

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Cintya Guimarães de Queiroz

**MÃES DE USUÁRIOS DO *CRACK*: FONTES DE ESTRESSE E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO**

Goiânia
2016

Cintya Guimarães de Queiroz

**MÃES DE USUÁRIOS DO *CRACK*: FONTES DE ESTRESSE E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde - nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro.

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente.

Goiânia
2016

Q3m Queiroz, Cintya Guimarães
Mães de usuários do Crack [manuscrito] : fontes de
estresse e estratégias de enfrentamento / Cintya Guimarães
Queiroz.-- 2016.

79 f.; il.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação STRICTO
SENSU em Atenção à Saúde, Goiânia, 2016

Inclui referências

1. Toxicômanos. 2. Mães. 3. Ajustamento (Psicologia).
4. Stress (Psicologia). I.Ribeiro, Maysa Ferreira
Martins. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 159.944.4(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cintya Guimarães de Queiroz

MÃES DE USUÁRIOS DO *CRACK*: FONTES DE ESTRESSE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 03 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro
Presidente da banca – PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila
Membro Efetivo, Interno à PUC Goiás

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe
Membro Convidado, Interno ao Programa – PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Flávia Martins Gervásio
Membro Efetivo, Externo da UEG

Prof.^a Dr.^a Cejane Oliveira Martins Prudente
Membro Suplente, Interno à PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Ruth Losada de Menezes
Membro Suplente, Externo da UNB

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo a todas as mães que vivenciam em seu cotidiano a realidade de ter um filho usuário de crack que passam pelo estresse e o enfrentamento e cursam com dificuldades para acessar o tratamento no sistema de saúde brasileiro.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** verdadeiro pai e divino Mestre e ao meu guia espiritual que sempre está ao meu lado, dando-me força e coragem para prosseguir minha caminhada e por estar à frente de todas as batalhas da minha vida.

Aos **meus pais** pela presença, apoio e companhia constantes em minha vida, sempre dedicados e compreensivos. Por não medir esforços para manter meus estudos, muitas vezes os custeando e investindo em meu aperfeiçoamento profissional, por apostarem em meu potencial e estarem junto comigo em todas as caminhadas, batalhas e vitórias da minha vida.

Ao meu querido irmão **Lázaro** que mesmo de longe sempre acompanha as minhas escolhas e acredita na minha capacidade profissional para alcançar meus objetivos e sonhos.

À minha orientadora, **Prof^ª. Dr^ª. Maysa Ferreira Martins Ribeiro**, que aceitou desde o início o meu interesse pelo tema, sempre disposta a ajudar e a compartilhar seus conhecimentos científicos e, em especial, de vida. Abriu-me as portas da ciência e me ensinou a ter um rigor na escrita científica e em todas as etapas do estudo. Difícil expor em palavras minha gratidão por sua dedicação, carinho, companheirismo e incentivos constantes e, acima de tudo, por haver acreditado em mim e ser a maior entusiasta do tema desta dissertação! Admiro demais sua competência profissional!

Aos professores: **Prof. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe, Prof^ª. Dr^ª. Vanessa da Silva Carvalho Vila, Prof^ª. Dr^ª. Cejane Oliveira Martins Prudente, Prof^ª. Dr^ª. Flávia Martins Gervásio e Prof^ª. Dr^ª. Ruth Losada de Menezes**, componentes da banca examinadora deste estudo, por sua atenção, cuidado, carinho e contribuições enriquecedoras para meu trabalho.

À todos os **professores do Mestrado em Atenção à Saúde**, em especial as professoras que ministraram as disciplinas do programa, pelo incentivo à busca de aperfeiçoamento profissional, nos lembrando de sempre sermos profissionais humanizados.

À **coordenadora do CAPSad Vida**, pelo apoio institucional necessário para a realização deste trabalho.

Às **mães do estudo** por ter confiado em meu trabalho e exposto suas vidas particulares nas entrevistas para que eu pudesse compreender melhor o cotidiano de cada uma.

À secretária **Amanda**, do Programa do Mestrado em Atenção à Saúde, pela dedicação, companheirismo e disponibilidade em sempre nos auxiliar, com o seu profissionalismo e simpatia.

Aos **amigos de Pós-graduação**, que estiveram presentes, compartilhando o processo de crescimento e de amadurecimento científico, pelos momentos de descontrações e confraternizações. Em especial um agradecimento às colegas Maria Amélia e Érica que tornaram esse caminho mais feliz com nossos encontros, conversas e desabafos.

Às minhas queridas **amigas e amigos** que, mesmo não citados nominalmente, sabem da minha gratidão por tornarem meus dias mais alegres e por me lembrar de que a vida deve ser vivida com alegria e entusiasmo, não deixando abater pelo baixo astral que muitas vezes me dominava.

Agradeço a todos os **familiares** pelo carinho e sincera torcida para que esse trabalho fosse finalizado com responsabilidade, tranquilidade e êxito.

RESUMO

QUEIROZ, C. G. **Mães de usuários do crack: fontes de estresse e estratégias de enfrentamento.** 2016. 76 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2016.

O *crack*, é um grande de saúde pública reflete na sociedade, nas famílias e principalmente nas mães que vivenciam a situação de ter um filho usuário. Neste estudo foi possível compreender quais foram as principais fontes de estresse materno e as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães. Estudo com abordagem qualitativa e descritiva desenvolvido com o objetivo de conhecer as principais fontes de estresse das mães de filhos usuários de *crack* e como essas mães o enfrentam. Participaram do estudo 17 mães: 12 foram recrutadas por meio dos telefones cadastrados no Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas (CAPSad) e, cinco indicadas pelas próprias participantes por meio do método amostral bola de neve. As entrevistas, realizadas no CAPSad ou no domicílio das participantes, seguiram um roteiro com quatro questões norteadoras. O conteúdo foi transcrito e analisado, sob o referencial da Teoria Fundamentada nos Dados. A codificação, a análise e a interpretação dos dados permitiram construir as categorias, subcategorias e o modelo teórico que explica o cenário vivido pelas mães de usuários do *crack*. As categorias centrais construídas foram: Fontes de estresse; Sintomas de estresse e Estratégias de enfrentamento (*coping*). As subcategorias foram: A descoberta: início do pesadelo para a mãe; Os efeitos da dependência do filho sobre a mãe; Conflitos familiares; Esgotamento emocional e físico; Batalha contra o vício: estratégias pessoais e busca por tratamento; *Coping* religioso e *coping* social. As mães vivenciaram diferentes e intensas fontes de estresse a partir do momento que descobrem que os filhos são dependentes. Elas enfrentaram um pesadelo dentro de casa, sentem-se culpadas, sofrem ao perceberem os efeitos que o *crack* provoca nos filhos, são vítimas de violência por parte dos filhos, vivem mergulhadas no medo e na insegurança. A família fica completamente desestruturada e as brigas são constantes. Na tentativa de recuperar o filho e trazer paz para a família as mães lançaram mão de algumas estratégias extremas e pouco aceitáveis socialmente, como, por exemplo, ter atitudes permissivas e financiar o vício, ou usar a violência física e verbal. Outras estratégias usadas, agora mais eficientes, foram buscar o tratamento, encontrar conforto por meio da religiosidade, da fé e do apoio dos amigos. Entretanto, como as mães possuem poucos recursos e encontraram pouco, ou nenhum, apoio nas redes que deveriam oferecer suporte elas ficaram esgotadas física e emocionalmente e anunciaram o seu adoecimento. Esses resultados poderão facilitar ou promover o encaminhamento das mães para uma assistência que atenda às suas necessidades específicas. O estudo também contribui com importante alerta aos profissionais da saúde no sentido de promover estratégias preventivas, não só para com os usuários do *crack*, mas também para as mães e demais familiares com filhos nessa situação.

Palavras-chave: Mães. Usuários de *crack*. Estresse. *Coping*.

ABSTRACT

QUEIROZ. C. G. **Crack users mothers: sources of stress and coping strategies**. 2016. 76 f. Dissertation (Master of Health Care) – Catholic University of Goiás, Goiânia, 2016.

Crack is a major public health reflects on society, families and especially the mothers who experience the condition of having a child user. In this study it was possible to understand what were the main sources of maternal stress and the main coping strategies used by mothers. Study with qualitative and descriptive approach developed in order to know the main sources of stress mothers of crack users and children as these mothers face. Study with qualitative and descriptive approach developed in order to know the main sources of stress mothers of crack users and children as these mothers face. The study included 17 mothers 12 were recruited by means of registered phones in alcohol and drug Psychosocial Care Center (CAPSad) and five indicated by the participants themselves through the sampling method snowball. The interviews, conducted in CAPSad or domicile of the participants followed a script with four guiding questions. The content was transcribed and analyzed under the framework of Grounded Theory. The coding, analysis and interpretation of the data allowed the construction of categories, subcategories and the theoretical model that explains the scenario experienced by crack users mothers. The built central categories were: stress sources; Stress symptoms and coping strategies (coping). The subcategories are: Discovery: beginning of the nightmare for the mother; The effects of the child's dependence on the mother; family conflicts; emotional and physical exhaustion; Battle against addiction: personal strategies and seeking treatment; religious coping and social coping. Mothers experienced different and intense sources of stress from the moment they discover that the children are dependent. They faced a nightmare at home, they feel guilty, suffer to realize the effects that the crack causes in children are victims of violence by children, live immersed in fear and insecurity. The family is completely dysfunctional and the fights are Constant. While trying to retrieve the child and bring peace to the family mothers resorted to some extreme strategies and little socially acceptable, for example, have permissive attitudes and finance addiction, or use physical and verbal violence. Other strategies used now more efficient, were seeking treatment, find comfort through religion, faith and the support of friends. However, as mothers have few resources and found little or no support in the networks they should support them were exhausted physically and emotionally and announced their illness. These results may facilitate or promote the referral of mothers to assistance that meets their specific needs. The study also provides important warning to health professionals to promote preventive strategies, not only to crack users, but also for mothers and other family members with children in this situation.

Keywords: Mothers. Crack users. Stress. Coping.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo geral	12
2.2	Objetivos específicos	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	As drogas e seus efeitos	13
3.2	As drogas no Brasil	15
3.3	O <i>crack</i> no contexto familiar e social	17
3.4	O impacto da droga na vida da mãe	19
3.5	Conceitos sensibilizadores para essa pesquisa: estresse; <i>coping</i> e resiliência	20
3.5.1	O estresse	20
3.5.2	O <i>coping</i>	22
3.5.3	A resiliência	24
4	MÉTODO	26
4.1	Aspectos ético	26
4.2	Tipo de pesquisa	26
4.3	Local de pesquisa	27
4.4	População	27
4.5	Crítérios de inclusão e exclusão	27
4.6	Coleta de dados e amostragem	27
4.7	Análise dos dados	29
5	RESULTADOS	32
5.1	A descoberta: início do pesadelo para a mãe	35
5.2	Os efeitos da dependência química do filho sobre a mãe	38
5.3	Conflitos familiares	40
5.4	Esgotamento emocional e físico	41
5.5	Batalha contra o vício: estratégias pessoais e busca por tratamento	42
5.6	<i>Coping</i> religioso e <i>coping</i> social	46
6	DISCUSSÃO	49
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS	58

ANEXOS	68
ANEXO A - Parecer de aprovação do comitê de ética da PUC-GO	69
ANEXO B - Solicitação ao CAPSad para realização da pesquisa	71
APÊNDICES	72
APÊNDICE A - Termo de consentimento Livre e Esclarecido	73
APÊNDICE B – Termo para a gravação da entrevista	75
APÊNDICE C – Instrumento norteador para roteiro da entrevista	76

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 10% das populações urbanas fazem uso de substâncias psicoativas, independentemente do sexo, do nível social, do poder aquisitivo, da escolaridade e da idade (BRASIL, 2004). O uso abusivo de drogas representa um problema de abrangência mundial que repercute em danos aos usuários, à família, à sociedade e é considerado um problema de saúde pública (PRATTA; SANTOS, 2006).

A droga conhecida como *crack* chegou ao Brasil no fim dos anos 1980, nas periferias da cidade de São Paulo, e, devido ao seu baixo custo, por muito tempo teve o consumo restrito aos grandes centros urbanos. Hoje se espalha para além das divisas metropolitanas e é consumida em larga escala em todo o país, promovendo um fenômeno preocupante intitulado “epidemia do *crack*” (REIS; MOREIRA, 2013).

Estimativas oficiais do censo de 2010 apontam que cerca de 1,2% da população usa ou pode ter usado o *crack*, totalizando 2,3 milhões de brasileiros. O perfil desse público consiste em jovens do sexo masculino, com baixo nível socioeconômico e educacional, sem trabalho formal ou desempregados, consumidores de outras drogas associadas ao *crack*, envolvidos com criminalidade e com saúde bastante comprometida (SENADO FEDERAL, 2011).

A dependência do *crack* revela também um impacto no contexto familiar, por impor uma sobrecarga emocional e de cuidados que desestrutura e aflige as famílias. Os usuários da droga referem mentiras, executam roubos e extorsão de dinheiro e se envolvem com o tráfico e com o crime. Comportamentos violentos são comuns, incluindo agressões para com os pais (REIS; MOREIRA, 2013).

Em famílias que enfrentam problemas com o *crack*, desempenhar o papel materno pode gerar conflitos e sofrimento, como também pode ser fonte de apoio no caminho para a libertação do vício. Como as mães são, normalmente, mais envolvidas no cuidado com os filhos e quase sempre as principais responsáveis por sua educação, sentem tristeza profunda quando estes iniciam o consumo do *crack*. Elas passam também a vivenciar o cenário das drogas, do tráfico e do crime (GALERA; ROLDAN; O'BRIEN, 2005).

A falta de conduta correta por parte dos filhos pode causar problemas de ordem emocional nos pais, como o estresse e a depressão, principalmente quando os filhos estão usando drogas. As mães se destacam pelo maior índice de sofrimento. Atualmente se considera que essas atitudes/características maternas têm ligações com raízes históricas e socioculturais na determinação de papéis de gênero. Por esse motivo, as mães quase sempre

estão mais ligadas ao processo de enfrentamento, quando existem os problemas familiares, sentem-se responsáveis e passam a acreditar que erraram na formação e educação dos filhos (PENSO; SUDBRACK, 2004).

A adaptação às adversidades, também conhecida como *coping*, possibilita que as pessoas busquem meios para enfrentar os acontecimentos estressantes (SOLDERA et al., 2004). Outra habilidade comportamental que as pessoas podem desenvolver após intenso período de sofrimento é a resiliência, conceituada como a capacidade de lidar com as adversidades, enfrentar e encarar os desafios e superar eventos estressores que podem prejudicar a saúde mental e física. No contexto da dependência química, a resiliência pode ser um mecanismo de proteção, tanto para o usuário como para os familiares. No caso destes últimos, por torná-los mais tolerantes e propensos ao apoio ao tratamento dos filhos (PATTERSON, 2002; PALUDO; KOLLER, 2005).

Em suma, o processo psíquico e comportamental da resiliência é comparável às etapas da ostra, como citado no estudo de Cyrulnik, em 1999: para se proteger do grão de areia que fere internamente, a ostra se fecha e arredonda as asperezas do grão, dando origem a uma joia, que é a pérola. Portanto, é por meio de experiências de sofrimento que podem se revelar forças até então desconhecidas, embora algumas feridas de situações traumáticas possam não estar totalmente cicatrizadas e escondidas por comportamentos resilientes (LARANJEIRA, 2007).

A motivação inicial sobre o tema “Mães de usuários do *crack*: fontes de estresse e estratégias de enfrentamento” surgiu da observação da capacidade de cuidar e amar que essas mães apresentavam. Essa experiência ocorreu durante a supervisão de estágios acadêmicos, como docente do curso de graduação em Enfermagem do segundo semestre de 2012 até o primeiro semestre de 2014, em um Centro de Atenção Psicossocial específico para desintoxicação de álcool e drogas (CAPSad). Por meio desse estágio supervisionado, da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, realizado com grupos de alunos, esta pesquisadora pôde perceber o sofrimento dos familiares desses usuários, principalmente das mães, que eram as únicas que sempre visitavam os filhos.

Destaca-se, portanto, a importância da figura materna no cenário da dependência química do *crack*. As mães necessitam de atenção especial, pois a sobrecarga a que estão expostas pode comprometer seu estado emocional e gerar problemas físicos. Dessa forma, este trabalho se justifica por tentar conhecer como mães de usuários de *crack*, cujos filhos fazem tratamento em um CAPSad, descrevem o convívio com os filhos e, a partir das descrições, identificar as fontes estressoras e de enfrentamento dessa situação.

Há ainda a necessidade de outros estudos e pesquisadores empenhados nessa temática, para contribuir com a mudança desse cenário lamentável que agride não só os usuários como também seus familiares e toda a sociedade. Analisando em especial a vida das mães, compreende-se que o estudo poderá contribuir para identificar genitoras em risco de adoecimento emocional e físico e assim facilitar ou promover o encaminhamento para uma assistência que atenda às suas necessidades. Além disso, poderá alertar os profissionais da saúde para a importância de promover estratégias preventivas, não só para com os usuários do *crack*, mas também para as mães e demais familiares com filhos nesta situação.

Os principais questionamentos que motivaram o estudo foram: Como mães de usuários do *crack* descrevem o cotidiano com os filhos? Quais as principais fontes de estresse e as estratégias de enfrentamento usadas pelas mães para lidarem com esse cotidiano?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Conhecer as principais fontes de estresse e de enfrentamento das mães de filhos usuários de *crack*.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer quais são as principais fontes de estresse descritas pelas mães;
- Conhecer quais são as estratégias de enfrentamento usadas pelas mães;
- Construir um modelo teórico que represente a trajetória das mães no processo de conviver com o filho.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 As drogas e seus efeitos

As substâncias psicoativas acompanham a história da humanidade. Elas são utilizadas desde a pré-história para as seguintes finalidades: recursos terapêuticos, busca pelo prazer, diminuição do sofrimento ou em rituais religiosos. Em várias culturas e sociedades foram divinizadas, por permitirem que os homens fugissem do seu mundo real; entretanto, os riscos eram desconhecidos (CARNEIRO, 2002).

A palavra droga veio do termo *droog*, oriundo da língua holandesa, que significa “seca”; justifica-se pelo fato de os medicamentos serem produzidos a partir de plantas e folhas secas. Mais tarde, descobriu-se que produziam várias alterações metabólicas e traziam prejuízos físicos e psíquicos. Entretanto, ainda hoje, na área médica, a palavra droga é empregada como sinônimo de fármaco para fins terapêuticos (PRATTA; SANTOS, 2006).

Nas antigas civilizações, o uso de drogas servia para fins religiosos e envolvia o misticismo, a união, o convívio social e familiar. O homem utilizava as plantas para tratamentos medicinais e também para obter efeitos alucinógenos, os quais permitiriam uma aproximação com as divindades nos rituais religiosos (RIBEIRO, 2008).

Durante a Idade Moderna, houve uma expansão econômica muito grande na Europa ocidental. As pessoas migraram para as cidades e ampliou-se o comércio marítimo. Nesse movimento, a extensão do comércio das drogas, como a maconha, a cocaína, o ópio, a heroína e o haxixe, continuaram crescendo, tanto na Europa como em outros continentes, bem como seu consumo, lucratividade (com o capitalismo) e produção (BAUDRILLARD, 2008; CARNEIRO, 2002).

Somente no início do século XX, a regulamentação para circulação e uso dessas substâncias passou a ser realizada. O uso abusivo de algumas drogas foi considerado um risco à saúde e se tornou uma ameaça social, haja vista sua relação com o aumento da violência e com o incentivo ao tráfico (RAUP; ADORNO, 2011). Mesmo após a oficialização da lei conhecida como *Harrison Narcotic Act*, em 1914, nos Estados Unidos, a favor da proibição das drogas, muitas pessoas continuaram (e continuam) a consumi-las (ZACCONE, 2007).

Com o intuito de formular políticas para o fortalecimento do sistema de controle e repressão internacional às drogas a fim de instituir sua proibição legal, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou a Comissão de Narcóticos (CDN), em 1946. Essas políticas,

porém, foram falhas, por não conseguirem proibir o comércio de forma efetiva (ACSELRAD, 2005; ALVES, 2009).

Pela facilidade de compra, pelos resultados alucinógenos e pelo potencial causador de dependência, houve um grande interesse no consumo dessas substâncias. Por consequência, a medicina preocupou-se em estudar ainda mais o poder de suas ações e reações no organismo humano (RIBEIRO, 2008).

Após o termo droga ter sido tema de debate na área da saúde, houve a necessidade, por parte da Organização Mundial de Saúde, de defini-lo melhor. Em 1981, o termo passou a ser definido como toda e qualquer substância capaz de alterar as funções dos organismos vivos, resultando em alterações fisiológicas e comportamentais. Considera-se, portanto, que todo medicamento é uma droga, porém nem toda droga é um medicamento (CARLINI et al. 2001).

As drogas psicoativas ou psicotrópicas receberam esse nome devido à sua capacidade de alterar o comportamento, o humor e a cognição. Como agem no sistema nervoso central (SNC), causam alto poder de dependência. Essas drogas têm sido utilizadas para sustentar o vício, tornando-se um problema de ordem mundial (CARLINI et al., 2001; SOLDERA et al., 2004).

Estudos sobre drogas psicotrópicas no Brasil demonstraram que a adolescência é a fase mais vulnerável ao consumo e ao abuso dessas substâncias. O aumento do uso entre adolescentes está interligado com o contexto sociocultural em que vivem como também à personalidade do usuário e à droga utilizada (FARIAS, 2003; SOLDERA et al., 2004).

Entre as drogas de maior comercialização e alto risco de dependência destaca-se a cocaína, que é extraída das folhas da *Erythroxylon coca*, naturalmente encontrada na América do Sul. A partir das folhas, fabrica-se o cloridrato de cocaína, apresentado na forma de um “pó” para aspiração. Este também é solúvel em água e possibilita a diluição para uso endovenoso (GALDURÓZ, 2001).

No início da década de 80, socioetnógrafos americanos, após observação de usuários de drogas das camadas mais pobres de Nova Iorque, Los Angeles e Miami, descreveram um novo meio de usar a cocaína. Primeiro, pegava-se a pasta da cocaína e misturava-se com água e bicarbonato de sódio para formar pedras. Em seguida, estas eram aquecidas e inaladas. Essa nova versão, denominada *crack*, mais potente e barata, propiciou um aumento na comercialização ilegal. O nome foi influenciado pelo barulho típico dos estalos, produzidos no momento do aquecimento das pedras (KESSLER; PECHANESKY, 2008).

A partir da cocaína pura, originam-se a merla e o *crack*, que são preparados de diferentes formas, isto é, nos aspectos de pasta e pedra, respectivamente, e nos dois casos o

consumo se dá por meio do aquecimento. Essas substâncias são voláteis quando aquecidas, mas não são solúveis. A ação ocorre quando elas excitam neurotransmissores que estimulam o Sistema Nervoso Central (SNC), liberando dopamina e noradrenalina. Causam, então, efeitos de euforia, hiperatividade, ansiedade, insônia e falta de apetite (SOLDERA et al., 2004).

As drogas, quando inaladas, principalmente as que são queimadas e fumadas, causam rápida dependência. Nesse sentido, o produto *crack* é uma forma potente da cocaína que rapidamente produz um efeito estimulante. Quando absorvida pelos pulmões, a fumaça alcança rapidamente o cérebro e surgem efeitos muito mais rápidos do que os da cocaína pura (FERRI et al., 1997).

Os efeitos do *crack* acabam rapidamente; a fumaça, ao ser inalada, dura em média cinco minutos. Isso faz com que o usuário volte a consumi-la mais vezes. Devido ao efeito passageiro da droga, o consumo se torna uma compulsão, esse episódio é chamado popularmente de “fissura”. A fissura, compreendida como compulsão pelo uso abusivo da droga para sentir novamente seus efeitos, gera um estado de intenso cansaço e depressão (CARLINI et al., 2001).

A dependência do *crack* quase sempre leva o indivíduo a um fim trágico. Nos primeiros contatos, as sensações são prazerosas e de euforia; fantasia-se um mundo irreal. Em pouco tempo, porém, sobrevêm as sensações de vazio, angústia e desespero. Com isso, o usuário aumenta o consumo, para superar esses sentimentos e continuar usufruindo do prazer fantasioso que o *crack* traz (MAGALHÃES; SILVA, 2010).

O uso contínuo do *crack* provoca desleixo com o corpo, isolamento social, atos antissociais, paranoia, cansaço e depressão. Além disso, também deixa resíduos no pulmão, que potencialmente irritam os brônquios e podem causar pneumonias, enfisema pulmonar e até o câncer (ROCHA, 2008).

Como consequências do vício do *crack*, são rotineiros alguns comportamentos e reações, como: atitudes de violência, comportamento sexual aflorado, prática de furtos, envolvimento com o tráfico e com o crime e perda de noções e hábitos de higienização pessoal. Essa situação se agrava de forma rápida e progressiva (CHAVES et al., 2011).

3.2 As drogas no Brasil

O consumo das drogas altera todo o organismo e o seu uso sistemático traz problemas físicos e psicológicos. De acordo com a ONU, estima-se que há 270 milhões de pessoas

usando drogas de forma ilegal. No Brasil, há aproximadamente 2 milhões de usuários, em decorrência do fácil acesso e uso cada vez mais precoce (BRASIL, 2010).

Em um estudo realizado com jovens (entre os anos de 1987 e 2004), pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), demonstrou-se que o maior consumo do *crack* ocorria em São Paulo, por pessoas do sexo masculino, com idade entre 20 e 24 anos, solteiros e morando sozinhos, com problemas com os pais e, principalmente, com a mãe. Outra tendência muito marcante é o maior consumo dessa droga em crianças e jovens em situação de rua (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

A contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) também relaciona-se ao consumo de cocaína e *crack*. Esse fato decorre dos comportamentos de risco quanto às práticas sexuais observados nessa população, tais como: manter relações sexuais sem proteção, relacionar-se com múltiplos parceiros e o exercício da prostituição. Este é mais comum em mulheres e homossexuais, para manutenção financeira do vício (NAPPO et al., 2004).

Inicialmente, a proibição das drogas era de responsabilidade do sistema jurídico e policial para com os usuários, mas, com o quadro de epidemia e caos social, foi visto que apenas a exclusão dos dependentes não surtiu efeito. Medidas de saúde pública foram implementadas para tratamento e amparo do usuário com mais dignidade e para controle da problemática. A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, por exemplo, garante a universalidade e o direito aos serviços assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas pelo sistema público de saúde (BRASIL, 2004). Foi implantado também, junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), cuja exclusividade é o atendimento/tratamento no intuito de promover a desintoxicação (BRASIL, 2002).

No fortalecimento do combate às drogas, implantou-se a Política Nacional Antidrogas, instituída após uma reunião da Assembleia Geral das Nações Unidas. O país se comprometeu a divulgar informações sobre drogas legais e ilegais e a contratar e/ou capacitar pessoas (como líderes comunitários) para trabalhar e multiplicar conhecimentos referentes à prevenção (BRASIL, 2004).

A Secretaria Nacional Anti-Drogas (Senad), juntamente com o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), diferencia as drogas lícitas das ilícitas. As primeiras têm permitidos o livre comércio e a produção; as ilícitas são aquelas cujo consumo, produção e comercialização são proibidas perante leis. E sob a legislação, também se tornou possível classificar quem é o usuário, o dependente e o traficante, apesar da relação estreita entre eles. Denomina-se usuário a pessoa que faz uso da droga diariamente sem o estágio da compulsão;

dependente é o indivíduo que não consegue se afastar da droga, necessitando sentir seus efeitos na maior parte do tempo; e o traficante é quem sustenta o uso, com a comercialização das substâncias (VENTURA, 2011).

A partir das políticas públicas sobre drogas, houve de forma legal e mais severa a proibição do consumo do *crack*. Ele passou a ser entendido como um problema de saúde e a ser tratado nessa perspectiva, com ênfase nos prejuízos dos seus efeitos e consumo, assim como ocorre em relação a outras drogas ilícitas, como a cocaína, o *ecstasy* e a maconha (OMS, 2001).

Após melhor estabelecimento das políticas antidrogas, foi possível compreender a necessidade de tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários. Elas foram essenciais para definir as normas de atuação nessa assistência e para garantir o atendimento pelo SUS e nos serviços de saúde mental (ORTHA, 2005).

Para uma assistência geral às pessoas com dependência do *crack*, foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras drogas, embasado pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Ele inclui direitos de atendimento a crianças, adolescentes, populações em situações de rua e aos familiares dos usuários (BRASIL, 2010).

O dependente químico necessita de atenção biopsicossocial. Essa atenção vai além da preocupação física com o usuário; engloba assistência aos familiares e ao contexto social em que o usuário vive. Essa necessidade ocorre devido ao fato de a família entrar em um processo de codependência, que é o adoecimento das pessoas que vivem próximas do vício de terceiros, a ponto de terem sintomas, como se tivessem utilizado a mesma droga (SOBRAL; PEREIRA, 2012).

3.3 O *crack* no contexto familiar e social

A família faz parte de um contexto que busca a construção, a formação e a organização das pessoas em um ambiente em que são ensinados direitos e deveres dos cidadãos, como: trabalho, educação, religião, esporte e lazer. Esses aspectos fazem parte de um padrão de vida estabelecido pela sociedade. Quem foge a esse padrão muitas vezes é visto como alguém à margem da sociedade, como por exemplo as pessoas usuárias de *crack*. O capitalismo molda as pessoas em um mundo onde “ter” é mais importante que “ser”, e isso as impulsiona a buscar uma realidade fantasiosa, como o mundo das drogas (MUZA, 2006).

O usuário encontra nas drogas refúgio ou tentativa de resolver problemas de seu cotidiano, quase sempre relacionados às frustrações ou a conflitos (em família, como a

separação dos pais; de ordem pessoal, como o desemprego; com amigos e parceiros). Em um estudo sobre drogas ilícitas, vários foram os motivos enumerados para o início do consumo, como: desejo de fazer parte de um grupo, disfarçar a timidez, sentir-se mais sociável. Outras pessoas são apresentadas às drogas por parceiros ou colegas (GUIMARÃES et al., 2008).

Portanto, o uso está associado a vários motivos, desde à vontade de experimentar novos prazeres e até há problemas de ordem psicossomática. Acredita-se que a educação religiosa seja um fator protetor, por apresentar códigos morais e bons valores (MUZA et al., 1997).

Diante dessa realidade, nota-se a importância do papel familiar, pois a família é o primeiro grupo social de inserção do indivíduo. Ela é, tradicionalmente, o cenário de aprendizagem sobre os valores morais, sociais e religiosos, importantes para a formação do caráter (CRUZ; MARQUES, 2006).

Após a confirmação de que há um usuário na família, é possível que os pais se culpem e se envergonhem pela situação, por supostamente não terem dado atenção ou demorem tempo demais para admitir que havia um usuário em casa e, conseqüentemente, procurar auxílio (SILVA, 2003).

Dessa forma, é de extrema importância a inserção da família no tratamento do usuário de *crack* e de outras drogas. A responsabilidade de cuidar deve acontecer de forma coletiva, considerando que os familiares ajudam na reintegração da pessoa ao convívio social (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

A ajuda da família faz com que a pessoa tenha maior possibilidade de se recuperar ou reabilitar. Caso não haja esse apoio, é maior a possibilidade de acontecer recaídas após o tratamento e o indivíduo pode voltar ao estágio inicial do vício. Muitas vezes, para dar seqüência ao tratamento, o usuário busca forças na fé e nas pessoas que o apoiam (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Diante dessa realidade, inserir a família no tratamento de combate às drogas é um desafio aos profissionais da saúde. A família deve caracterizar os valores e as responsabilidades de cada membro. É necessário, também, que as mães recebam orientações sobre como lidar com os filhos, uma vez que são elas as principais participantes no processo de recuperação do ente que usa drogas. Com isso, seria possível evitar que adoecessem durante as tentativas de recuperar o filho usuário (GALERA; ROLDAN; O'BRIEN, 2005).

3.4 O impacto da droga na vida da mãe

A cultura da mãe cuidadora vem desde o início da humanidade, quando as mulheres cuidavam do lar e da criação dos filhos e dos idosos. Nos dias atuais, muitas mulheres enfrentam essas mesmas responsabilidades. O pai como provedor econômico ainda tem destaque na sociedade; todavia essa realidade vem mudando. A partir da década de 70, as mulheres foram ganhando espaço no mercado de trabalho e, atualmente, muitas mães desempenham também o papel de provedora ou de colaboradora nas finanças. Em certo ponto, refletiu nas relações interpessoais e na criação e educação da prole, pois, sem a presença direta das mães, os filhos ficaram vulneráveis às novas experiências, entre elas, às drogas (CROWE; VANLEITE; BERGHMANS, 2000, ORTHA, 2005; MUZA, 2006).

A sensibilidade materna e o papel que a mãe representa no suporte social e na capacidade de resolver os problemas familiares estão fundamentados na psicologia comportamental. Considera-se que a interação mãe e filho desde os primeiros meses de vida acumula maior proximidade e estabelece um fator de proteção (SILVA, 2003).

Um estudo desenvolvido com familiares de usuários de drogas evidenciou que, nos programas de terapia, os pais foram os que apresentaram maior resistência a comparecer às reuniões, ao passo que as mães, mais preocupadas e assíduas, demonstraram participação mais efetiva no tratamento dos filhos. Em algumas situações o pai nem sequer sabia sobre o problema do vício, pelo qual o filho estava passando (MALUF, 2002).

Alguns pais de usuários são indiferentes e, até certo ponto, permissivos em relação ao uso dessas substâncias. As mães, por outro lado, em sua grande maioria preocupam-se mais com os filhos, podem agir com postura firme diante do problema, repreendendo e reprovando o consumo de drogas desde o início (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005).

Observa-se que o vínculo da mãe com o filho usuário colabora para o enfrentamento do problema, mas também é importante que toda a família desempenhe seu papel nos cuidados e no apoio ao tratamento (ORTHA, 2005). Segundo Nonticuri (2010), em um estudo realizado com famílias de usuários de *crack*, as mães relataram sentimentos conflituosos de dor, raiva, tristeza, intolerância, medo, insegurança, desespero e impotência. Apesar da intensa angústia, a maioria delas não desiste de ajudar e tentam ser tolerantes com a situação (NONTICURI, 2010).

Muitos pais se culpam pelo fato de os filhos usarem drogas, mas, segundo estudos sobre dependência, nem sempre eles são os culpados. Importa considerar, também, que a

dependência perpetua os efeitos conforme a necessidade biológica que o dependente vai requerendo (CRUZ; MARQUES, 2006).

Em outro estudo com mães de usuários de *crack*, foi perceptível, desde o início, a preocupação e os sentimentos de dor e tristeza das genitoras por verem a droga atingir tão rapidamente a vida e a saúde do filho. No entanto essas mulheres ainda demonstravam a vontade de ajudar, mesmo perante os sentimentos de medo, raiva, desespero e impotência (MAGALHÃES et al., 2013).

A vida da mãe de um usuário de *crack* tem consequências desastrosas, uma vez que está constantemente envolvida em relacionamentos conturbados, ora com o filho usuário, ora com os familiares e outras pessoas. Cria-se, dessa forma, um ambiente de descontrole emocional. Esse sofrimento logo é percebido, pelo desgaste físico, exaustão, insônia e pela perda de confiança no filho que a leva a viver uma codependência que pode gerar episódios de estresse (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010; MAGALHÃES et al. 2013).

3.5 Conceitos sensibilizadores para essa pesquisa: estresse, *coping* e resiliência

As pesquisas que utilizam a Teoria Fundamentada nos Dados como metodologia necessitam muitas vezes ter conceitos sensibilizantes como pontos de partida, para determinar: o foco da pesquisa, as questões de entrevista e a escuta aos entrevistados (para compreender, analisar e interpretar os dados). Esses conceitos facilitam o desenvolvimento da pesquisa, pois auxiliam na criação de ideias e colaboram para que o objetivo seja atingido. Os pesquisadores os utilizam como ferramenta para conduzir a contextualização da teoria, pois esses conceitos conectam o contexto de vida com a realidade em que vivem (CHARMAZ, 2009).

Assim, o estresse, o *coping* e a resiliência das mães deste estudo foram pontos - chave na pesquisa, tanto para a compreensão do seu cotidiano quanto para a construção da teoria fundamentada.

3.5.1 O estresse

A palavra estresse é derivada do latim. Seu significado foi inicialmente utilizado na Física para indicar o desgaste sofrido por materiais expostos às pressões ou forças que tendiam a deformá-los (LIMA; CARVALHO, 2000; NAUJOURKS, 2002). Posteriormente foi também empregado na Química, para explicar o fenômeno que ocorria com os vegetais

que sofriam um desgaste estrutural devido a vários fatores, entre eles: a temperatura, a umidade, os parasitas e a radiação solar. As plantas alteravam seu metabolismo devido a esse desgaste (estresse externo), chamado de estresse oxidativo (HINKLE, 1973).

O estresse vindo do meio externo também foi mencionado pelo fisiologista Cannon, em 1926, após uma experiência com cobaias de laboratório. Ele percebeu uma extrema ansiedade nesses seres, quando passavam por experiências de luta e fuga, a ponto de desencadear alterações endócrinas, desgaste metabólico e cardiovascular e liberação de sensações de frio e falta de oxigênio (LOURES et al., 2002).

Na área da saúde, o médico endocrinologista Hans Selye, na década de 1930, empregou o termo estresse, antes utilizado por Cannon, e percebeu a existência de outros fatores de tensão no organismo, devido à dificuldade em se adaptar ou de suportar problemas. Com isso, o termo estresse passou a ser visto como objeto da ciência e que necessitaria de estudos (LIMA; CARVALHO, 2000).

Devido às inúmeras alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais provocadas pelo estresse, Selye o nomeou como Síndrome Geral da Adaptação (SGA), isto é, um conjunto de sinais que demonstram um estado patológico. A SGA pode se desenvolver em até três fases: a primeira fase apresenta manifestações agudas; na segunda, surge a resistência; e na terceira fase ocorre a exaustão. Nesta última, os sintomas da primeira fase podem voltar, favorecendo o surgimento de um colapso orgânico (SELYE, 1982).

Uma terceira dimensão para definir o efeito do estresse na vida do homem foi mencionada após estudos que verificaram as reações que o organismo demonstrava após passar por descargas de estresse. Foram observados sinais e sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais e as formas de minimizar esses efeitos. Ficou compreendido que o adoecimento ocorria quando havia um fracasso nos mecanismos de resposta, não desenvolvidos o bastante (LÁZARUS, 1967).

O termo estresse atualmente é muito conhecido e presente na área da saúde. Trata-se de um conjunto de reações refletidas pelo organismo quando este é submetido a uma situação que exige um grande esforço da pessoa para adaptar-se (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

Hoje, considera-se que o estresse está vinculado também a sérios problemas socioeconômicos, a situações de excesso de atividades e exaustão física, à má distribuição do tempo, ao acúmulo da raiva, aos problemas de relacionamento, à dificuldade em lidar com perdas, à falta de descanso e ao descontrole diante de situações críticas (GLINDA; ROCHA, 2000).

É percebido, ainda, que as mulheres tendem a desempenhar maior ligação emocional nas prestações de cuidados, e psicologicamente isso resulta em maior sobrecarga, pela partilha de sentimentos e sofrimentos (MONIN; SCHULZ, 2009). Quando ocorre a falta paterna na criação dos filhos, por exemplo, o papel materno é sobrecarregado, o que contribui para o desgaste dos recursos emocionais e físicos. Pesquisas verificaram que as mulheres têm maior risco para problemas psiquiátricos do que homens, devido aos elevados índices de depressão e ansiedade, entre outros fatores, inclusive os hormonais (EIZIRIK; BERGMANN, 2004; CAMERON et al., 2006).

Nas famílias com problemas de dependência química, a figura feminina, na maioria das vezes, está sempre presente e vinculada aos cuidados e ao tratamento, participando dos conflitos estressores, como as brigas e as situações geradoras de impaciência. As mães permanecem nesse cenário, até que esse quadro não se torna mais novo e seus personagens se acostumam ou se adaptam às circunstâncias desencadeadas pelo uso das drogas (ORTHA; MOREB, 2008).

A preocupação constante das mães com os filhos dependentes de *crack* é acompanhada de desgaste físico e mental, pois sobrecarrega seu tempo, sua tranquilidade e contribui para a redução de desempenhos no cotidiano. Isso pode ocasionar, em alguns casos, momentos de depressão, confusão mental e até pensamentos suicidas (SIQUEIRA et al., 2012).

Com a falta de controle sobre a situação das drogas dentro de casa e com o sofrimento pessoal e de outros familiares, é possível que a mãe possa até desejar a morte do filho. Para que não haja esse desejo, é necessário que ela busque ajuda de um profissional, que faça tratamento psicológico e que não se fragilize frente ao filho, essas atitudes podem permitir que elas suportem melhor o processo de enfrentamento (MAGALHÃES et al., 2013).

Muitas vezes é impossível eliminar todas as fontes estressoras ou diminuí-las. Nessas horas, destaca-se a importância de desenvolver mecanismos para suportá-las. Convém um tratamento eficaz, em que se descubra qual é o limite de cada pessoa, para que sejam traçadas estratégias de enfrentamento com resultados de bem-estar físico e mental (GOUVEIA et al. 2006).

3.5.2 O *coping*

Denomina-se *coping* a capacidade de enfrentar, adaptar e superar perdas, dificuldades, tragédias ou fatos inesperados causadores de estresse por meio da adoção de medidas para

aumentar o controle pessoal (SAVOIA; SANTANA; MEJIAS, 1996). A partir da década de 60, o *coping* tornou-se foco de estudos em pesquisas (SULS; DAVID; HARVEY, 1996). Na psicologia, foi referendado como apoio para pessoas que passavam por problemas de convívio social e familiar e como resgate de meios para que não se sentissem sozinhas e se tornassem emocionalmente mais equilibradas (O'BRIEN; DELONGIS, 1996).

A psicologia apontou o ego pessoal como mecanismo de defesa para lidar com os conflitos. Ele pode se desenvolver sob duas formas: o ego maduro, que corresponde ao humor e às atitudes conscientes para resolver situações conflituosas; e o ego imaturo, correspondente às respostas de ataque e agressões, às atitudes realizadas pelo instinto, sem que a pessoa pense nas consequências de suas ações (SULS; DAVID; HARVEY, 1996).

Lázarus e Folkman foram grandes pesquisadores sobre o *coping* e, a partir de 1980, contribuíram com novos estudos, entre eles o estudo do processo de transição, que é o estudo de como as pessoas desenvolvem estratégias para si e as transferem para o ambiente, levando em conta traços da personalidade de cada um. O processo de *coping* foi caracterizado em duas categorias: o *coping* centralizado no problema e o *coping* centralizado na emoção. O primeiro envolve formas para resolver ou aliviar problemas, já o segundo cria formas para manipular diretamente o estresse emocional (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRAS, 1998).

A partir do conceito já existente, os estudiosos Lázarus e Folkman, em 1985, continuaram as pesquisas e ousaram em criar um modelo, nomeado estratégias de *coping*, que compunha-se de situações de enfrentamento para lidar com fatos estressantes e conflituosos a partir de ações conscientes e comportamentais específicas de cada indivíduo. Entendia-se que, uma vez estabelecido, o *coping* minimizaria o sofrimento da pessoa, porém sem fugir da realidade em que ela vivia (SAVOIA; SANTANA; MEJIAS, 1996).

Na década de 90, a psicologia continuou interessada em estudar a importância e os benefícios que o *coping* trazia. Com a mudança dos hábitos e comportamentos das pessoas, o estresse destacou-se como psicopatologia e, a partir de então, as estratégias de *coping* foram utilizadas com mais frequência nos tratamentos na saúde (HOLAHAN et al., 2005).

As estratégias podem ocorrer em dois tempos: de curto e longo prazo. As de curto prazo são muito úteis, pois aliviam os sintomas e reduzem a carga de estresse. Assim, as técnicas de relaxamento físico e mental, técnicas de respiração profunda e cuidados na alimentação podem ser úteis. Já as estratégias em longo prazo são voltadas para a resolução do problema e o desenvolvimento dos comportamentos para enfrentá-lo, tais como: pensamentos positivos, reservar momentos para si e não se preocupar com fatos desnecessários (SAVOIA, 2000; SILVA et al., 2012).

Siqueira et al. (2012), em seu estudo sobre as repercussões do uso de *crack* no contexto familiar, revelaram que as mães estabelecem uma busca incansável por alternativas e estratégias para auxiliar os filhos, desde a agressão física até a busca pela espiritualidade (SIQUEIRA et al., 2012).

3.5.3 A resiliência

A palavra resiliência tem sua origem na palavra latina *resilio*, que significa uma energia armazenada em um corpo que foi deformado. Essa energia é devolvida ou repassada quando cessa a tensão causadora da deformação (FERREIRA, 1999). Esses termos foram desenvolvidos e empregados inicialmente pela Física e Engenharia, e essa “capacidade de rápida recuperação” foi comparada à de uma mola que, após sofrer uma pressão e se encolher, tem capacidade de voltar ao normal sem ser danificada (BRANDÃO; MAHFOUD; NASCIMENTO, 2011).

O cientista inglês Thomas Young, em 1807, foi o primeiro estudioso a empregar o termo, considerando a tensão e o modo de elasticidade de uma força em um corpo. A resiliência é o que permite aos corpos absorverem a força (MASTEN, 2001).

Na área da saúde, o termo não era utilizado. Em 1974, o psiquiatra infantil E. J. Anthony, ao observar crianças com psicopatologia, porém com boa saúde emocional, apesar de vivenciarem o estresse psicológico de longos períodos de sofrimentos, empregou a designação invulnerabilidade (WERNER; SMITH, 1992). Posteriormente, após controvérsias sobre essa denominação aplicada a seres humanos, Rutter, pioneiro nos estudos da resiliência na área da Psicologia, substituiu o termo invulnerabilidade por resiliência, por apontar que o ser humano é incapaz de suportar todas as dores, mas é capaz de criar estratégias para lidar com elas (RUTTER, 1985).

Para os seres humanos, dificilmente existe uma experiência resiliente sem a passagem pelos fatores de risco, que podem ser individuais ou ambientais. O fator de risco individual corresponde ao problema psicológico e à falta de habilidade psicológica, intelectual e social. Já os ambientais englobam os problemas estressantes, como a falta de apoio afetivo e o baixo nível socioeconômico (MCCUBINN; MCCUBINN, 1988).

Em situações de risco, a pessoa pode desenvolver até mesmo uma doença; porém poderá passar por essa situação de forma adaptativa e positiva, ou seja, tornando-se resiliente. A resiliência é também usada para explicar várias atitudes em ambientes coletivos, como no

trabalho ou na família, e como forma de terapia aos problemas e crises interpessoais (SILVA, 2003; HAWLEY; DEHAAN, 1996).

Para que sejam traçadas estratégias que auxiliem no enfrentamento das dificuldades, facilitando a convivência em situações de estresse que são inevitáveis, há a necessidade de interpretar e conhecer as dimensões sociopsicológicas da pessoa, pois assim é compreendido o tempo que cada um leva para se adaptar e se denominar-se resiliente à determinada dificuldade (LARANJEIRA, 2007).

O ser humano tem o potencial de resistir às experiências de forma extraordinária, e isso pode levá-lo ao amadurecimento. Dessa forma, pode-se dizer que a resiliência é um fenômeno relativo e inconstante que ao longo da vida é modificado, dependendo do indivíduo e de sua consciência, e aponta uma perspectiva promissora, principalmente para aqueles que enfrentam condições psicossociais desfavoráveis (MAGALHÃES; SILVA, 2010).

Apesar da pouca contribuição da literatura sobre a resiliência específica das mães, identificam-se alguns estudos sobre a contribuição da resiliência familiar para a formação do ser. Segundo Antoni (2000), em análise do comportamento emocional das famílias, a resiliência foi refletida no afeto e no apoio, como também na vulnerabilidade a situações negativas e ao poder de regeneração, pois elas se conectam a uma rede de relacionamentos sociais, tanto entre seus membros como em outros grupos (ANTONI, 2000).

A resiliência na família, segundo Hawley e Dehaam (1996), fortalece a adaptação individual com os familiares, pois ela é um conjunto funcional que aborda a vulnerabilidade e a regeneração, aliadas à capacidade de suportar as adversidades. Mostra, por isso, uma flexibilidade positiva com resultados que contribuem para o bem-estar. O conceito resiliência coletiva pode se fazer presente, portanto, no ambiente familiar, destacando-se na habilidade de cada um em reorganizar seu papel e as regras para a recuperação de um parente em dificuldade, de maneira a auxiliar na proteção diante das vulnerabilidades (PATTERSON, 2002).

Após vivenciar fatores estressantes nessas situações mencionadas, é possível que o ser humano desenvolva fatores de proteção e consiga bons resultados para alcançar o processo de resiliência (PALUDO; KOLLER, 2005). É considerada resiliente, então, a pessoa que consegue vencer um obstáculo que poderia ter sido traumático, adotando caminhos para amenizar as dores ou diminuir as chances de dificuldades (FONAGY et al., 1994).

4 MÉTODO

4.1 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob o parecer nº 811.106 (ANEXO A), e seguiu aos aspectos éticos da legislação brasileira para as pesquisas envolvendo seres humanos.

4.2 Tipo de pesquisa

Estudo qualitativo e descritivo, baseado na Teoria Fundamentada nos Dados. Essa abordagem metodológica foi criada pelos sociólogos Glaser e Strauss no início da década de 60 e consiste na ideia de que, para a criação da teoria, isto é, para o desenvolvimento de uma análise e compreensão de um fenômeno, é necessário primeiramente investigar os dados a partir de uma determinada realidade (CHARMAZ, 2009).

O processo de criação da teoria é construído no decorrer da análise dos dados, de forma comparativa e constante, e permite ao pesquisador compreender o que será estudado, a partir da perspectiva do participante, com quem interage. O método da Teoria Fundamentada nos Dados aponta direções que descrevem as etapas e fornecem um caminho para o processo, de modo que os pesquisadores podem adotá-las e adaptá-las para a realização dos estudos. O pesquisador necessita ter rigor na transcrição dos conteúdos e na redação de memorandos, para facilitar a etapa da codificação dos dados e a posterior construção das categorias e subcategorias conceituais e dos elementos explicativos. Todas essas etapas possibilitam compreender o objetivo pesquisado com maior propriedade (CHARMAZ, 2009, STRAUSS; CORBIN, 2008).

A Teoria Fundamentada nos Dados não parte de teorias existentes; ela se fundamenta a partir de dados colhidos no próprio cenário social, com o propósito de acrescentar outras abordagens ou dados novos. Isto diferencia esse método dos demais (SANTOS; NÓBREGA, 2002).

4.3 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad) de um município do sudoeste goiano. De acordo com o censo de 2015, esse município possui em média 207.292 habitantes e tem representação importante para o Estado de Goiás devido à economia voltada ao agronegócio, destacando-se também no cenário brasileiro (IBGE, 2015).

Os CAPSad foram propostos pelo Ministério da Saúde e instituídos no Sistema Único de Saúde (SUS) como modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pela Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. Foram instituídos como entidades de acesso público sem fins lucrativos, cuja finalidade, entre outras, é o desenvolvimento de projetos terapêuticos de assistência a dependentes químicos e a seus familiares, de modo a promover um tratamento eficaz que contemple cuidados específicos e estratégicos para a redução de danos à saúde dos usuários e ao contexto social (BRASIL, 2004).

4.4 População

Mães que tinham filhos usuários de *crack*.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: mães cujos filhos usuários de *crack* faziam tratamento no CAPSad e mães indicadas por meio do método bola de neve (*snowball sampling*). Foram excluídas do estudo as mães que não apresentassem capacidade (física e/ou cognitiva) para participar da entrevista.

4.6 Coleta de dados e amostragem

Inicialmente foi feito contato com a coordenadora da unidade e foram explicados todos os passos do estudo, inclusive os métodos de coleta de dados. Nesse momento, foi apresentada a carta de autorização para a realização da pesquisa (ANEXO B). Posteriormente, a coordenadora assinou a declaração de concordância da instituição como coparticipante.

Contou-se com a ajuda dessa coordenadora e da enfermeira da unidade para indicação do nome e contato das mães que poderiam participar do estudo. Foram pré-selecionadas 30

mães que atendiam aos critérios de inclusão. Elas foram contatadas inicialmente por telefone. Nesse momento houve algumas perdas, pois 12 genitoras não foram encontradas por essa via, quatro não concordaram em participar e duas confirmaram a entrevista e não compareceram nos dias e horários agendados.

Durante o telefonema, a pesquisadora se apresentou informalmente, explicou o motivo do contato e solicitou das interlocutoras o comparecimento no CAPSad para a realização das entrevistas. O dia e horário foram respeitados de acordo com a disponibilidade das mães e de maneira que as entrevistas ocorressem individualmente e de forma tranquila, sem ansiedade. Foi possível entrevistar 12 mães.

As entrevistas foram realizadas em uma sala privativa no CAPSad, onde foram apresentados o motivo pelo qual o tema foi escolhido e os procedimentos para coleta de dados. Foi apresentado também neste momento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), que foi assinado em duas vias por todas as participantes. Além disso, elas assinaram o Termo de Autorização de Gravação de Voz (APÊNDICE B).

Outras cinco mães foram indicadas pelas participantes para complementar a amostra e atingir a saturação dos dados. Esse tipo de método amostral é chamado de bola de neve (*snowball sampling*) e se caracteriza pelo ato do participante indicar ao pesquisador pessoas da sua rede de amizade que também fazem parte da população-alvo do estudo, até ser alcançado o tamanho amostral desejado e/ou a saturação das informações. Essa necessidade ocorre porque, em pesquisas que buscam conhecer comportamentos de um determinado grupo social, é possível haver problema na coleta de informações. Pesquisas com temas sensíveis e muito pessoais podem fazer com que os participantes não queiram se revelar e, por isso, eleva-se a desistência ou recusa à participação (HECKATHORN, 2011).

As entrevistas com essas cinco mães aconteceram em seus domicílios, em um cômodo da casa escolhido por elas, em local tranquilo e discreto, sem a presença de outros familiares, inclusive dos filhos. Esse contato mais próximo foi de extrema relevância, pois a observação das condições socioeconômicas (bem precárias) facilitou à pesquisadora compreender a realidade e o cenário em que as participantes viviam.

Todas as entrevistas, realizadas no CAPSad ou nos domicílios, foram guiadas por um roteiro com quatro questões norteadoras (APÊNDICE C): 1) Como é o seu cotidiano de cuidar e conviver com a dependência do seu filho(a)? 2) Como está a sua vida depois de conviver com o *crack*? 3) O que ajuda você a controlar seus sentimentos e lidar com essa

situação? 4) Há algo que você gostaria de dizer e que você considera importante falar para que eu possa compreender melhor sua relação com seu filho(a)?

As entrevistas duraram em média uma hora e as falas foram gravadas por um aparelho Mp4. Para melhor analisar as reações das mães, considerou-se também a linguagem corporal que elas expressavam durante os questionamentos. As expressões e os episódios de choro foram anotados no diário de campo. Compreende-se que todas essas observações devem ser consideradas e registradas no cenário da pesquisa, com o objetivo de corroborar a posterior interpretação dos dados (CHARMAZ, 2009).

Como as entrevistas foram transcritas e analisadas uma por vez, foi possível detectar sobre quais contextos havia necessidade de questionar melhor nas próximas entrevistas (com outras participantes entrevistadas). Nesta perspectiva, a pesquisa obteve fechamento amostral com 17 participantes, devido à saturação teórica. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a maio de 2015.

O termo saturação teórica foi originalmente conceituado por Glaser e Strauss em 1967 e é interpretado como o momento em que o pesquisador deve interromper a coleta de informações, individual ou em grupo, quando os dados não mais despertam *insights* teóricos nem revelam propriedades novas. Para essa identificação, o pesquisador deve ter sensibilidade para analisar o conteúdo, estar em interação com os dados. Por isso, as entrevistas devem ser abertas e flexíveis e, muitas vezes, são necessários ajustes para melhor compreensão do objeto de estudo. O pesquisador deve compreender e destacar os elementos constituintes da pesquisa desde o início até a saturação teórica (CHARMAZ, 2009).

4.7 Análise dos dados

Por motivos de sigilo ético, o nome das participantes foi substituído pela letra maiúscula “M” (de mãe), seguida de um número cardinal, em acordo com a sequência das entrevistas: M1, M2 (Mãe entrevistada 1, Mãe entrevistada 2).

Os procedimentos para análise ocorreram a partir da transcrição literal das entrevistas, analisadas sob o referencial da Teoria Fundamentada nos Dados. A trajetória de interpretação até a redação final da tese não foi linear; houve envolvimento simultâneo, cíclico e analítico e organização do contexto em todo processo, que envolveu: coleta de informações; transcrição das entrevistas; representação de segmentos de dados por meio de códigos; análise e comparação desses códigos, releitura das entrevistas e redefinição de códigos; elaboração de memorandos; construção das categorias e identificação da inter-relação entre elas ;

identificação de eventos e momentos que determinavam mudanças nos relatos maternos; definição das categorias centrais e construção do modelo teórico.

Vários diagramas foram construídos e modificados, na tentativa de chegar ao desenho que melhor representasse o modelo. A análise reiterada e a comparação contínua permitiram construir conceitos sensibilizados pela leitura do material coletado (entrevistas) e produzido (códigos, categorias, memorandos e diagramas).

A Teoria Fundamentada nos Dados está apresentada no livro *The Discovery of Grounded Theory*, publicado por Glaser e Strauss em 1967. Os autores trataram o método como uma inovação nos aspectos analíticos e na importância do rigor e de uma base sólida no que diz respeito a dados qualitativos. O método apresenta etapas que vão desde a análise dos conteúdos até a formação da teoria e todos esses passos são possíveis devido à fundamentação nos dados. O pesquisador consegue trabalhar com eles de forma analítica e interpretativa, melhorando as codificações, classificando-os nas categorias ou, se necessário, retirando alguma categoria e renomeando outras. Tudo isso é realizado para melhor compreender o fenômeno estudado e para facilitar a construção de uma teoria (CHARMAZ, 2009, STRAUSS; CORBIN, 2008).

A análise minuciosa facilita ao pesquisador se situar nos conteúdos e auxilia a codificação e a categorização. A codificação é flexível, pois dá condições de voltar ao conteúdo, avaliar o significado das palavras e propor novas codificações. A codificação é, portanto, a unificação de ideias de um modo analítico, por meio do significado teórico dos dados. E a categorização dos dados segue após uma análise geral do conteúdo das entrevistas e das codificações. É a etapa de organização e classificação dos conteúdos em categorias que, em breve, explicarão a teoria. Ela também permite ao pesquisador fazer modificações ou retiradas (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Outra etapa é a redação de memorandos, parte em que o pesquisador escreve suas análises, ideias e reflexões. Isso levará o autor a descobrir novos códigos ocultos, a organizá-los em suas suposições e a criar novas categorias. Essa redação pode ser escrita desde o início da pesquisa e deve ser lida sempre, para tentar preencher lacunas. Assim, quanto mais memorandos são escritos, menos problemas analíticos o pesquisador poderá encontrar. Nos estudos de dados qualitativos, é necessário estabelecer afinidade para conseguir extrair dados confiáveis. Se isso não ocorrer, o pesquisador arrisca perder dados importantes. Na Teoria Fundamentada, os resultados são construídos a partir de interpretações vivenciadas e/ou testemunhadas pelo pesquisador (CHARMAZ, 2009).

A documentação do conteúdo coletado, que constitui o material do texto (notas de campo, diário de pesquisa, entre outros), contribui para a organização e sistematização das ideias e para a consequente análise satisfatória no processo da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A pré-análise facilita o conhecimento do conteúdo para a próxima etapa, que é a exploração do material. Nesta, os códigos são definidos, classificados e organizados em categorias que possibilitam interpretar a riqueza do material. Para a finalização do processo, é necessário o tratamento aos resultados, com a condensação e destaque dos dados, para uma análise reflexiva e crítica. Dessa forma, concretiza-se um método importante e consistente para que se tenha como objeto de estudo, por exemplo, uma interação humana que ainda não foi devidamente compreendida (CARVALHO et al., 2009).

Por toda essa complexidade e exigência e por perpassar todo o processo, que requer estudos e retomadas exaustivas dos conteúdos para a formação de categorias, a fase de análise dos dados consistiu na etapa mais longa da pesquisa.

5 RESULTADOS

Participaram do presente estudo 17 mães cujos filhos eram usuários de *crack*. A tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas das mães e dos filhos, além do tempo de tratamento deles e da participação das mães no CAPSad.

Tabela 1- Características socioeconômicas e demográficas das participantes e de seus filhos. Cidade do sudoeste goiano, 2015. n=17.

Características	N	%
Estado civil		
Casada	6	35,29
Divorciada	7	41,18
Viúva	4	23,53
Escolaridade		
Superior incompleto	1	5,88
Ensino fundamental	9	52,94
Ensino médio	4	23,53
Analfabeta	3	17,65
Profissão		
Serviço formal	5	29,41
Serviço informal	3	17,65
Do lar	9	52,94
Renda mensal*		
2 salários	4	23,53
1 salário	10	58,82
Aposentada	3	17,65
Quantidade de filhos		
≥ 4	8	47,06
≤ 3	9	52,94
Participação das mães no CAPSad		
Comparecem	7	41,18
Não comparecem	10	58,82
Sexo do filho(a)		
Masculino	12	70,58
Feminino	5	29,41
Idade do filho(a)		
Adulto 26-36	7	41,17
Adulto jovem 20-23	8	47,06
Adolescente 13-15	2	11,76
Tempo de tratamento do filho(a) no CAPSad		
3-4 anos	3	17,64
≤ 2 anos	7	41,17
Desistiram do tratamento	2	11,76
Mães que não faziam parte do CAPSad	5	29,41

Fonte: Elaboração da autora.

*Valor do salário mínimo vigente no Brasil em setembro de 2015: R\$ 788,00.

A mãe mais velha tinha 69 anos e a mais jovem 42. A média de idade foi 52,41 anos, com desvio padrão de $\pm 7,98$. A maioria 41,18% é divorciada e tem no máximo três filhos. Quanto à escolaridade, destaca-se que 52,94% possuem somente o ensino fundamental;

quanto à profissão, 52,94% são do lar. Mais da metade possuía renda mensal de apenas um salário mínimo e 41,18% participavam de atividades no CAPSad.

Quanto aos filhos, 70,58% são homens; 47,06% têm idade entre 20 a 23 anos e 29,41% desistiram do tratamento no CAPSad. Houve 29,41% das mães que não faziam tratamento no CAPSad, essas mães foram as participantes do estudo escolhidas por meio do método bola de neve (*snowball sampling*).

Durante as entrevistas com as mães foi possível observar a caracterização do cenário em que viviam, percebendo-se a condição socioeconômica muito baixa. A maioria das mães não trabalhava fora de casa, esse motivo foi justificado nos depoimentos, devido a impossibilidade de deixar as casas sozinhas, pois os filhos entravam para roubar. As mães moravam, em sua maioria, em bairros afastados, ou seja, nas periferias da cidade, motivo esse que, para elas, facilitava o acesso do filho às drogas. Em relação à religião, a maioria seguia a religião evangélica, no momento da coleta e análise dos dados.

A análise das entrevistas possibilitou formar categorias: Fontes de estresse; Sintomas de estresse; Estratégias de enfrentamento (*coping*) e subcategorias: A descoberta: início do pesadelo para a mãe; Os efeitos da dependência química do filho sobre a mãe; A luta para o tratamento; Conflitos familiares; Esgotamento emocional e físico; Batalha contra o vício: estratégias pessoais e busca por tratamento; *Coping* religioso e *coping* social. A definição das categorias e subcategorias permitiu compreender e dividir melhor os códigos de análise. O Quadro 1 apresenta três categorias, seis subcategorias e os códigos de análise.

Quadro 1. Categorias, subcategorias e códigos de análise desenvolvidos a partir das entrevistas.

Categorias	Subcategorias	Códigos de análise
Fontes de Estresse	A descoberta: início do pesadelo para a mãe	<ul style="list-style-type: none"> -Início precoce nas drogas. -As mães não imaginavam que filhos usavam drogas. -Nunca esperavam por essa notícia. -Desconhecem o assunto “drogas”. -Sentem-se culpadas pela descoberta tardia. -Os filhos começam a usar a droga descontroladamente. -Preocupam-se com a saúde dos filhos.
	Os efeitos da dependência química do filho sobre a mãe	<ul style="list-style-type: none"> -As mães se tornam reféns do vício do filho. -A família se desestrutura. -O vínculo mãe/filho é abalado. -O filho rouba a própria mãe e a casa. -As mães são ameaçadas, sentem medo, revolta e insegurança.
	Conflitos familiares	<ul style="list-style-type: none"> -As mães se sentem abandonadas pela família. -Descrevem brigas e desajuste familiar. -Sentem falta de apoio do parceiro/companheiro (ausência da figura paterna).
Sintomas de Estresse	Esgotamento emocional e físico	<ul style="list-style-type: none"> As mães percebem que estão sobrecarregadas. -Sentem-se adoecidas e cansadas dessa rotina. -Reconhecem que precisam de ajuda. -As mães passam viver em função do filho. -Sentem medo de receber uma má notícia.
Estratégias de Enfrentamento (<i>coping</i>)	Batalha contra o vício: estratégias pessoais e busca por tratamento	<ul style="list-style-type: none"> -Esforço extremo para resgatar os filhos a qualquer custo. -As mães buscam tratamento para os filhos. -Conhecem o CAPSad -Buscam a internação dos filhos em clínicas de recuperação. -Sentem-se mais aliviadas com o tratamento e a internação. -Elas também recebem tratamento e apoio.
	<i>Coping</i> religioso e <i>coping</i> social	<ul style="list-style-type: none"> -As mães têm fé e acreditam no melhor. -Apegam-se à religião e aos grupos de apoio. -A fé em Deus ajuda a suportar. -Contam com auxílio de amigos.

Fonte: Elaboração da autora.

As três categorias centrais estão relacionadas à experiência vivenciada por mães que têm filhos usuários de *crack*. Representam a trajetória da mãe desde a descoberta que o filho é usuário, as etapas de estratégias de enfrentamento, o estresse vivenciado no cotidiano até o enfrentamento dos desafios.

5.1 A descoberta: início do pesadelo para a mãe

Identificou-se que, geralmente, as mães descobriram de modo acidental que os filhos estavam usando drogas, muitas vezes mediante aviso da escola, alerta de conhecidos ou por mudanças no comportamento do filho. Essa é uma descoberta que as surpreendeu e quase sempre aconteceu tardiamente. Muitas mencionaram sentimento de culpa nesse processo, se erraram na educação; outras culpavam o grupo de amigos dos filhos, por tê-los influenciado.

Quando eu descobri já tinha muito tempo! Uns cinco anos que ele já era usuário! Eu não sabia! E foi um baque para mim, né. Achei que o mundo iria acabar... Eu não percebia porque ele fumava (cigarro). Daí me ligaram, foi através de um anônimo que descobri.... Nunca tinha visto essas coisas, assim! Ouvia falar na televisão! Mas eu não conhecia, nunca tinha visto pessoas assim! Nunca imaginava que iria chegar até eu (M5).

Foi muito difícil, na verdade, eu até assustei, sabe? Porque parece que a gente é a última a saber. A gente até suspeita, mas você não acha que ele ficaria naquela situação! A gente acha que é mentira, que não aconteceu aquilo na sua casa. Mas de repente, ele não estava bem da cabeça, sabe, falando coisa com coisa. De noite ele não dormia, ficava andando dentro de casa. Daí foi quando eu acreditei e tentei lutar contra as drogas (M6).

[...] difícil, é muito difícil, é muito triste, não gosto nem de lembrar como foi isso e de falar, porque eu ainda me emociono. Meu dia a dia era de desespero quando eu descobri que ela usava droga, para mim parece que fiquei sem chão...eu não entendia ela! Eu queria usar da força, nos gritos, e eu não sabia a quem procurar. Fiquei assim sozinha sem um norte para poder ajudar. E isso foi por muito tempo, acho que muitos anos assim, eu lutando com ela...(M4)

Então, tudo começou com ela matando aula, ela ia para a escola, e eu pensando que ela estava indo e a diretora começou a falar que ela não estava, ia só até a porta e saía. Aí ela chegou em casa e ficava só cuspindo, sabe, achei aquilo diferente, comecei a seguir ela, as amigas que ela andava. Aí ela ficou nervosa e me contou... Ela começou com 12 anos. (M7)

Ele começou com 16 anos, só que eu não sabia, não percebia nada e já fazia era tempo que ele usava. Ele estudava e dava problema demais na escola. A diretora era direto me chamando na escola. Ele pulava muro, brigava, fazia confusão e eu nem para cair na real, né. (M13)

[...] ela virou a cabeça de uma forma assim que nós ficamos abalados. Porque ela era uma menina assim, exemplar, da igreja, cresceu dentro da igreja. Então, isso para nós foi um choque muito grande [...] foi do nada mesmo a menina transformou. Foi uma peleja muito grande uns dois anos, dois anos correndo atrás dela. Saía

procurando ela, ela sumia, ficava uns oito dias fora. Vixe! Deu muito trabalho para a gente mesmo! (M8)

Quando tive certeza que ele estava usando, eu afundei de cabeça para baixo, cada vez mais, tentava sair e não achava jeito. Quando percebi ele estava mandando e desmandando em mim e no meu marido. (M16)

Foi possível verificar a decepção e a tristeza com a notícia. Muitas mães não perceberam as mudanças no comportamento dos filhos e isso causou sentimento de culpa, decepção e revolta. Algumas relataram que até desconfiavam que o filho estava diferente e descreveram atitudes que serviram como alerta: baixo rendimento escolar, mau comportamento, abandono dos estudos, muito tempo passado na rua, falta às aulas, entre outras. Elas descreveram que não imaginavam que essas atitudes eram de pessoas que estavam usando drogas. Essa situação revela como as mães não tinham conhecimento sobre o assunto.

A maioria dos filhos teve início precoce nas drogas. O mais novo tinha nove anos de idade. As justificativas mencionadas pelas mães para o fato de os filhos terem se tornado usuários foram: “não coloquei limites”, “dei amor demais”, “a influência dos colegas da escola”, “a ausência do pai”, “desde criança ele era levado”, “dava mais trabalho que os outros”.

Começou a usar drogas com nove anos, só que ele não contou para mim! Quem soube primeiro foi o pai dele, foi à maconha, de lá para cá desandou, foi ficando mais velho, foi entrando no *crack*, diz ele que já experimentou de tudo, foi assim[...] O motivo que ele começou a usar, eu não sei te falar, se talvez foi amor demais, ele era muito mimado, mas eu culpo mais é o pai dele, que sempre passou a mão na cabeça dele! Desde criança ele era impossível, era mais danado que os outros, ele me respondia desde pequeno, tinha a personalidade forte e eu não coloquei limites nele (M15).

Vixe, ele era tudo, desde que veio para mim, ele era meu neto primeiro, né, e foi um filho que a mãe também me entregou, e eu nunca tinha passado uma situação daquela. Eu dava tudo para ele e ele nunca teve assim preocupação em trabalhar, ajudar. Talvez o motivo foi esse, tinha que ter dado mais regras [...] Desde que eu sei, ele sempre usou, acho que ele tinha 16 ou 15 anos... acho que 16, não sei bem e eu falava pra ele: “-Tá vendo o rapaz que te levou nisso? Vixe de boa e você aí ainda”. Daí foi só trabalho, minha vida com ele foi só trabalho! (M2)

Ela estava com 11 anos de idade, ela tinha mal completado. Foi quando trocamos ela de escola, até sabíamos da fama que a escola tinha de gente que usava, mas pensei que ela não ia para esse rumo. Teve um dia que eu entrei na escola e conversei com a professora, e ela me disse que lá na escola tinha uns meninos terrível e ela fez amizades com eles. Cheguei em casa e pedi a ela para não se envolver e ela falava que não era amiga deles, só conversava. Quando percebi, ela já era outra e depois piorou. Deus do céu, como sofremos! (M8).

Foi assim, ele não ia para a escola, ele saía para a aula e não ia, então a gente nem desconfiava que era droga, a gente achava que ele não queria estudar, sabe? E começou assim, desde os 13 anos, não tinha rendimento escolar nenhum, ficava

muito na rua e sempre falava que estava nos amigos. Até que aí foi passando o tempo e eu, para falar bem a verdade, nunca tinha passado por essa experiência. Quando percebemos ele passava era noites fora [...] Arrependo de não ter puxado ele nessa época para estudar e acompanhar ele de perto, mas infelizmente foi a realidade, ele se afundou (M9).

A partir do momento em que as mães tiveram certeza de que os filhos estavam usando drogas, elas passaram a prestar mais atenção nas atitudes deles e perceberam, com mais facilidade, o poder dessas substâncias e os efeitos que causavam: a agressividade, a violência verbal e física (gritos, xingamentos, chutes, pedradas, brigas), o isolamento social, o fato de ficarem mais tempo fora de casa e a presença constante de companhias ruins.

Elas descreveram o poder de destruição do *crack* e citaram alguns sintomas clínicos apresentados pelos filhos: atitudes anormais, boca roxa, emagrecimento, olhos estalados, cérebro destruído. Perceberam também a diferença entre o *crack* e a maconha (na comparação delas, esta é uma droga menos violenta). A mudança brusca de comportamento dos filhos fez com que as mães passassem a tentar tirá-los do mundo das drogas, mas as tentativas não tiveram bons resultados.

[...] lá no bairro que morávamos antes, ele fazia era bagunça, quebrando a casinha lá no fundo que ele morava, jogando as telhas tudo no chão, que ele fumava era o *crack* e cheirava cola e tiner. É isso aí que acabou com o “cérebro” dele, ele cheirava aquilo até ele ficar doidinho, louquinho. Nossa, minha vida eu vi que eu mudei. Depois do *crack* que ele fumava e cheirava o tiner, eu fiquei desesperada [...] Teve uma vez que os irmãos dele saíram correndo atrás dele e ele com o efeito do *crack* pegou uma pedra para atirar, e eu gritei com eles para pararem. Ele achou que eu também ia pegar ele e me sentou a pedra, bateu assim nas minhas costas e eu fiquei ruim da coluna muito tempo (M1).

Ele tinha os colegas dele, que ele falava que é amigo, mas não era amigo. Aí eu mandava eles embora de casa, não gostava do tipo deles, era meio malandros no jeito de vestir [...] Daí, meu filho contrariava, pegava e ia embora com eles e passava a noite pra lá ... Quando voltava, a diferença é que ele chegava dentro de casa, não era a mesma pessoa, muda totalmente o jeito dele ser. É muito difícil, toda a vida ele foi muito aberto comigo, sempre conversamos, mas nesse ponto ele ficava calado, muito fechado, mudou totalmente (M3).

Foi onde começou na maconha e hoje usa tudo, o *crack* que é o pior, e acho que ele cheira, porque eu não sei separar essas coisas, mas que eu sei é a maconha e o *crack*. Eu não sei o efeito dessas drogas, mas percebo que tem um que ele usa [e] a boca dele fica roxinha e os olhos estalados, mas acho que é o *crack*. E mudou o comportamento depois do *crack*; ele fica mais agressivo, chuta, fica bravo, xinga e fica gritando, altera a voz, some para a rua [...] (M5).

Mas você precisava ver como ele ficava aqui em casa, ficava rolando no chão de um lado para outro, nossa, umas atitudes de gente louco! Aquilo ali foi um susto para a gente, sabe, você não espera aquilo e depois desse tempo para cá ele foi piorando, ele começou no *crack*, , mais ruim ainda ficava [...] O *crack* estava deixando ele louco (M6).

Ela tinha 13 anos e não teve mais jeito não, eu não dei conta de segurar [...] Quando ela voltava percebia diferença nos olhos dela, parecia que ela tinha bebido, estava cheia era de droga na cabeça, eu achava que ela ia morrer, foi emagrecendo. Nossa, um pesadelo para mim!(M14)

Ah, foi assim: foi quando ele começou a fumar, eu já achei estranho, porque ele já era de menor e já apareceu fumando, aí era cigarro normal, né. Só que aí você já sabe, que do normal já vem outras coisas, aí ele já pegou a ficar mais agressivo, assim, mais quieto. Assim foi, que eu ia lá visitar ele e eu via muita coisa misturada, sabe, aí foi onde eles estavam misturando coisas e ele mudou mais que os colegas, que os colegas davam para ele experimentar e ele foi afundando ainda mais. [...] Os outros achavam que ele estava só cheirando ou que ele tava fumando só a maconha, mas ele usava era aquele cachimbo, diz que é a pedra. aí [ficava] agressivo demais, batia na mulher. Ele era muito agressivo também comigo, gastava o dinheiro tudo (M11).

Ah, ele ficava agressivo, ficava respondão comigo, com os irmãos, ele fingia que ia para a escola, ficava na rua até dar o horário de voltar para a casa, ficava andando na bicicleta com os amigos até que saiu da escola de vez. Foi complicado, eu fiz e ainda estou fazendo por ele. Por mais [que] você tenta conversar, eu tentava tratar ele bem, mas tinha hora que eu perdia a cabeça, era explosiva, aí ele também ficava bem nervoso, mas agressões não, nem da minha parte nem da parte dele (M15).

5.2 Os efeitos da dependência química do filho sobre a mãe

As mães sofrem as consequências da convivência com os filhos usuários de *crack*. Os episódios de agressividade e de violência ficam mais frequentes, a compulsão pela droga aumenta, os filhos passam a mentir rotineiramente em busca de dinheiro, distanciam-se de casa e passam dias e noites na rua sem dar notícias. Por tudo isso, o vínculo das mães com os filhos fica abalado e a família se desestrutura ainda mais.

As mães perdem totalmente o controle da situação, passam a sofrer ameaças, chantagens, agressões e ainda são roubadas pelos filhos. Eles ficam em busca de dinheiro para comprar drogas e acabam roubando os bens materiais da casa. Voltam somente para comer, tomar banho, dormir e pegar dinheiro ou qualquer outra coisa que possa ser vendida e/ou trocada pelas drogas.

As mães passam a sentir medo dos filhos e evitam o enfrentamento por temerem a reação deles. Além disso, sofrem sem comer e sem dormir direito, angustiadas, esperando a qualquer momento uma notícia ruim.

As entrevistadas, que vivenciaram essa situação, não souberam como resolvê-la e se sentiam cada vez mais impotentes. As tentativas de ajudar os filhos ou de afastá-los das drogas eram frustrantes.

Ele chegava dentro de casa e queria dinheiro. Quando ele não tava trabalhando ele voltava dentro de casa e ficava a noite toda pedindo dinheiro! Ele não importava, ele mentia, era simulador. Falava que as pessoas bateram nele lá fora, que judiou dele! Que quer matar ele por causa das drogas, que ele estava endividado! [...] Foi muito mais difícil, nossa senhora! Eu não fazia mais nada dentro de casa, eu não tenho mais aquela vontade de fazer as coisas, não tenho! [...] Muito difícil para a mãe, eu nunca passei uma experiência dos meus anos atrás, do meu tempo atrás, o que eu estou tendo agora. Muito difícil ter um filho usuário e viciado (M3).

[...] ele quebrava tudo, vendia meus” trem”, vendia botijão, carregava até aquelas raque na cabeça, assim nas costas para vender, para tirar o “dinheirinho” do *crack*. Ele ficava com raiva quando não achava dinheiro! Catava as coisas da minha prateleira e eu não podia falar nada, que ele falava que ia me sentar o pau [...] Ele me respeita só se eu não estiver falando na cabeça dele. Ele fala que vai me sentar pedra e não se arrepende! Isso quando ele fica bravo comigo, e ele senta mesmo! Já fez isso com o padrasto que ficou uma “loca”(buraco) [...] O padrasto já não concorda, né! Fica brigando comigo porque eu tenho que dá conta de tudo! O tempo todo para o meu filho e não cuido dele, mas faço isso porque ele não deixa o menino entrar em casa, tem ficar só lá no terreiro [...] (M1).

Eu não comia, não dormia! Quando ele começou com esse vício ele fica três dias para a rua, eu ficava a noite toda nesse sofá, do sofá para a cozinha, ficava olhando nessa janela, olhando no buraco da porta! Tudo quanto é sirene que passava eu olhava, corria lá para a porta! Era bombeiro ou polícia, eu ia lá para fora com a lanterna na mão, então foi assim, acabou! Eu não vivo, eu vegeto! de lá para cá então acabou (M5).

Só que esses dias ela não está dormindo em casa, sai à tarde e só chega às 6 horas da manhã! Aí dorme o dia todo e a noite sai de novo. Então, sabe, está muito difícil para mim e estou sofrendo muito. A irmã dela também, que tem hora que ela pega as coisas da irmã, estraga, quer bater nela [...] Sabe, parece que eu vejo que ela está com ódio de mim. Eu sinto isso, muito difícil nosso relacionamento, se eu entrar no quarto dela, já me manda sair. Estou vivendo, como se diz, vivendo em um inferno. Porque tenho medo também dela fazer algo contra mim, então é isso! [...]. (M7).

Às vezes ela dorme uma ou duas vezes lá em casa e o resto é tudo lá na rua! [...] Quando ela vem para pegar coisa minha e eu não quero deixar, ela fica brava, sabe, fica muito agressiva! Aí ela fala que se eu não deixar, ela vai sair para rua, vai usar droga e vai comprar a prazo, aí assim eles a matam, desse jeito. Aí ela pega e leva, né, porque aí é melhor a deixar levar do que ela morrer! Aí ela compra mesmo a droga. Aí é assim, ela vai levando tudo, ela troca tudo que ela pega, porque esse povo não tem dó de ninguém (M10).

Ele era muito agressivo também comigo! Gastava o dinheiro tudo, o que ele ganhava, ele trabalhava e o que ele pegava era para gastar com ele! Ele não tinha dó, as coisas dele, tudinho ele vendia. O que era dele, as caixas de som, celular, tudo ele dava, saía e ele já não voltava com aquele calçado que ele saiu, era um trem esquisito! [...] Tinha dia que eu não podia dormir. Às vezes minha mãe saía e ele queria me agredir, só que eu não dava papo, trela para ele, eu corria atrás, eu brigava. Outra vez ele vinha, mas assim, eu não dei chance muito para ele não (M11).

[...] ele agredia, nossa, ele queria mais e mais! Já vendeu um botijão e um DVD, quando fui operar e larguei ele aqui em casa! [...] Chegava fim de semana que ele começava a ficar só nas drogas eu já não tinha sossego, e não tinha como ficar com ele sozinha, porque ele ia entrando e me enganando para eu dormir e ele pegar alguma coisa, aí eu ficava vigiando ele a noite toda. Quando ele saía e voltava, podia esperar que ele vinha buscar alguma coisa! Os colega já mandava ele vir buscar, ele entrava e saía pedindo dinheiro nas tia, pedindo dinheiro, era assim que ele era [...] (M12).

Como ele só ficava para a rua, tinha vezes que duas ou três noites fora, ele chegava a vim aqui só para tomar banho. Aí dormia o dia inteirinho, lá pelas 15 ou 16 horas levantava tomava outro banho e ia para a rua de novo. Daí ficava muito pouco tempo em casa, só para a rua. Ele vem só para repor a energia e comer, dormir e tomar um banho. Isso quando ele desconfia que esteja fedendo demais, muito esforçado, muito trabalhador, mas é doente! (M5)

5.3 Conflitos familiares

Constatou-se, nas falas, o desespero das mães em várias situações, desde a descoberta até a luta pela sobrevivência do filho. Nesta subcategoria, o desespero foi retratado, principalmente, pelos conflitos dentro de casa, pois as mães ficavam entre os filhos usuários e o restante da família. Ressalta-se que muitas mães sempre foram sozinhas para criar e educar os filhos. Não podiam contar com apoio dos esposos/companheiros. A maioria delas ficavam pouco tempo em casa, pois precisavam trabalhar para sustentar a família.

As mães sofriam com os problemas e preocupações com os filhos dependentes, além de cuidarem dos afazeres domésticos e do restante da família. Os conflitos dentro de casa ocorriam principalmente porque os esposos/companheiros tinham problemas com o alcoolismo ou não se importavam com o filho. As brigas eram frequentes e os outros familiares julgavam mal as tentativas de resgatar os filhos das drogas, achavam que eram casos perdidos.

No meio desse cenário, as mães ficavam divididas entre o filho e o restante da família, mas tendiam a ficar ao lado do filho. Essa atitude, não compreendida pelos familiares, acabava causando o conflito. O cenário familiar passava a ser de brigas, o casamento muitas vezes foi desfeito, o desespero tomou o controle e as mães se sentiam sozinhas para enfrentar a situação.

Eu venho sofrendo desde quando passei a ficar na casa do meu marido, que não é pai dele. Morei uns tempos com o pai verdadeiro, mas acabei largando, e o menino começou a usar drogas e ainda continuo sofrendo. Na casa do padrasto eles não aceitam. Quando os irmãos dele estão lá também, ele não pode fazer um nada que eles já ficam brigando com ele. Ele não pode por a mão em nada, ele tem que ficar de fora da casa nem pode entrar no quarto. E eu fico [em] tempo de dar um derrame “cerebral” na cabeça, fico louca. Daí ele vai lá para o terreiro em um cantinho fumar. Porque a gente é mãe! A gente entende, né? E ele que é só padrasto não entende. Eu não quero que o menino vá fumar lá naquelas “maloca” e os outro acabarem matando ele. (M1)

Minha convivência com o marido não era boa e não é! Porque ele não admite, ele é uma pessoa assim, parece que ele não quer bem o filho. Porque ele fala dos outros, que todo mundo trabalha, tem carro, tem dinheiro, e eu falo que é esse que ele tinha que dar mais valor, não era? Falava para ele conversar com meu filho, mas ele nunca

foi avô, nunca foi pai. Quem foi mãe, o avô, o pai foi tudo eu e a irmã dele e essa quando era nova, porque hoje em dia ela odeia ele (M2).

Uai, no início era muito difícil para mim, né, meu marido era usuário do álcool e meu filho na droga, era muito difícil. Aí para você ver, quando batia os dois dentro de casa, os dois brigava muito e eu desesperada, sem saber o que fazer porque no meio estava meu filho e meu marido, não tinha como eu fazer nada [...] Tenho mais outras duas filhas que são preocupadas com ele, mas elas são mais para lá no canto delas, com a vida delas, não incomoda muito com ele não (M3).

O pai dele nunca foi pai! Nem sei se está vivo! Ele viu ele só uma vez! Daí, depois de grande, de 20 anos, ele falou que queria registrar, mas meu filho não quis; daí acho que nunca mais ele teve contato com ele. Criei sozinha, com a força dos meus braços! Agora cuido da minha mãe e é difícil, não tem quem olha ela, deixar sozinha não posso porque ela corre risco do meu filho chegar drogado aqui, não dou conta de sair de casa mais (M5).

De vez em quando tem conflito do filho e do pai! Agora nem tanto porque os dois pararam de conversar, mas quando um vinha já tomava má resposta do outro, já mandava ele ir tomar naquele lugar. Precisava ver, um não suportava o outro, mas agora parou mais, graças a Deus estão mais comportados! Ele tinha muita briga com a irmã mais velha, quando ela vinha passear. Agora ela quase não vem, mas está mais calma (M6).

O pai nunca “teve” presente! Eu sempre cuidei desde os três meses, quando nós separamos. Ele pegava, vinha na minha casa. Só que separei dele porque ele não queria trabalhar, daí eu pensava: se for para eu cuidar da casa sozinha, eu fico sozinha, daí mandei ele embora. Aí eu cuidei dela sozinha, daí a última vez que ele veio aqui visitar, o pai dela bateu nela, sabe, porque eu nunca fui de bater, sempre conversava, colocava de castigo, talvez até faltou isso, né, mas ela ficou muito revoltada com ele depois disso [...] (M7).

5.4 Esgotamento e emocional e físico

Nesta categoria os efeitos e sintomas do estresse diário são declarados pelas mães. Todos os acontecimentos violentos, as preocupações constantes, o medo, a angústia, a desilusão, o desespero, a incerteza, o desamparo, os conflitos familiares e a falta de suporte familiar geraram desgaste e levaram ao esgotamento emocional e físico dessas mães.

Elas descreveram como consequências do esgotamento: insônia, desejo suicida, raiva, dores de cabeça, depressão, nervosismo, falta de concentração e alcoolismo. Destacou-se o desespero de uma genitora, que a levou a usar *crack*, junto com a filha. Em virtude do cansaço com a rotina que enfrentavam junto dos filhos, muitas admitiram necessitar de tratamento médico e psicológico.

Fiquei alcoólatra muito mesmo também nessa época! Ao invés de procurar uma saída, eu procurei foi refúgio na bebida e depois na droga. O *crack* eu usei quase um ano e a bebida foi a vida toda. Nada me aliviava, eu entrava no quarto chorava. Eu não conversava muito com ninguém, não tinha com quem conversar me abrir, daí eu

usava o álcool para me aliviar [...] Minha casa era uma bagunça, tudo fora do lugar, a gente bebia para dormir e acordava para beber (M4).

Nossa, meu dia a dia, minha cabeça fica pior do que a dele! Fica parecendo que é eu que estou mexendo, né! Com o “trem” (droga), falando 24 horas dentro de casa, mas assim mesmo fico com o “cérebro voadinho”! Parecendo que eu estou assim fumando também! [...] Quando ele sai, eu fico pedindo ao Senhor! Ó, meu Senhor Jesus, toma conta dele pra mim! E “óia” ele com seus anjos, para ninguém judiar dele [...] Como de dia eu já chorei muito, passei muita raiva com ele, acordo com a cabeça ruim, pesada, latejando. Parece que eu que fumei aquela “trenharada”, vejo que tem hora que vai me dá um derrame “celebral no cérebro”! Mas Deus é grande, eu falo pra ele não deixar eu morrer, porque tenho que cuidar dele, porque ele não é certo da cabeça. Senão, quem vai cuidar dele? Vai ficar jogado na rua? (M1)

Eu guardava tudo para mim, né. A depressão não é uma coisa que acontece de momento para momento, ela é igual uma bola de neve, vai juntando, vai juntando, até chegar naquele ponto, como foi o meu caso, já tinha meu marido que bebia e meu filho usuário, minha vontade era só chorar e chorar! Aí quando via meu marido e filho naquela situação, foi juntando tudo e estourou de uma vez, aí eu dei uma convulsão, cheguei ao meu limite. Foi quando consultei com um psiquiatra e ele ofereceu a ajuda para mim, para meu marido e meu filho (M3).

Mas não é fácil não, ser mãe de gente que usa droga, eles não “está” com você, você passa o dia até bem esquecido do problema, mas quando a cabeça vai para o travesseiro vem a lembrança desse filho, medo da notícia, não é fácil. Tem dia que me estresso, mais não posso abandonar. (M15)

Às vezes de manhã ou à tarde eu faço uns bicos no trabalho, mas quando ele está aqui não tem como eu sair. Minha casa é assim, tudo cheia de grade, ele já arrebentou minhas grades aqui várias vezes. Então é assim, não tenho vida eu vegeto [...] Avançar em mim ele nunca fez, mas alterar a voz ele faz! Ele grita, sabe, ele fica muito nervoso, muito bravo! [...] Eu não vou ao médico, mas a depressão eu sinto às vezes que eu tenho, mas não faço uso de medicação, eu descontrolo muito rápido (M5).

Me dava uma dor de cabeça que não tinha nada que aliviava. Daí fui para o psiquiatra e para o psicólogo. E até hoje faço terapia com o psicólogo, porque quando me dava aquela dor de cabeça, vinha aquela crise de nervo, um nervo que eu não aguentava ninguém conversando perto de mim. Estava me fazendo mal isso, e com isso estava me dando esquecimento, sabe, falta de concentração. Aí resolvi procurar um médico, que assim não dava para ficar. Aí fui no psiquiatra e ele passou um remedinho leve para mim e disse que eu deveria procurar um psicólogo, fazer terapia e estou fazendo (M6).

Ah, agora estou bem sofrida, porque antes eu não era assim não. Agora está sendo bem difícil para mim, às vezes eu tenho vontade de morrer [...] Às vezes penso em acabar com minha vida! Porque é muito triste, mas sou daquelas assim: quando chega gente, eu fico de boa, não fico com a cara ruim nem nada, tento disfarçar, só que eu não tenho mais é vontade de sair e de nem viver (M7).

5.5 Batalha contra o vício: estratégias pessoais e busca por tratamento

As estratégias usadas pelas mães para enfrentarem as dificuldades foram várias, desde as atitudes permissivas, como financiar o vício e pagar dívidas dos filhos para protegê-los das

ruas, até a repressão, a intolerância, a violência física e verbal e o abandono do filho. Sobrevinha a vontade de que o filho ficasse preso ou, até mesmo, que estivesse morto.

Houve algumas estratégias extremas, como o uso do *crack* junto com a filha usuária e o ato de acompanhá-la nas bocas de fumo, para protegê-la. Outra mãe relatou vontade de sair de casa, deixar o restante da família e morar sozinha com o filho dependente, pois os demais familiares não o aceitavam usar drogas em casa. Esse fato angustiava bastante a mãe, pois o filho tinha de ficar no quintal ou ir para a rua.

Nas falas foi bastante marcante, também, o medo: dos filhos irem para as ruas e serem mortos, da violência, da polícia. Por essas razões, muitas genitoras viviam em função do filho dependente e abandonavam os próprios planos de vida.

Quero ter uma casa para morar só eu e ele; Deus, primeiramente, e ele. Porque se ele continuar usando as drogas, vai ser só nós lá! Vai ter um lugar melhor pra ele ficar, porque o que ofendeu o “cérebro” dele foi às drogas e qualquer coisinha ele está nervoso e lá dentro da casa do padrasto dele ele num pode usar a maconha [...] Eu até entendo ele, ele ficando dentro de casa perto de mim fumando a “macoinha” dele eu até entendo, mas na casa do padrasto eles não aceitam (M1).

Quando eu aposentei, tem uns seis a oito anos, aposentei com 59 anos, ele chegou um dia aqui louco, que estava devendo uma droga. E eu abri a gaveta e ele catou esse dinheiro e ele já sumiu para a rua [...] E eu já paguei, já tirei de R\$ 400 a R\$ 500 livre no banco para as drogas dele. Saía eu e a irmã dele na moto, íamos parar lá na boca de fumo que ele estava devendo, para não matarem ele [...] Aí foi, eu tinha comprado um *notebook* caro para ele. Ele foi e vendeu tudo por causa de droga, vendi o bar aqui da esquina que era de aluguel, para pagar as drogas. Menina do céu! Minha luta é demais! (M2)

Daí então eu vi que não tinha como, eu pensei que não tinha como ajudar a minha filha. Então eu pensei: vou me juntar a ela, para poder ficar junto e olhando ela. Foi um momento de desespero assim, por não achar uma saída e se eu tivesse usando eu estaria perto dela, acompanhando ela. Até como se diz, estaria protegendo ela e assim tudo aconteceu. Eu já era alcoólatra e passei a usar o *crack*. Na droga nosso relacionamento não era fácil, porque ela não gostava de usar perto de mim e eu insistia, e ela era resistente. E assim foi um cenário de brigas, cheio de agressões, falávamos muitas verdades uma para outra que chegava a machucar (M4).

[...] ele pegou umas coisas minhas, já passou na rodoviária e já vendeu. Aí eu dei parte dele na polícia, foi a primeira vez que eu saí atrás dele, dentro de uma viatura para buscar ele. Nós batemos muito de frente, mas agora estou aprendendo a ignorar, me xingava, brigava e eu sempre falo para ele que a porta é a serventia da casa, já mandei ele sair de casa várias vezes. [...] Outra vez ele arrombou minha casa para roubar, já cheguei aqui acionei a polícia, daí não adiantou nada, não foi considerado roubo. Aí acabou sendo liberado, ficou com raiva de mim nem voltou para a casa, muitos dias (M5).

Nossa, isso faz tempo que estou nessa luta, tentando ver se interna. Aí o juiz pegou e disse que não liberava mais para internar, porque antes eles davam uma autorização e eu que decidia internar. Agora eles não liberam mais e eu fico pedindo ajuda, sempre eu procuro lugares para internar. Esses dias mesmo entrei na internet e achei uma clínica lá em São Paulo, só que cobram R\$2.400 para internar e eu não tenho condições (M6).

[...] enquanto dar o dinheiro para ele, o certo é não dar, mas se não der R\$10 para ele, às vezes ele pode pegar uma camiseta que é muito mais cara, de R\$100, qualquer tênis é R\$250 a R\$300, e trocar pela droga. E as coisas para ele não falta, graças a Deus. Aí no começo do ano ele matriculou-se na escola, mas na cabeça dele ele vai todos os dias, né, mas ele não vai não, tem faltado muito com os compromissos (M9).

O negócio é que ela está envolvida com um assassinato que teve de um traficante. Na verdade ela viu quem matou e a polícia foi atrás dela para ela falar, e os outros lá juraram ela de morte, mas ela já esteve envolvida com roubo e, se a polícia “ver”, acho que ela vai para a cadeia ou então ela disse que vai suicidar. Então eu estou aqui sem saber o que fazer. Sei que a gente que tem filho que vive nessa vida a gente não tem paz. Quando o telefone toca, eu já fico com medo, né, porque é difícil, né. Então a vida é essa aí (M10).

[...] algumas pessoas me falava que via ele em tal lugar na rua, mas eu tentava ser forte, mas eu não tinha medo dele morrer, até ia achar bom, sem mentira nenhuma. Mas eu tinha medo dele matar alguém, desfazer família. Nessa situação que ele estava, durante o dia eu e o marido conversava, tentava ser uma pessoa alegre, mas à noite nos dois entrávamos para o quarto e chorávamos muito, desabafávamos as dores e as mágoas [...] Quando ele foi preso, dei graças a Deus, melhor lá do que na rua aprontando. O advogado me ligou e eu não queria saber dele tirar meu filho de lá. Fui firme e disse que não ia lá ver ele (M16).

Chega um momento em que as mães buscam auxílio profissional e um tratamento adequado para os filhos. No caso das entrevistadas, elas conheceram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad) que, além de auxiliar muito os filhos, dá apoio a toda a família. Muitas mães eram ali amparadas e também se tratavam com médicos e psicólogos.

Entretanto, o processo da recuperação é lento e, em alguns casos, não foi dado seguimento ao tratamento por parte dos filhos. Outros faziam tratamento, mas continuavam com o vício. As mães relataram que durante o dia eles até ficavam no CAPSad, porém à noite voltavam à rotina de antes: iam para as ruas e novamente consumiam drogas.

Alguns filhos foram tratados com medicações, outros foram internados em clínicas ou chácaras de recuperação. Essas instituições para internação despertavam bastante interesse nas mães. Elas relataram sentir esperança, segurança e alívio pelos filhos estarem protegidos pelos muros das instituições, que os isolam do vício do *crack* e das ruas. A internação é bastante esperada, por afastar os filhos da violência, dos roubos e dos traficantes. Além disso, com a internação elas têm a possibilidade de descansar dos problemas e dos conflitos, têm sossego em casa e não precisam preocupar com os filhos nas ruas.

Oh! Eu fico melhor um pouquinho na hora que ele toma o remédio da noite. A única coisa que faz ele dormir, abaixo de Deus, é o remédio. Mas durante o dia o remédio não faz efeito, porque ele fuma demais lá em casa. Tem uma mata beirando lá em casa, você acredita que ele vai lá?! [...] Tenho sossego quando venho para o CAPSad, mas em casa não tenho não, e quando ele estava fazendo tratamento foi preciso internar e lá ele ficava sem a droga, era remédio dia todo, até conversava enrolado, mas era bom quando ele internava (M1).

Somente foi que eu peguei com as meninas lá do CAPSad, para me ajudar. Agradeço muito a Deus, que colocou elas no meu caminho para me ajudar. Se não fosse elas, também, não tinha como, porque eu também passo pelo psiquiatra, pelos problemas que eu tenho, agradeço muito as meninas do CAPSad por ter me ajudado nessa. Eu estou vivendo hoje por causa delas, por elas terem me ajudado. Mas o que a gente pode fazer, né, é procurar ajuda e ser ajudada também [...] Eu comecei a confiar nele, confiei nele assim, desconfiando. Arrumaram uma chácara de recuperação para internar ele, aí foi que ele foi para lá. Mas é uma coisa muito difícil, você quer que seu filho esteja junto de você e ele está lá (M3).

Eu agradeço por meu filho estar vivo até hoje por causa do CAPSad, ajuda que eu tive lá, principalmente do motorista, que achava ele na rua e mandava ele vir embora para casa e veio muitas vezes buscar ele aqui em casa para levar para o CAPSad [...] Ao todo meu filho deve ter passado por 16 clínicas de internação e está até hoje faz tratamento no CAPSad. Só que lá ele fazia tratamento de manhã, daí ele vinha embora e já ia para a rua, e depois ele passou nem a ir mais para lá. Ele passava a noite “zuadão” na rua e tinha medo de chegar aqui em casa e eu brigar com ele. Ele ia direto para o CAPSad, chegava lá igual um “Zé Ninguém”, sujo, fedido, aí passava o dia, vinha aqui para a casa, só para tomar um banho, e sumia de novo para a rua. Ao todo ele deve ter passado por 16 clínicas e está até hoje e fazia tratamento no CAPSad. Só que lá ele fazia tratamento de manhã, daí ele vinha embora do CAPSad e já ia para a rua, e depois ele passou nem a ir mais (M5).

Eu não me lembro se foi uma pessoa que levou ela para o CAPSad, quando fiquei sabendo ela já estava lá. Só sei que ela estava bem, daí ela foi e saiu. Ela tomava um remédio para não ter vontade de usar droga. Quando chegava em casa, ela não tomava, eu “pelejava” para ela tomar, eu ia dar e ela não queria de jeito nenhum, aí é onde eu acho que ela não conseguiu largar e ficou nisso aí [...] Aí ela já está quase na situação de ficar louca, era onde eu queria internar para ela poder tomar os remédio para a cabeça, que aí ela ficaria mais calma, né (M10).

Lá no CAPSad o psicólogo disse que não adiantava internar à força, poderia ficar pior. Ela nunca internou e nem quer tomar os remédios. O doutor lá do CAPSad passou e eu comprei e esses tempos joguei fora, porque estava na data de vencimento e ela não usou. Compro os remédio, marco os exames e ela não vai fazer. Então faço as coisas para ela e não adianta. Antes eu falava vamos, ela ia comigo; agora ela não vai (M7).

Daí falei : não tem como, só Deus, se esse juiz não internar ela não tem como! Eu achava assim que era só o caso de internar mesmo e não era assim. Ele falava: “não tem como, ela tem que ir por livre espontânea vontade”, e eu não aceitava, falava: “Gente, se não for à força ela não vai”. A essa situação que ela estava ia morrer! [...] Hoje está internada, está bem, mas disse que quer ficar mais tempo lá. Acho que ela tem medo das recaídas (M8).

Falo para meu filho que não quero perder mais ninguém na família por causa de drogas. Deus me livre, tem muitas mães perdendo filho. Lá no CAPSad mesmo, as funcionárias me falam para lutar, desistir dele não, porque ele quer tratar e ele ainda tem a cabeça muito boa para decidir isso, porque internar ele fala que não quer ir não (M13).

5.6 *Coping* religioso e *coping* social

O *coping* religioso nas entrevistas foi marcado pela fé das mães foi essencial para dar resistência, força e coragem, para que superassem adversidades e resistissem ao cotidiano marcado pela tristeza, decepção, desespero, sofrimento, brigas e violência. Elas declararam que se fortaleceram em Deus e tiveram fé que suas vidas poderiam melhorar. Elas contaram também com a religião, com amigos da igreja e vizinhos, que deram apoio por meio das orações e conselhos, caracterizando o *coping* social. Relataram perceber como Deus sempre escutava suas orações e protegia os filhos, quando eles estavam nas ruas.

Por meio da religiosidade, confiavam incondicionalmente no poder divino e participavam de grupos de apoio para compartilhar com os outros pais que estavam na mesma situação o sofrimento que sentiam. Esses envolvimento serviam como recursos que as auxiliavam a ter resistência e esperança e para que se tornassem mais confiantes.

Só em Deus mesmo, só em Deus e nos irmãos da igreja que constantemente tudo orando para ela não morrer, por Deus. Deus é Deus e ela já passou por momentos assim de quase morte e creio que, como nós somos cristãos, ela nasceu dentro da igreja, é batizada, então Deus assim sempre guardando. Não foi porque afastou da igreja que ela deixou de ser filha de Deus, só foi para o caminho errado [...] Se ela esta viva é pela misericórdia de Deus, nada mais a não ser Deus, eu e meu esposo que é muito de orar, e eu creio de toda a minha alma e ele sempre guardou ela [...] Como espero uma nova vida daqui para frente, ela começar a estudar, tudo novo na vida dela, para o passado ficar para trás, e até aqui Deus tem ajudado. Então nos resta continuar orando (M8).

Sim, sou religiosa, frequento a Igreja Mundial! Uma mulher vizinha me levava nessa. Já pedi para os dirigentes da igreja rezar para ele. Porque isso parece que é uma coisa, um tipo demônio, que faz a pessoa passar por isso e mexer com as drogas [...] Eu fico pedindo: “Senhor, toma conta dele pra mim, o Senhor sabe o que passa na cabeça dele! O Senhor sabe minha luta com ele, dentro de casa e olha ele para não ir na rua”. Aí ele vai, mas num “instantinho” ele volta. (M1).

Sou testemunha de Jeová, frequento bastante e todas as reuniões eu vou lá, nas quintas-feiras, e isso foi fundamental para me deixar mais forte. Eu tenho minha vizinha que ela mesma sabe e conviveu “com nós” aqui esse tempo todo. Ela me ajudou muito, ela sabe o que eu passei e me apoiou. Mas, graças a Deus, eu agradeço a Deus e o CAPSad primeiramente, que me ajudou (M3).

Eu lia um evangelho, frequentei também o centro espírita que minha amiga participava, daí ela me levava também. Daí foi um refúgio, uma muleta para sair dessa, me apeguei com Deus e me isolei um pouco, até eu me sentir segura [...] Eu não frequento a igreja não, nunca fui de frequentar. Eu não tenho uma religião, assim! Mas eu creio que Ele existe e confio nele, nunca perdi a fé! Eu peço e agradeço, eu e Deus conversamos quando não tenho ninguém (M4).

[...] mas como a gente acredita em Deus, em um poder maior, de repente aquilo apita dentro da gente... Hoje meu filho trabalha, está no mesmo emprego de quando ele saiu da casa de recuperação, hoje ele é gerente e eu não sofro mais, não preocupo, a esposa voltou. Hoje eu venho dar testemunho nos grupos de apoio aos pais que

sofrem, participo nas atividades de caridade, estou convicta na minha fé e religião (M16).

A Figura 1 representa o impacto de ter um filho usuário de *crack* na vida das mães. As fontes de estresse estão em destaque, são intensas variadas e sofrem modificação ao longo dos anos. O sofrimento e a falta de apoio e de recursos repercutem no esgotamento físico e emocional das mães.

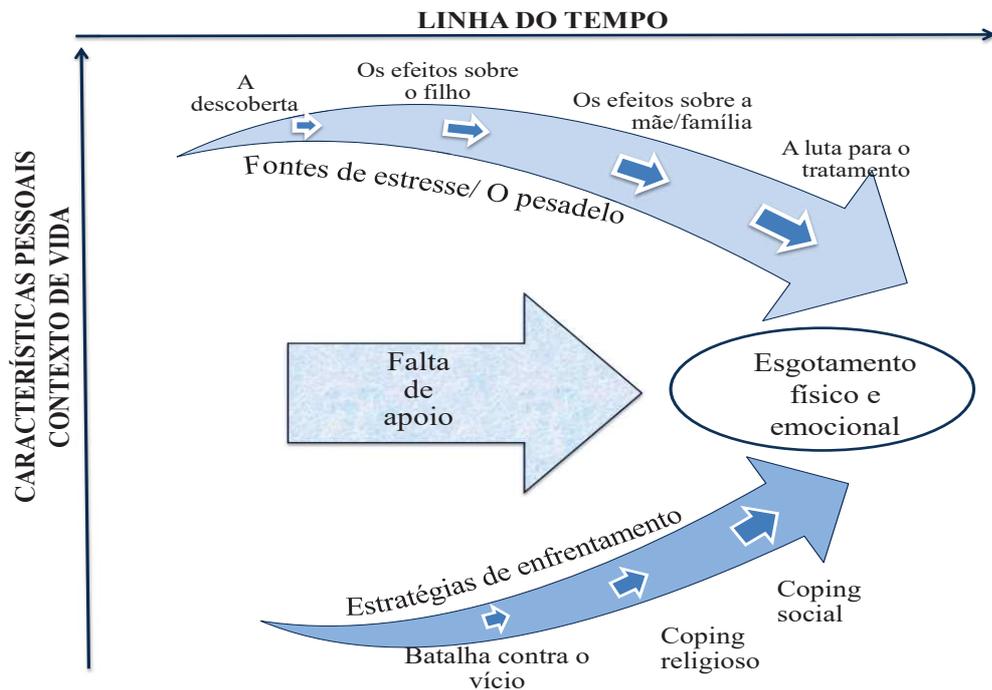


Figura 1. Modelo teórico sobre o (1) Linha do tempo e (2) Características pessoais/contexto de vida
Fonte: Elaboração da autora.

As mães vivenciam diferentes e intensas fontes de estresse a partir do momento que descobrem que os filhos são dependentes. Elas enfrentam um pesadelo dentro de casa, sentem-se culpadas, sofrem ao perceberem os efeitos que a droga provoca nos filhos, são vítimas de violência por parte dos filhos, vivem mergulhadas no medo e na insegurança, sentem-se sozinhas e sem apoio para enfrentar as dificuldades diárias. A família fica completamente desestruturada e as brigas são constantes. Na tentativa de recuperar o filho e trazer paz para a família as mães lançam mão de algumas estratégias extremas e pouco aceitáveis socialmente, como por exemplo, ter atitudes permissivas e financiar o vício, ou usar a violência física e verbal. Outras estratégias usadas, agora mais eficientes, são buscar o tratamento, encontrar conforto por meio da religiosidade, da fé e do apoio dos amigos.

Entretanto, como as mães possuem poucos recursos e encontram pouco, ou nenhum, apoio nas redes que deveriam oferecer suporte elas ficam esgotadas física e emocionalmente e anunciam o seu adoecimento.

Certamente, a forma como cada mãe lida com as fontes de estresse sofre influência de aspectos relacionados ao contexto socioeconômico e cultural (emprego, renda familiar, grupo de amigos, assistência social, sistema escolar, sistema de saúde, hábitos de lazer, crenças morais e religiosas) em que ela vive, e ainda da característica pessoal (idade, estado de saúde, nível de conhecimento, personalidade, temperamento).

Embora a Figura 1, pareça seguir uma ordem de acontecimentos, é necessário considerar que, em qualquer etapa que estejam às mães podem desenvolver estratégias que minimizem seu sofrimento, como também, na falta destas, aumentar seu estado de sofrimento e angústia.

6 DISCUSSÃO

O *crack*, constitui-se um problema de saúde pública, com impacto negativo na sociedade, nas famílias e na vida das mães que vivenciam a situação de ter um filho usuário. Neste estudo foi possível compreender quais as principais fontes de estresse materno e as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por essas mães.

O estudo contou com a participação de 17 mães de usuários de *crack* e pôde conhecer como elas convivem com seus filhos. Foi possível perceber, nos depoimentos, culpa e angústia quando descobrem que os filhos estão envolvidos com drogas. Após a descoberta, são vivenciados episódios dolorosos e decepcionantes que causam estresse e interferem na afetividade entre mãe e filho.

As transformações sofridas na vida dessas mães foram apresentadas nos depoimentos, carregados de dor, incerteza e insegurança. A maioria das genitoras passou por transformações em seu cotidiano que modificaram suas rotinas; elas passaram a viver em função do filho usuário de *crack*, escolha muitas vezes justificada na tentativa de protegê-lo. Tratou-se de um desafio para elas, pois, como nunca haviam vivenciado essa situação, demoraram a encontrar estratégias de enfrentamento e buscar auxílio profissional.

Na convivência das mães com os filhos usuários de *crack* muitas vezes ocorrem sentimentos diversos, que oscilam entre a vontade de ajudar e a desesperança. O desgaste emocional e físico que algumas vezes até anula o amor materno. Na busca por alternativas para que a convivência entre mãe e filho viesse a melhorar, a fé apareceu como um fator importante e animador. Essa força mostrou-se presente em várias etapas da convivência e contribuiu positivamente na superação dos conflitos, à medida que, ao proporcionar a diminuição do estresse, gerava maior aceitação e tornava as mães mais resilientes. O *coping* religioso foi o recurso mais comumente descrito pelas mães, recebendo mais destaque do que a busca por tratamento e o apoio dos amigos.

Dados do Relatório Mundial de Drogas em 2009 revelou que 26 milhões de pessoas apresentaram com vício tipo dependência química, o que corresponde a 0,6% da população adulta mundial, com 200 mil morte/ano devido às drogas ilícitas. O Brasil é o segundo país do mundo com o maior número de usuários de cocaína e seus derivados, como, por exemplo, o *crack*, em torno de 870 mil usuários (UNDOC, 2009).

O Brasil no cenário das drogas mundialmente apresenta-se, atrás apenas dos Estados Unidos. Apresenta o maior mercado de *crack*, comparando aos demais países, segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). Antigamente o Brasil participava da

rota do tráfico, hoje 60% das drogas produzidas na Bolívia são direcionada para o território brasileiro, e o início do consumo começa cedo, quase metade usuários experimentaram o *crack* pela primeira vez antes dos 18 anos. Fato confirmado no estudo, pois as mães dos usuários do *crack* revelaram que os filhos iniciaram no mundo das drogas muito cedo, entre nove e 18 anos de idade. A aquisição do vício evolui do álcool e do tabaco, para o consumo de drogas ilícitas como a maconha, porta de entrada para o *crack* (UNIAD, 2012)..

O perfil atual do usuário de *crack* no Brasil caracteriza-se por: adultos jovens, 80% sexo masculino, baixa escolaridade e com origem familiar e/ou um contexto social de marginalização. Quando questionados sobre as causas que os levaram ao consumo, 29,19% dos usuários responderam que o motivo principal para o início do uso do *crack* relaciona-se com a influência familiar ou à falta do vínculo familiar. Esses jovens também entram na vida adulta em franca desvantagem na disputa por trabalho, renda e lugar social (BRASIL, 2014).

As características do usuário brasileiro não diferem, por exemplo, dos outros países. Na Bélgica as experiências de pais de jovens usuários de substâncias ilícitas, com idade entre 17 a 25 anos, descrevem o início do uso de drogas ainda na menoridade, consumindo maconha, cocaína e *crack*, passando à margem da sociedade (HOECK; VAN HAL, 2012).

Os principais fatores associados ao consumo de drogas por jovens são: o uso de drogas pelos familiares e amigos, problemas no convívio familiar, baixa autoestima, ausência de normas e regras, uso precoce de drogas lícitas, frustrações, falta de religião e necessidade de novas experiências e novas aventuras. Mudanças, físicas, hormonais, de humor e comportamentais. E ainda a necessidade de fazer parte de um grupo, quando eles não se enquadram em nenhum desses grupos por afinidades, podem tornar-se mais vulneráveis ao consumo das drogas, pois encontra nas drogas a falsa visão da realidade, ou fazem uso das drogas para serem aceitos em determinados grupos sociais (PRATTA; SANTOS, 2009, BERNADY; OLIVEIRA, 2010).

Um levantamento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) juntamente com Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, revelou que, no fim de 2012, o Brasil encontrava-se com 370 mil usuários de todas as idades que utilizavam o *crack* regularmente há pelos menos em seis meses. Destes 370 mil pessoas, 14% desse total são crianças e adolescentes, ou seja 50 mil usuários de *crack* são menores de idade. Outro destaque foi à região nordeste que apresenta 40% do consumo de crack de todo o país, 30% dos usuários de *crack* moram nas capitais com pouco vínculo ao domicílio, enquanto que, nos demais municípios, quase a metade dos usuários de *crack* 49,86% residiam em suas casas e com seus familiares 40% do total de usuários brasileiros vivem nas ruas (BRASIL, 2014).

O padrão de consumo se torna intenso e repetitivo e nos momentos de uso a pessoa se torna alheia aos valores sociais e morais. Podem desenvolver atitudes agressivas, inquietas e bizarras, principalmente quando o usuário encontra-se nos períodos sem a droga conhecido (BRANCO et al., 2012).

O dependente de substâncias psicoativas aos poucos demonstra uma série de comportamentos que o caracterizam. Inicialmente desfaz-se dos bens materiais para conseguir manter o vício; evoluindo para a perda do vínculo familiar e social e realização de crimes. Conforme aumenta o consumo, abandona a profissão e/ou os estudos (CORDEIRO, 2002).

As atitudes adotadas pelos usuários de *crack*, abalam os laços familiares, conjugais, profissionais e sociais. Que quando rompidos tornam este indivíduo mais vulnerável à marginalização (PUCHERIO et al., 2010; SELEGUIM et al., 2011).

A mãe é uma figura de suporte do núcleo familiar, com tarefas diversas e responsabilidades para o desenvolvimento da família. Por esse fato, é comum a preocupação com a criação dos filhos, com o bem-estar e com a convivência em um ambiente seguro. Dessa forma, quando vivenciam as drogas em sua casa, as mães são afetadas direta e indiretamente e se sentem impotentes diante do sofrimento (MAGALHÃES et al., 2013).

É comum a percepção pela mãe das mudanças físicas apresentadas pelos filhos: emagrecimento, falta de apetite, alteração respiratória, descuido com o corpo, inquietação psicomotora e as longas caminhadas em busca da droga no momento da abstinência (CHAVES et al., 2011).

Observou-se que as mães dos usuários de *crack* na grande maioria tinham dificuldades de estabelecer um diálogo com os filhos. Manifestam decepção ao saber por terceiros que os filhos faziam uso de drogas. Após a descoberta, não se informaram sobre qual droga o filho fazia uso, ou estabeleceram diálogos claros e objetivos sobre a problemática com o filho e demais membros da família.

Muitas mães ainda receiam ser julgadas pela sociedade devido ao comportamento dos filhos; consideram que a sociedade pode culpá-las pela criação que deram a eles e, por isso, responsabilizá-las pelos atos que esses usuários cometem. Essas preocupações podem gerar prejuízos ao bem-estar e no convívio social e familiar. O comportamento do filho usuário é estressante para a mãe e pode afetar a afetividade entre ambos (CARVALHO; OLIVEIRA; MARTINS, 2014).

O comportamento inconstante dos usuários de *crack*, faz com que as mães tenham sentimentos conflituosos, como amar o filho e, em certos momentos, ter ódio e raiva; vontade de cuidar deles e pensamentos de abandoná-los. Essas alterações sentimentais e

comportamentais são respostas ao sofrimento e à decepção, por não saberem como conduzir a situação (MAGALHÃES et al., 2013).

Nas falas as mães destacaram o *coping* de engajamento, pois enfrentaram o problema de ter um filho usuário de *crack* mesmo sem apoio, não fugiram de suas responsabilidades de mãe para protegerem os filhos. Porém nem sempre as estratégias escolhidas pelas mães eram as mais certas, essas atitudes se justificam pelo desespero do momento em não encontrar apoio da família, e pela falta de orientação e suporte profissional.

Outra forma do *coping* se manifestar é na crença religiosa, que pode influenciar a forma com que as pessoas enfrentam situações difíceis, entre eles o estresse e o sofrimento. A religiosidade pode proporcionar sensações de tranquilidade, paz interior, perdão e autoestima e assim facilitar a aceitação e a adaptação. Desse modo, as práticas religiosas auxiliam no enfrentamento de doenças e colaboram com a superação de situações que envolvem também o abuso de drogas. Além disso, podem auxiliar a prevenir comportamentos autodestrutivos, que são muitas vezes o motivo que leva uma pessoa a consumir a droga (SIQUEIRA et al., 2012; STROPPA; ALMEIDA, 2008).

A fé e a religiosidade, na análise dos depoimentos das mães, deram suporte para todas as etapas da convivência com o filho e, para a maioria das mães, representou a única alternativa de cura e esperança. A fé possibilitou suportar a devastação que o *crack* causa no dia-a-dia da família.

A religiosidade se destaca como um fator animador e importante, pois desperta, tanto na família como no usuário, consolo, alívio e sentimento de esperança, fatores que auxiliam a passar por momentos traumáticos (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

O impacto do *crack* dentro das famílias pode fazer com que os pais passem a tomar decisões que os distanciam do filho, pode interferir até mesmo no afeto materno. Todas as mães querem o fim do problema vivido. O usuário que convive com seus familiares nunca passa pelo problema sozinho, todos sofrem em conjunto. Sentimentos como o medo e a culpa estão presentes nos pais ao descobrir o uso de droga pelos filhos; sentem-se impotentes e muitas dúvidas aparecem quanto à melhor atitude ser tomada. Na maioria das vezes, adota-se a punição, devido aos fatores sociais e culturais sobre o consumo das drogas (SIQUEIRA et al., 2012).

Os familiares que acompanham todo o processo de dependência da droga por parte do ente familiar - que perpassa o uso, o abuso, o tratamento, as recaídas, a abstinência e a recuperação, em alternância entre a melhora e a piora no consumo - têm sentimentos variados, como: o sofrimento, a impotência, a violência e a culpa. Os fatores emocionais prejudicados

podem causar desgaste físico e emocional e por isso contribuir para os elevados índices de estresse (FONTANA et al., 2011).

A boa dinâmica familiar, o vínculo afetivo reforçado e o diálogo entre pais e filhos também podem auxiliar no enfrentamento dos problemas que o *crack* pode causar, pois quando a família escuta e apoia, toma o controle emocional do filho usuário e da situação complexa. A família que age de forma compreensiva pode desenvolver no filho atitudes de socialização, motivação, autoconfiança e reconstrução da identidade (NONTICURI, 2010).

A família sozinha pode não estar preparada para enfrentar essa situação e para tomar as melhores decisões, por isso é importante que haja uma rede de apoio que atenda o usuário de *crack* de forma efetiva. É necessário que o apoio profissional esteja pronto para atuar nos momentos em que o usuário se encontra mais fragilizado e vulnerável à aceitação ao tratamento (MAGALHÃES et al., 2013).

Há necessidade de ampliar a rede de cuidados, implementar a forma de atendimento e as equipes de acolhimento e fiscalizar o uso das verbas públicas em projetos que atuam diretamente no cuidado com os familiares e usuários do serviço de saúde mental. Pois as políticas do SUS nessa área acabam propondo medidas de intervenção pouco eficazes e investindo pouco na prevenção. O tratamento para esse público deve fundamentar-se em aspectos biológicos, psíquicos e sociais. E a rede de atendimento ao usuários de drogas está basicamente distribuída nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), serviços ambulatoriais, hospitais gerais, clínicas especializadas e comunidades terapêuticas (MORAES, 2008).

A atenção primária deveria ser a porta de entrada e de resolução ou encaminhamento, na estruturação de uma rede de cuidados aos dependentes químicos. A detecção da presença da droga na família, pelas equipes de saúde da família, esses profissionais deveriam estar treinados não apenas para identificar o usuário que necessitasse de atenção especializada, mas também para realizarem a abordagem terapêutica adequada.

Nos serviços especializados é necessário que também ofereça serviços de atendimento aos familiares, pois estes são importantes intermediários entre o usuário e o serviço de saúde, à medida que facilitam os meios para aceitar o tratamento. Além disso, as experiências trocadas nos grupos de família atendem ao objetivo da recuperação (SPRIGIGO et al., 2004).

O Brasil não se preparou antecipadamente para tratar usuários de drogas. A rede de tratamento é pequena, precária, com poucos profissionais especializados na área, pois o país ainda está migrando do modelo baseado nas internações para outro voltado ao atendimento ambulatorial. Como ocorreu na criação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPSad) foram idealizados para oferecer atendimento multiprofissional diário e

prestar atenção integral e contínua direcionada aos usuários de drogas lícitas e ilícitas. No CAPSad também deve acontecer o planejamento terapêutico e o apoio para a família, considerada fundamental e parte do tratamento (BRASIL, 2010).

Entretanto, percebe-se que a prática está distante do que foi idealizado, pois não há compromisso com as políticas de saúde destinadas a atender os usuários de drogas e seus familiares. Os profissionais trabalham em péssimas condições, sem recursos, e esperam do governo investimento em capacitação.

As mães criticaram os altos índices de evasão dos filhos quando em tratamento no CAPSad. Chamaram atenção para a redução do tempo de permanência dentro da unidade. Isto faz com que os filhos fiquem na rua sujeitos à recaídas e criminalidade. Um dos fatores que podem contribuir para os altos índices de evasão do serviço é a falta de vínculo do usuário com a unidade e com os profissionais que os recebem de uma forma pouco acolhedora. O atendimento ao usuário exige habilidade e disponibilidade emocional dos profissionais que atuam nesta área e para isso deve existir demanda de investimentos do governo para treinamento e qualificação de toda a equipe.

A falta de preparo dos profissionais da saúde para lidar com os problemas relacionados ao álcool e outras drogas é reflexo também da formação acadêmica que não os prepara adequadamente para esta abordagem. A formação ainda é pautada no modelo médico, curativo e assistencialista.

Assim, a enfermagem como profissão torna-se imprescindível como cuidadora no processo de tratamento de usuários de drogas, evitando as recaídas, auxiliando no tratamento medicamentoso, na escuta terapêutica e na manutenção da saúde física, assim como presta assistência a saúde dos familiares, juntamente com os demais profissionais como: psicólogos, médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais. E é importante que os profissionais se atualizem nessa área, para uma melhor abordagem frente a esse problema (SOCCOL et al., 2014).

O enfermeiro como profissional atuante nos serviços de CAPSad, deve basear-se no contexto de vida e situação em que os dependentes químicos estão envolvidos, como também, deve atender as necessidades dos familiares. A assistência de enfermagem voltada ao ser humano como um todo contribui no suporte para que o usuário não fique desprotegido e com isso mais vulnerável. Cabe ainda à enfermagem ter um olhar humanizado para os familiares que estão desinformados, angustiados, sobrecarregados e adoecidos.

É preciso prevenir o risco do uso do *crack*, contribuindo para aumentar os fatores protetores, como: a família, a escola, os esportes e a religião. É recomendado que haja

dispositivos que forneçam assistência compatível com o público que já se encontra sob vulnerabilidade psicossocial às drogas. E implementar ações intersetoriais de prevenção fora da saúde, como na justiça, na educação e na área social (GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011).

Assim, é de responsabilidade de gestores, de todos os níveis governamentais, investir em campanhas na mídia que possam reafirmar ações de cuidado e prevenção contra as drogas, esclarecendo as pessoas quanto às políticas vigentes sobre a saúde mental com ênfase na dependência química e informando sobre os dispositivos e possibilidades de intervenções (MORAES, 2008).

Promover a prevenção e a reinserção dos usuários de *crack*, não é trabalho dirigido a apenas uma célula social. Deve ser executado como um trabalho integrado entre órgãos públicos, sociedade e família, o resultado final deve ser aliado a conscientização da necessidade e da vontade de mudança do próprio usuário.

Aliar intervenções resolutivas com atitudes eficazes para reduzir as consequências do uso e abuso do *crack* e de outras drogas constitui um grande desafio para os órgãos governamentais e pesquisadores. As medidas preventivas de tratamento e reabilitação somente serão resolutivas quando houver investimento nas políticas de educação e saúde inclusivas, voltadas para atender esses usuários e seus familiares (SUÁREZ; GALERA, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa evidenciaram que as mães vivenciaram o estresse de forma diferente e intensa desde o momento que descobriram que os filhos eram dependentes de drogas. O cotidiano dessas mães tornou-se um pesadelo, pois elas adoeceram fisicamente e emocionalmente ao perceberem os sinais devastadores que o *crack* provocava nos filhos. Apresentaram sinais visíveis de descontrole e esgotamento e a família cada vez mais se desestruturava pela falta de apoio profissional e dos demais familiares.

A insegurança e o medo são constantes na vida dessas mães, posto que elas não estão preparadas para lidar com tamanho sofrimento e desordem familiar, provocadas pelas condições de incerteza e pelas poucas estratégias de enfrentamento, causadas pela dependência do *crack*.

Em alguns momentos pelo desespero na tentativa de recuperar o filho, as mães buscaram alternativas extremas, como financiar o vício e agressões físicas e verbais, como forma de protegê-los para que eles ficassem dentro de casa. Sentimentos como as dúvidas, temores, vergonha, culpa e impotência diante do inesperado, contribuíram aumentar o estresse.

A principal estratégia adotada para o enfrentamento, foi a fé, que contribuiu positivamente como estratégia para superar situações adversas causadas pelo *crack*. Neste estudo a fé apresentou-se como *coping* religioso, espécie de força motriz que impulsionava as mães a lidar melhor com a sobrecarga do cotidiano conturbado e suportá-la.

Diante deste cenário, a dependência do *crack* é um agravo que repercute a vida dos familiares em especial as mães, como também em vários outros setores, como a saúde e a segurança pública, por isso merece reflexões e ações, tanto do poder público quanto dos gestores que coordenam os serviços de saúde, e necessita do empenho dos profissionais da saúde, especificamente dos que atuam na saúde mental.

O modelo de atenção humanizada na saúde mental terá resultados satisfatórios quando houver cumplicidade entre os membros da equipe e interlocução com a rede de atenção aos usuários de *crack* e seus familiares. Cabe aos profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e drogas (CAPSad) dar um maior apoio para os familiares, esclarecendo as principais ações de proteção às drogas e os possíveis dispositivos de tratamento, levando em consideração a necessidade de mudança na assistência.

Torna-se necessário refletir coletivamente sobre os problemas enfrentados pela falta de efetividade na rede de assistência de saúde mental, muitas vezes, encontrando estruturas de

serviços públicos deficitários e equipes despreparadas, com muitas dificuldades para oferecer tratamento eficiente a esse público dependente de substâncias psicoativas. E para que haja uma boa adesão ao serviço é necessário um conjunto de ações, como traçar o perfil dos pacientes, uma equipe treinada e especializada para atender as necessidades desse público, promovendo a aproximação da família e meio social no tratamento, ofertando atividades terapêuticas e discussão constante dos casos entre a equipe em reuniões periódicas.

Fica evidente a necessidade de mais pesquisas com essa temática, para por em prática novas abordagens e intervenções dirigidas aos familiares, principalmente às mães, para que elas se sintam amparadas, respeitadas e dignas de receber o apoio necessário ao grave problema que vivenciam.

Este estudo poderá contribuir como instrumento de auxílio capaz de trazer benefícios para reflexão e mudanças sobre os impactos do *crack* na vida das mães e no ambiente familiar. E divulgar os resultados desse estudo aos gestores dos serviços de saúde e pesquisadores da área, contribuindo, para a promoção de discussões e ações na tentativa de trazer melhorias e medidas resolutivas para essas mães. Que estes resultados possam estar aliados a programas de prevenção contra as drogas. Assim como, atender, reabilitar e recuperar a saúde das pessoas com fatores de risco para o mundo das drogas.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S.; INEM, C. L.; RANGEL, F. C. Fenômeno, estrutura, sintoma e clínica: a droga. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.6, n.3, p.11-29, set., 2003.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.2309-2319, nov., 2009.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 2, p.273-294 , jul./dez., 1998 .
- ANTONI, C. **Vulnerabilidade e resiliência familiar na visão de adolescentes maltratadas**. 2000. 179f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.
- BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elfo, 2008.
- BEATTIE, M. **Codependência nunca mais**. Rio de Janeiro: Nova Era, 2007.
- BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.1, p. 11-17, 2010.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica Pós-Graduação em Sociologia Política UFSC**, v.2, n.1, p.68-80, jan./jul. 2005.
- BRANCO, F. M. F. C. et al. Compulsão, criminalidade, destruição e perdas: o significado do crack para os usuários. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v.3, n.4, p. 174-177, nov. 2012.
- BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo origens. **Paidéia**, v.21, n.49, p.263-271, maio/ago., 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas: SENAD. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS. 2004, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministérios da saúde, 2004. p.107.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei antidrogas 2006**: Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad: Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 e legislação correlata. 2 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n.7119 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Casa Civil**, Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 05 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. Série E. Legislação de Saúde, 3. ed. **Revista Atual**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório Brasileiro Sobre Drogas**. IME USP. Brasília: SENAD, 2009. 364p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Perfil Nacional sobre o Uso de Crack – quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? .** FIOCRUZ/ICICT. Brasília:SENAD, 2014. 224p.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.14-21, já./fev.2004.

CAMERON, J. I. et al. Stroke survivors' behavioral and psychologic symptoms are associated with informal caregivers' experiences of depression. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.87, n.2, p.177-183,dez. 2006.

CANNON, W. B. The stimulation of adrenal secretion by emotional excitement. **American Philosophical Society**, v.50, n.266, 1926.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, out./dez. 2006.

CARLINI, E. A. et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista Imesc**, v.3, n.3, p.9-35, 2001.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro do Instituto de Estudos Socialistas**, São Paulo, n.6, p.115-128, 2002.

CARVALHO, C. M. S.; OLIVEIRA, A. B. S.; MARTINS, L. M. S. Vivências de mães de usuários de crack: sentimentos e implicações sociais. **Revista Interdisciplinar**. Teresina, v.7, n.3, p.121-130, jul/set. 2014.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHAVES, T. V. et al. Fissura por *crack*: comportamentos e estratégias de controle de usuários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, p.1168-1175,dez. 2011.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.38, n.2, p.197-205, 2004.

CORDEIRO, D. J. C. **Manual de psiquiatria clínica.** 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002.

CUNHA, M. S. R.; ALMEIDA, C. O conceito de "stress"; uma reflexão crítica. CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA, 7., 1992, São Paulo. **Anais...**, São Paulo, 1992.

CROWE, T. K.; VANLEITE, B.; BERGHMANS, K. K. Mothers' perceptions of child care assistance: the impact of a child's disability. **The American Journal of Occupational Therapy**, v.54,, p.52-58, 2000.

CRUZ, M. S.; MARQUES, T. **Internação versus tratamento ambulatorial.** Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.

DANTAS, C. C. et al. Teoria fundamentada nos dados-aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.4, p. 1-8, ago. 2009.

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

EIZIRIK, M.; BERGMANN, D. S. Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.26, n.3, p.330-336, set. 2004.

ERGÜNER, T. B.; AKKÖK, F. The effects of a coping skills training program on the coping skills, hopelessness, and stress levels of mothers of children with autism. **International Journal of the Advancement of Counselling**, v.26, n.3, p.257-267, 2004.

FARIAS, F. L. R. **Representação social do usuário de drogas.**1997. 244f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

FARRELL, A. D.; WHITE, K. S. Peer influences and drug use among adolescents: family structure and parent-adolescent relationship as protective factors. **Journal of Consulting and Clinical Psychological**, v.66, p.248-258, 1998.

FERREIRA, A. **Minidicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERRI, C. P. et al. Aumento da procura de tratamento por usuários de *crack* em dois ambulatórios da cidade de São Paulo: nos anos de 1990 a 1993. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.43, n.1, p.25-28, 1997.

FIGLIE, N.; FONTES, A.; MORAES, E.; PAYÁ, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um lar especial? **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.2, p.53-62, 2004.

FONAGY, P.; STEELE, M.; STEELE, H.; HIGGITT, A.; TARGET, M. The theory and practice of resilience. **Journal of Child Psychology & Psychiatry**, v.35, n.34, p.231-257, 1994.

FONTANA, I. V. et al. Estresse e coping em familiares de dependentes de substâncias psicoativas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Ijuí, v.5, n.3, PA. 618-627, maio. 2011.

GALDURÓZ, J. C. F. Uso e abuso de drogas psicotrópicas no Brasil. **Revista IMESC**, v.3, p. 37-42, 2001.

GALERA, S. A. F.; ROLDAN, M. C. B.; O'BRIEN, B. Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência) - papel maternal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem (online)** v.13, n.2, p.1-7, nov/dez. 2005.

GARCIA, J. J.; PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.especial, p.753-761, maio/jul. 2011.

GLINDA, D.; ROCHA, L. Prevenção para a saúde mental no trabalho. In: GLINDA, D.; ROCHA, L. (Orgs.) **Saúde mental no trabalho: desafios e soluções**. São Paulo: VK, 2000. p.53-82.

GOUVEIA, J.; GALLO, S.; SANTOS, S. Transformações sociais como fonte de stress na mulher atual. In. AMAZONAS, M. C. L. A; LIMA, A .O. **Mulher e família: diversos dizeres**. São Paulo: Oficina do Livro, 2006. pp.43-62

GUIMARÃES, C. F.; SANTOS, D. V. dos; FREITAS, R. C.; ARAUJO, R. B. Perfil do usuário de *crack* e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul [on line]**, Porto Alegre, v.30, n. 2, p.101-108, 2008.

HAWLEY, D.; DEHAAN, L. Toward a definition of family resilience: integration life-span and family perspectives. **Family Process**, v.35, n.3, p.283-298, 1996.

HECKATHORN, D. D. Snowball versus respondent-driven sampling. **Sociological Methodology**, v.41, n.1, p.355-366, 2011.

HINKLE, L. E. The concept of stress in the biological and social sciences. **Science**, n.1, 1973, pp.125-150.

HOECK, S.; VAN HAL, G. Experiences of parentes of substance-abusing young people attending support groups. **Archives of Public Health**, v.70, n.1, p1-11, 2012.

- HOLAHAN, C. J. et al. Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. **Journal of consulting and clinical psychology**. v.74, n.4, p.658-666,ago. 2005.
- HORTA, R. L. et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.11, p. 2263-2270, 2011.
- INEM, C. L. A *Spaltung* do Sujeito e o Fenômeno Toxicomaniaco. In: ALBERTI, S. **Autismo e Esquizofrenia na clínica da esquizo**. Rio de Janeiro: Marca d'água, 1999. p.131-145.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Censo 2015**. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: 10 out. 2015.
- KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.30, n.2, p.96-98, 2008.
- LARANJEIRA, C. A. S. J. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v.23, n. 3, p.327-332, set. 2007.
- LÁZARUS, R. S. **Psychological stress and the coping process**. New York, McGraw-Hill, 1966. Cognitive and personality factors underlying threat and coping. In: Appley, M. H. & Trumbull, R., ed. *Psychological stress; issues in research*. New York, Appleton Century Crofts, 1967.
- LÁZARUS, R. S. **Psychological stress and the coping process**. New York: McGraw-Hill, 1966.
- _____. Cognitive and personality factors underlying threat and coping. In: APPLEBY, M. H.; TRUMBULL, R. **Psychological stress: issues in research**. New York: Appleton Century Crofts, 1967. p.311.
- LIMA, E. D. R. P.; CARVALHO, D. V. Estresse ocupacional. **Nursing: saúde ocupacional**, Maringá, v.2, n.22, p.30-34, fev. 2000.
- LIPP, M. N. Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.1, n.3- 4, p. 5-19, 1984.
- LISBOA, C. et al. Estratégias de *coping* de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.2, n.15, p.345-362, 2002.
- LOURES, D. L. et al. Estresse mental e sistema cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.78, n.5, p.525-530, 2002.
- MAGALHÃES, D. E. F.; SILVA, M. R. S. Cuidados requeridos por usuários de *crack* internados em uma instituição hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.14, n.3, p. 408-415, jul./set. 2010.

MAGALHÃES, J. M. et al. Vivência de mães de adolescentes usuários de *crack*. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v.6, n.3, p.89-96, jul./set. 2013.

MALUF, T. P. G. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar e em um serviço assistencial para dependentes químicos**. 2002. 59f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, 2002.

MARCON, S. R. et al. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidados em cuidadores de dependentes químicos. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.25, n.2, p.7-12, maio.2012.

MASTEN, A. S. Ordinary magic: resilience processes in development. **American Psychologist**, v. 56, n.3, p. 227-238, mar. 2001.

MCCUBBIN, H. I.; MCCUBBIN, M. A. Typologies of resilient families: emerging roles of social class and ethnicity. **Family Relations**, v.37, n.3, p.247-254, 1988.

MCGUIRE, B.K. et al. Mothers of children with disabilities: occupational concerns and solutions. **Occupational Therapy Journal of Research**, v.24, n.2, p.54-63, 2004.

MONIN, J. K.; SCHULTZ, R. Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. **Psychology and Aging**, v.24, n.3, p.681-695, set. 2009.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.121-133, 2008.

MUZA, G.M. **Alcoolismo e drogadição na adolescência: histórias de vida**. 2006. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MUZA, G.M. et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, São Paulo. II – Distribuição do consumo por classes sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v.31, p.163-177, abr. 1997.

NAPPO, A.S. et al. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (CEBRID-UNIFESP), 2004.

NAUJOURKS, M. I. Stress e inclusão: indicadores de stress em professores frente à inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais. **Caderno Educação Especial**, Santa Catarina v.1, n.20, p.121-127, 2002.

NONTICURI, A. R. **As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste contexto**. 2010. 144. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2010.

- NOTO, A. R.; BAPTISTA, M. C.; FARIA, S. T.; NAPPO, S. A. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.69-79, fev. 2003.
- O'BRIEN, T. B.; DELONGIS, A. The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. **Journal of Personality**, v.64, p.775-813, 1996.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.
- ORTHA, A. P. S. **A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico**. 2005.145f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- ORTHA, A. P. S.; MORÉB, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia e Argumento**, v.26, n.55, p. 293-303, out./dez. 2008.
- PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. Study on the stress over the nurse who works in two shifts at a pediatric oncology hospital in Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo v.38, n.2, p.152-160, jun. 2004.
- PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 177-183, jan. 2009.
- PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Resiliência na rua: um estudo de caso. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v.21, n.2, p.187-195, maio/ago. 2005.
- PATTERSON, J. M. Understanding family resilience. **Journal of Clinical Psychological**. v.58, n.3, p. 233-234, 2002.
- PENSO, M. A.; SUDBRACK, M. F. O envolvimento em atos infracionais e com drogas como possibilidades para lidar com o papel de filho parental. **Psicologia USP**, São Paulo, v.15, n.3, p.29-54, 2004.
- PERDUCA M. Vamos criminalizar a proibição! In: Acelrad G, organizador. *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**; 2005. p. 51-63.
- PEREIRA, A. S. A toxicomania enquanto doença incurável e sua relação com um tratamento possível. **Aletheia**, Canoas, v.1, n.27, p.210-221, jan./jun. 2008.
- PESCE, R. P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v.20, n.2, p.135-143, maio/ago. 2004.
- PULCHERIO, G. et al. Crack- Da pedra ao tratamento. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v.54, n.3, p.337-343, jul./set. 2010.

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

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Uso de drogas na família e avaliação do relacionamento com os pais segundo adolescentes do ensino médio. **Psico**. V.40, n.1, p.32-41, jan/mar. 2009.

RAUP, L. M.; ADORNO, R. C. F. Jovens em situação de rua e usos de *crack*: um estudo etnográfico em duas cidades. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, n.4, p.52-67, 2011.

REIS, H. F. T.; MOREIRA, O. T. O *crack* no contexto familiar: uma abordagem fenomenológica. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.4, p.1115-1123, out./dez. 2013.

RIBEIRO, C. T. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. **Ágora [online]**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p.333-462, jul./dez. 2008.

ROCHA, R. M. **Enfermagem e m saúde mental**. 2. ed. Senac Nacional, 2008.

ROLDAN, M. C. B.; GALERA, S. A. F.; O'BRIEN, B. Percepción del papel maternal de las mujeres que viven en el contexto de la droga y de la violència. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p.1118-1126, mar./abr2005.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. **British Journal of Psychiatry**, v.147, p.598-611, 1985.

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

SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M. L. A Grounded Theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.55, n.5, p. 575-579, set./out.2002.

SAVOIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento *coping*. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.57-67, out./dez.2000.

SAVOIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus para o Português. **Revista de Psicologia da USP**, São Paulo, v.7, n.1-2, p.183-201, 1996.

SELYE, H. A syndrome produced by diverse nocious agents. **Nature**, v.138, n.32, p.138 1936.

SELYE, H. History and present status of the stress concept. In: GOLDBERGER, L.; BREZNITZ, S. (Ed.). **Handbook of stress: theoretical and clinical aspects**. New York: Free Press, 1982. p. 7-20.

- SENADO FEDERAL. Dependência química: *crack* assusta e revela um Brasil despreparado. **Em Discussão!** Brasília, n.8, p.3-81, 2011.
- SILVA, C. A. et al.. **Situações de recaída e família de origem: Um estudo sobre a percepção de dependentes químicos.** In IV Jornada de Pesquisa em Psicologia, (p. 189). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul/ Brasil, 2012.
- SILVA, M. R. S. **A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social.** 166f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina , Florianópolis, 2003.
- SILVA, M. R. S.; ELSÉN, I.; LACHARITÉ, C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.13, n.26, p.147-156, dez. 2003.
- SIQUEIRA, D. F. et al. Repercussões do uso do *crack* no cotidiano familiar. **Cogitare Enfermagem**, Porto Alegre, v.17, n.2, p.248-254, abr./jun. 2012.
- SOBRAL, C. A.; PEREIRA, P. C. A co-dependência dos familiares do dependente químico: revisão da literatura. **Fafibe online**, Bebedouro, ano-V, n.5, p.1-7 , nov. 2012.
- SOLDERA, M.; DALGARRONDO, P.C. F.; HELENO, R. S.; CLEIDE A. M. Uso de Drogas Psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, p.277-283, abr.2004.
- SOUSA, G. M.; SILVA, L. D. C.; MOURA, P. T. V. Perfil de usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: possíveis relações entre comorbidades e álcool. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v.5, n.2, p. 9-14, abr./jun. 2012.
- SPRIGIGO, J. S. et al. Atenção ao usuário de droga: um espaço para o enfermeiro. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v.13, n.2, p.296-302, 2004.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- STROPPA, A.; ALMAIDA, A. M. **Religiosidade e saúde.** In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede; 2008. P 427-443.
- STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática.** 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- SUÁREZ, R. E.; GALERA, S. A. F. Discurso de los padres sobre el uso de drogas lícitas e ilícitas percibido por estudiantes universitarios. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** v.12 especial, p.406-411, 2004.
- SUDBRACK, M. F. O. Construindo redes sociais: metodologia de prevenção à drogadição e a marginalização de adolescente de baixa renda. In: MACEDO, M. R. (Org.) **Coletâneas de ANPEPP: famílias e comunidades.** São Paulo: Press Gráfica, 1996. p.87-114.

SULS, J.; DAVID, J. P.; HARVEY, J. H. Personality and Coping: three generations of research. **Journal of Personality**, v.64,p. 711-735, abr.1996.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de Saúde Mental. **Texto Contexto de Enfermagem**. Florianópolis. Abr/jun. 2006.

UNIAD- Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) 2012**. RONALDO LARANJEIRA et al. São Paulo: Instituto nacional de Ciências e Tecnologia para políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). 2014.

UNITED NATIONS OFFICE on DRUGS and CRIME (UNDOC). Relatório mundial de drogas. 2009 [atualizada em 2011 Jan; acesso em 2015 dez 11]. Disponível em: <http://WWW.undoc.org/southerncone/pt/drogas/relatório-mundial-sobre-drogas.html/>

VENTURA, C. A. A. Drogas lícitas e ilícitas: do direito internacional à legislação brasileira. **Revista Eletrônica de Enfermagem Universidade Federal de Goiás (UFG)**, v.13, n. 3, p. 560-565, jul/set. 2011.

WEBB, J. A. et al. Perceived parental monitoring, and behavioral adjustment: influences on adolescent alcohol use. **American Journal Orthopsychiatric**, v.72, n.3, p.392-400, 2002.

WERNER, E. E.; SMITH, R. S. **Overcoming the odds: highrisk children from birth to adulthood**: Ithaca London Cornell University Press, 1992.

YUNES, M. A. M.; SZUMANSKY, H. **Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas**. São Paulo: Cortez, 2001.

ZACCONI, O. **Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas**. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ZAKIR, N. S. Mecanismos de *coping*. In: LIPP, M. E. N. (Org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.93-98.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PUC-GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estresse, Coping e Resiliência em Mães de Usuários do Crack

Pesquisador: Maysa Ferreira Martins Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35359214.0.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goias

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 811.106

Data da Relatoria: 16/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de resposta a pendência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de resposta a pendência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de resposta a pendência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de resposta a pendência.

Recomendações:

Trata-se de resposta a pendência.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: oep@pucgoias.edu.br

continuação ANEXO A



Continuação do Parecer: 811.106

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 29 de Setembro de 2014

Assinado por:

NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.009
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@puagoias.edu.br

ANEXO B - SOLICITAÇÃO AO CAPS-AD PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



CAPS-AD
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Rua Maria Cristina nº 634 Vila Rocha
Fone: (64) 3620-2043



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA CIENTÍFICA

Solicitamos a Senhora Coordenadora a devida autorização para adentrar no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD), no período entre setembro a outubro de 2014, para realização de pesquisa científica que tem como Título Estresse, Coping e Resiliência em Mães de Usuários de Crack. Tal pesquisa é um dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Atenção à Saúde Pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) tendo como orientadora a Professora Doutora Maysa Ferreira Martins Ribeiro.

Ao assinar você declara ter lido e concordado com o projeto, de responsabilidade da pesquisadora Cintya Guimarães de Queiroz e declara conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar das participantes da pesquisa nela recrutadas, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Estou ciente que o projeto faz parte para obtenção do título de mestre da pesquisadora, e devidamente estará cadastrado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

Rio Verde, Goiás 04 de junho 2014.

Fabiana Vilela
 Psicóloga
 CRP-GO 09/5348

Fabiana Vilela

Coordenadora CAPS-AD

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa “Mães de usuários do *crack*: fontes de estresse e estratégias de enfrentamento”. Esse estudo faz parte da minha pesquisa de conclusão para título de mestre e tem por objetivo compreender como mães de usuários do *crack*, cujos filhos fazem tratamento em um CAPSad de um município do sudoeste goiano, vivenciam e lidam com a experiência de ser mãe de um filho dependente do *crack*.

Utilizarei um gravador para realizar a entrevista que será executada com perguntas feitas por mim e as respostas por você. Será realizada em local reservado, aqui mesmo no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad), em horário compatível com os grupos de reuniões da família, ou compatível com o horário que ficar melhor para você. A entrevista terá duração de aproximadamente uma hora.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar participar do estudo assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará guardada comigo. Em caso de recusa, você e seu filho não serão penalizados de forma alguma e você tem o direito de retirar a autorização de participação a qualquer momento sem nenhuma penalidade, mesmo que tenha assinado esse documento.

Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras pelos telefones: Cintya Guimarães de Queiroz (64) 3623-4414 ou Maysa Ferreira Martins Ribeiro (62) 8115-0056, incluindo ligações a cobrar. Em caso de dúvida sobre os procedimentos éticos aplicados a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), através do telefone: (62) 3946-1512.

Você terá benefícios ao participar deste estudo, pois o relato de sua vivência pode contribuir para que a equipe do CAPSad direcione estratégias de intervenção que atendam necessidades específicas declaradas por você; isto porque nos comprometemos a informar os profissionais do CAPSad sobre os resultados deste estudo. Como benefícios indiretos, a equipe multiprofissional incluirá abordagem familiar, com ações preventivas e de acolhimento.

O risco relacionado a este estudo é mínimo, porque não faremos nenhum tratamento e não utilizaremos nenhum procedimento que possa causar dano físico a você e nem ao seu filho(a). O risco está relacionado ao desconforto e/ou fortes emoções ao responder perguntas acerca da sua vida pessoal e lembrar acontecimentos que podem causar tristeza ou lembranças ruins. Para diminuir a possibilidade desse risco, as entrevistas serão realizadas em local reservado, garantindo a sua privacidade. Além disso, você poderá solicitar que a entrevista seja interrompida a qualquer momento.

A privacidade dos dados coletados durante este estudo será protegida de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O seu nome e o nome de seu filho(a) ou informações identificáveis não serão utilizadas em relatórios ou publicações resultantes deste estudo. Os dados e resultados serão guardados por um período de cinco anos, sendo que os seus dados pessoais serão mantidos em segredo o tempo todo. Após esse período o material será incinerado. A sua participação neste estudo acontecerá apenas no momento da entrevista.

Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa. Os resultados tornarão públicos e serão apresentados na forma de trabalho de conclusão do mestrado, divulgação em eventos científicos e artigo científico. Comprometemos também a apresentar os resultados na instituição (CAPSad) aos profissionais, para disponibilizarem um

melhor cuidado a você e sua família. Você também poderá ter acesso aos seus resultados desta pesquisa.

Você não terá qualquer custo pela participação neste estudo, como também não receberá pagamento ou qualquer gratificação financeira. Garantimos assistência integral e gratuita, relacionada a prejuízos e danos decorrentes da sua participação neste estudo. E você terá direito a indenização, caso seja comprovado à ocorrência de danos decorrentes da sua participação nesta pesquisa.

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, esclareci com a pesquisadora Cintya Guimarães de Queiroz sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante sua realização, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido e até mesmo no meu atendimento no CAPSad.

Conforme informações acima, expressei minha concordância em participar deste estudo assinando este termo de consentimento livre e esclarecido em 02 vias e em todas as páginas.

Nome da Participante

Assinatura da Participante



Assinatura Dactiloscópica

Assinatura da Pesquisadora

Rio Verde, Goiás, _____ / _____ / _____.

APÊNDICE B - TERMO PARA GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

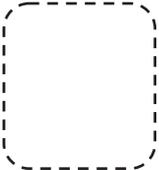
Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada *Mães de Usuários do Crack: fontes de estresse e estratégias de enfrentamento* poderão trazer e entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, autorizo, por meio deste termo, a pesquisadora Cintya Guimarães de Queiroz a realizar a gravação da voz da minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta autorização foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora Cintya Guimarães de Queiroz, e após esse período serão destruídos;
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Rio Verde, ____ de _____ 2015.

Assinatura da participante da pesquisa


Assinatura Dactiloscópica

Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO NORTEADOR PARA ROTEIRO DA
ENTREVISTA**

DADOS SOCIOECONÔMICOS:

Idade: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Renda: _____

Quantidade de filhos(as): _____

Idade dos filhos(as) dependentes: _____

Tempo de tratamento do filho(a) no CAPS-AD: _____

Participa de algum grupo ou atividade no CAPS-AD: _____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Questões norteadoras

1. Fale como é o seu cotidiano de cuidar e conviver com a dependência do seu filho(a).
2. Como está a sua vida depois de conviver com o *crack*?
3. O que ajuda você a controlar seus sentimentos e lidar com a situação?
4. Há algo que você gostaria de dizer e que você considera importante falar para que eu possa compreender melhor sua relação com seu filho(a)?