Crack: Construindo um caminho de volta*. Acessado em 05 de março de 2015, em: <http://gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2787/2807>
- Neves, A. C. L., & Miasso, A. I. (2010). Uma força que atrai: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*, 589-597.
- Nimtz, M. A., Tavares, N. M. F., Maftum, M. A., Ferreira, A. C. Z., Borba, L. O., & Capistrano, F. C. (2014). Impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos. *Cogitare Enferm, 19*(4), 667-72.
- Nonticuri, A. R. (2010). As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste contexto. TESE
- Olivenstein, C. (1980). *A droga – droga e os toxicômanos*. São Paulo: Brasiliense.
- Oliveira, L.; Nappo, S. (2008). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: 935 padrão e uso controlado. *Rev Saúde Pública, 42*(4), 664-671.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento – CID-10* (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Orth, U., Robins, R. W., & Soto, C. J. (2010). Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span. *Journal of personality and social psychology, 99*(6), 1061.
- Peixoto, C., Prado, C. H. D. O., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T. D., & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de psiquiatria, 59*(4), 317-321.
- Peluso, É. D. T. P., & Blay, S. L. (2008). Public perception of alcohol dependence. *Revista brasileira de psiquiatria, 30*(1), 19-24.

- Petternon, M., Guimarães, L. S. P., Pedroso, R. S., Woody, G. E., Pechansky, F. P., & Kessler, F. H. P. (2015). Careless and overprotective fathers are associated with antisocial crack users. *Drug and Alcohol Dependence, 14*, 15-28.
- Piaget, J. (1994). *O juízo moral na criança*. (2 ed.) (E. Lenardon, trad.). São Paulo: Summus. (Original publicado em 1932).
- Piaget, J. (2004). *Seis estudos de psicologia*. (24ª ed., M. A. M. D'Amorim & P. S. L. Silva, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1964).
- Piaget, J. (2014). *Relação entre a Afetividade e a Inteligência no Desenvolvimento Mental da Criança* (Saltini, C. J. P., & Cavenaghi, D. B, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Wak. (Trabalho original publicado em 1954).
- Pratta, E. M. M., & dos Santos, M. A. (2009). Uso de drogas na família e avaliação do relacionamento com os pais segundo adolescentes do ensino médio. *Psico, 40*(1), 55-68.
- Queiroz, S. S., de Macedo, L., Alves, A. D., & de Souza Garioli, D. (2011). Afetividade, cognição e conduta na prova operatória de seriação. *Schème-Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas, 2*(3), 295-316.
- Raup, L., & Adorno, R. C. F. (2011). Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva, 16*(5), 2613-2622.
- Reis, M. E. B. T. (2014). Um olhar psicanalítico sobre os grupos de apoio a famílias de drogadictos. *Revista da SPAGESP, 15*(2).
- Rezende, R & Falcão, A. (2016). *G1 entra em crackolândia no ES e registra a realidade de usuários*. Acessado em 10 de maio de 2016, em: <http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2016/01/vitoria-tem-mais-de-6-mil-usuarios-de-crack-e-g1-entra-em-cracolandias.html>
- Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Dias, A.C., & Laranjeira, R. (2006). Causes of death among crack cocaine users. *Rev Bras Psiquiatr. 28*(3), 196-202.
- Rigotto, S. D., & Gomes, W. B. (2002). Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e pesquisa, 18*(1), 95-106.
- Rocha, W. D. S., Alves, E. R. P., Vieira, K. F. L., Barbosa, K. K. D. S., Leite, G. D. O., & Dias, M. D. (2015). Concepções dos usuários de crack sobre os fatores que influenciam o uso e a dependência. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, 11*(3), 129-135.
- Romanini, M. & Roso, A. (2012). Mídia e cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. *Temas em Psicologia, 21*(2), 483-497.

- Rozin, L., & Zagonel, I. P. S. (2012). Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. *Acta Paul Enferm*, 25(2), 314-8.
- Sales, M. A. (2007). *Adolescentes infratores como metáfora da violência*. São Paulo: Cortez.
- Sanchez, Z.M., & Nappo, S.A. (2008). Intervenção religiosa na recuperação de dependentes químicos de drogas. *Rev Saúde Pública*, 42(2), 265-72.
- Santos (2008) *Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, os Portadores de Dependência Química e suas Famílias*. Trabalho de Conclusão de Curso, Programa de Psicologia. Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALE).
- Santos, C. E., & Costa-Rosa, A. (2007). A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 487-502.
- Santos, M. J., & Kaussof, A. L. (2007). Uma Investigação Econômica da Influência do Mercado de Drogas Ilícitas Sobre a Criminalidade Brasileira. *Economia, Brasília (DF)*, 8(2), 187-210.
- Sayago, C. B. W., Lucena-Santos, P., Horta, R. L. , & Oliveira, M. S. (2014). Perfil clínico e cognitivo de usuários de crack internados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 21-28.
- Schimith, P.B. (2013). *Psicologia da Moralidade e Psicanálise: um estudo sobre o sentimento de vergonha*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2011). *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Smith, A. (1792/2002). *Teoria dos sentimentos morais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Smith, M., & Smith, P. (2005). The problem of drug prohibition for drug users: a Mertonian analysis of everyday experience. *Electronic Journal of Sociology*, 7.
- Sobral, C. A., & Pereira, P. C. (2012). A co-dependência dos familiares do dependente químico: revisão da literatura. *Revista Fafibe On-Line*, 1(5), 1-5.
- Subramaniam, G. A. , Stitzer, M. A. , Woody, G., Fishman, M. J., Kolodner, K. (2009). Clinical characteristics of treatment-seeking adolescents with opioid versus cannabis/alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 99(1-3), 141-9.
- Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory. *Journal of personality and social psychology*, 59(1), 102.
- Tangney, J. P. E., & Fischer, K. W. (1995). Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride. In *The idea for this volume grew out of 2 pivotal*

- conferences. *The 1st conference, on emotion and cognition in development, was held in Winter Park, CO, Sum 1985. The 2nd conference, on shame and other self-conscious emotions, was held in Asilomar, CA, Dec 1988.* Guilford Press.
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual review of psychology*, 58, 345.
- Tinoco, R. (2007). Notícias de uma investigação autobiográfica: o consumo de drogas como dilema moral. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 53, 159-178.
- Tognetta, L. R. P., & La Taille, Y. D. (2008). A formação de personalidades éticas: representações de si e moral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 181-188.
- Tracy, J. L., Robins, R. W., & Tangney, J. P. (Eds.). (2007). *The self-conscious emotions: Theory and research.* Guilford Press.
- Treeby, M., & Bruno, R. (2012). Shame and guilt-proneness: Divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomology. *Personality and Individual Differences*, 53, 613-617.
- Tungendhat, E. (2007). *Lições sobre Ética.* Petrópolis, RJ: Vozes.
- United Nations Office on Drug and Crime. (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence.* Acessado em 10 de outubro de 2014, em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=yKV6i3ZK86kC&oi=fnd&pg=PP2&dq=united+nations+office+on+drug+and+crime>.
- Vieira, J. K. D. S., Carvalho, R. N., Azevedo, E. B. D., Silva, P. M. D. C., & Filha, M. D. O. F. (2010). Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande, PB. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(2), 274-295.
- Volkow, N. D., & Li, T. K. (2004). Drug addiction: the neurobiology of behavior gone awry. *Nature Reviews: Neuroscience*, 5, 963-970.
- Weber, L. (2004). Efeitos dos comportamentos moral dos pais sobre o comportamento moral dos filhos adolescentes. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e Adolescência da Universidade Federal do Paraná: Curitiba.
- Yin, R. (2001). *K. Estudo de caso. Planejamento e métodos.* São Paulo: Edições 2.





## 11. APÊNDICES

### 11.1 Apêndice A- Roteiro de entrevista

#### **Caracterização**

1. Qual sua idade?
2. Qual seu estado civil?
3. Você estudou até qual série?
4. Você possui religião? Se sim, qual?
5. Você reside com alguém ou sozinho? Se for com alguém, com quem reside?

#### **Uso da primeira substância**

6. Quais substâncias lícitas e ilícitas você já fez uso alguma vez na sua vida?
7. Você pode me contar um pouco sobre esse uso até chegar no crack?
8. Conte um pouco sobre como era sua vida antes de começar a fazer uso frequente de crack.
9. Você pode falar um pouco sobre a motivação para iniciar o uso dessas substâncias?
10. Agora naquela época, em que você iniciou o uso, como você se sentia? Quais sentimentos surgiam devido a esse uso?

#### **Uso de crack**

11. Quantos anos você tinha quando começou usar crack?
12. Quando você acha que o uso de crack aumentou?
13. O que te motivou a iniciar o uso de crack? Por quê?
14. Retomando aquela época em que você iniciou o uso do crack.

15. Como era sua vida naquela época?
16. Você lembra os sentimentos que você costumava sentir?
17. Como era a sua relação com sua família?

### **Histórico tratamento de internação**

18. Em que lugares você já procurou tratamento? O que achou de cada um?
19. Você esteve em tratamento de internação outras vezes? Se sim, quantas vezes?
20. Quando foi a primeira vez que você procurou tratamento? Por que procurou?
21. Você já abandonou algum tratamento de internação? Se sim, quantas vezes?
22. O que te motivou a procurar o primeiro tratamento de internação? [Caso haja] E o último tratamento de internação?

### **Durante a internação**

23. O que achou do primeiro tratamento de internação enquanto estava lá?
24. O que você achou do último tratamento de internação?
25. Vamos voltar àquela época, durante seu último tratamento de internação. Você lembra os sentimentos que você sentia? E com relação ao tratamento de internação? O que você acha que contribuía para que esses sentimentos surgissem?
26. Como eram os sentimentos com relação ao crack durante o tratamento?

### **Ao sair da internação**

27. Por que você abandonou o tratamento de internação?
28. Quais eram seus sentimentos em relação ao tratamento de internação?
29. Como você se sentiu assim que você abandonou o tratamento de internação?

Como você se sentia em relação à vida?

30. Hoje você acha que passar pela internação lhe ajudou?

Se sim, como?

Se não, por quê?

31. Hoje, quais são seus sentimentos em relação ao tratamento de internação?

32. Para você, o que é dependência química?

33. Você se considera dependente químico? Por quê?

34. Como é a sua relação com a sua família hoje?

35. Hoje, quais são seus sentimentos em relação ao crack?

36. Por que você não usa mais crack?

37. Quais são hoje seus sentimentos em relação a sua vida?

Você acha que seu relacionamento com a sociedade, de forma geral, mudou depois que você encerrou o uso?



### 11.2 Apêndice B- Termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participantes

A ser lido e assinado pelos participantes da pesquisa, conforme exigido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**Título:** *O caminho das pedras: sentimentos relatados por dependentes em abstinência de crack*

**Orientanda:** Mariana Spelta Cruzeiro

**Orientador:** Sávio Silveira de Queiroz

**Parecer Comitê de Ética em Pesquisa:**

\_\_\_\_\_. Estou realizando uma pesquisa acerca dos sentimentos de usuários de crack. O objetivo desse trabalho é investigar sentimentos relativos ao uso de crack e tratamento de internação, a partir do discurso de indivíduos abstêmios.

Caso aceite, você será solicitado a algumas questões referentes a um roteiro de entrevista, a ser realizada de forma individual ou coletiva, em dia e horário a serem combinados. Você pode desistir dela a qualquer momento da coleta de dados, sem qualquer punição ou sanção.

Toda e quaisquer informações obtidas na pesquisa serão confidenciais, estando disponíveis somente para a equipe de pesquisadores. Serão criados nomes fictícios e as informações serão tratadas de modo a não possibilitar a sua identificação. Os resultados deste estudo poderão ser publicados em periódicos, respeitando todos os critérios éticos aqui mencionados.

A participação na pesquisa é voluntária e não acarretará algum ônus nem bônus financeiro para os participantes e também não deverá acarretar benefícios nem danos significativos para a saúde dos mesmos. Como benefício, podemos estimular a reflexão e o diálogo sobre o tema. A pesquisa envolve riscos mínimos. Como desconforto, a discussão poderá tocar em aspectos pessoais, revelando conflitos intra e interpessoais. Caso os incômodos provocados sejam relevantes, os participantes serão encaminhados para apoio psicológico nas redes de assistência à saúde ou em clínicas escolas, como a da UFES, por exemplo.

Estaremos a disposição para quaisquer esclarecimentos antes, durante e depois da pesquisa.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações que se seguem, no caso de aceitar participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Em caso de dúvida, você poderá procurar o pesquisador ou o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, conforme informações abaixo:

Pesquisador Responsável: Mariana Spelta Cruzeiro

Telefones: (27) 3239-4484/ 38192-7070 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia-UFES)

Email: nanaspelta@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, Campus Goiabeiras, Vitória/ES

Tel. (27) 4009-2430

E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com.

Desde já agradecemos a sua colaboração!

Atenciosamente,

Mariana Spelta Cruzeiro

Pesquisadora

Após ter tomado conhecimento dos objetivos e procedimentos desta pesquisa: Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, Endereço \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo realizado por Mariana Spelta Cruzeiro. Estou ciente que a participação será totalmente voluntária e que poderá ser interrompida a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Eu recebi uma cópia deste termo e possibilidade de lê-lo e esclarecer quaisquer dúvidas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

Cidade: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



### 11.3 Apêndice C- Estudo de sentimentos realizado pelo LAPSIM

Tabela 37: Estudos de sentimentos morais realizados por membros do LAPSIM.

<b>Estudos de Sentimentos do LAPSIM</b>	
<u>Vergonha</u>	<p>Lima, M. G. D. (2015). <i>Sentimentos de vergonha em estudantes universitários, um estudo na moralidade</i>. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.</p> <p>Schimith, P. B. (2013). <i>Psicologia da moralidade e psicanálise: um estudo sobre o sentimento de vergonha</i>. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.</p>
<u>Amor</u>	<p>Alves, A. D. (2011). <i>A gênese da concepção de amor: um estudo sob a ótica da moralidade</i> (Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória).</p>
<u>Honra</u>	<p>Salgado, M. M. (2010). <i>Moralidade E Honra: os juízos de adolescentes em medidas socioeducativas de internação</i>.</p>

	Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
<u>Humilhação</u>	Andrade, A. N. (2012). <i>Ecos do Silêncio: juízos de surdos no âmbito da formação superior sobre projetos de vida e humilhação nas perspectivas moral e ética</i> (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.