

Influência da família no consumo de *crack*

Families and crack cocaine consumption

Rogério Lessa Horta¹, Luna Strieder Vieira², Alexandre Dido Balbinot¹, Grazieli Oliveira de Oliveira¹, Simone Poletto¹, Vanessa Andina Teixeira¹

RESUMO

Objetivo: Dimensionar a contribuição de características de grupos familiares de usuários de *crack* tanto em situações de consumo quanto na promoção da cessação do uso da substância. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, misto, com delineamento quantitativo (estatísticas descritiva e analítica, por regressão de Poisson robusta) e qualitativo (análise temática de conteúdos de entrevistas individuais semiestruturadas). **Resultados:** Foram analisados dados oriundos de entrevistas com 519 usuários de *crack*, dos quais 48,3% referiram já ter feito uso compartilhado com algum familiar. A relação mais referida para compartilhamento do *crack* foi a conjugal, indicada por 30,6% dos entrevistados. A estimativa das razões de prevalência do desfecho abstinência na data da entrevista, por regressão de Poisson robusta controlada para fatores de confusão, para usuários de *crack* que referiram uso compartilhado com irmãos, foi de 0,940 (IC95%: 0,885-0,999; $p = 0,045$), tendo os que não referiram como referência. Na dimensão qualitativa, 20 entrevistados expuseram livremente modalidades de envolvimento dos familiares com o uso da droga, alguns indicando oposição ao consumo, outros estímulo, ou oferta, além da influência recíproca entre consumo de *crack* e conflitos familiares ou um ambiente considerado negativo. Além disso, os entrevistados que informaram ter familiares em tratamento em saúde mental tiveram 9% mais probabilidade de estar em uso cessado por 12 semanas ou mais (RP = 1,09; IC95%: 1,03-1,15; $p = 0,005$). **Conclusão:** Os grupos familiares aparecem não somente como fator de proteção, mas também como importante fator de risco para o uso do *crack*, e sua inclusão como grupo primário de atendimento se justifica com essas evidências.

Palavras-chave

Famílias, relações familiares, *crack*, dependência.

ABSTRACT

Objective: This paper aims to study the contributions of families of crack users on promoting both consumption and cessation of consumption of this substance. **Methods:** A cross-sectional, mixed study with a quantitative design (descriptive and analytical statistics, by robust Poisson regression) and a qualitative design (thematic content analysis). **Results:** Among 519 crack users interviewed 48.3% reported having shared crack cocaine with some family member. The more expressive occurrence of sharing was for marital relations indicated by 30.6% of respondents. The estimated prevalence rates of the outcome crack usage stopped for more than 12 weeks, by robust Poisson regression controlling for confounding

Recebido em
21/1/2014
Aprovado em
11/4/2014

1 Universidade Unisinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

2 Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.

Endereço para correspondência: Rogério Lessa Horta
Rua Jari, 671, ap. 703, Passo D'Areia
91350-170 – Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: rogeriohortamed@gmail.com

factors, for crack users who reported shared with brothers use was 0.940 (95% CI: 0.885-0.999; $p = 0.045$). For qualitative dimension, 20 respondents freely exposed the involvement they realize that their families have with their drug use, some indicating opposition to consumption, other stimulus, or offering, besides the interplay between crack usage and family conflicts and a negative environment. In addition, respondents who reported having family members in mental health treatment were 9% more likely to be stopped for 12 weeks or more (PR = 1.09 95% CI: 1.03-1.15; $p = 0.005$). **Conclusion:** Family groups appear not only as a protective factor, but also as an important risk factor for crack cocaine use and their inclusion treatments is justified on these evidences.

Keywords

Families, family relations, crack cocaine, dependency.

INTRODUÇÃO

A utilização da cocaína fumada (*crack*) é um problema de saúde pública, não apenas por sua prevalência, mas pelos problemas que acarreta¹⁻³. O uso dessa substância é descrito como relacionado a aspectos culturais, a estressores psicossociais e a várias outras condições, entre elas os conflitos familiares^{4,5}.

A família aparece como elemento relevante no estudo dos fenômenos relacionados ao consumo de substâncias⁶⁻⁹. Avançar no estudo das relações entre o consumo da substância e o ambiente familiar de usuários pode subsidiar decisões tanto em políticas públicas como em planejamento terapêutico na área. Se, por um lado, o ambiente familiar é referido como predisponente, tornando-se parte do percurso que aproxima a pessoa que usa *crack* dessa experiência, por outro lado, a família também é considerada primordial para evitar o consumo ou, depois, em processos terapêuticos, auxiliando na busca por tratamento e ao longo da recuperação^{7,10,11}. A família aparece tanto no polo do risco como no da proteção¹².

Este artigo apresenta dados obtidos em entrevistas com usuários de *crack*, com o objetivo de dimensionar a contribuição de características de seus grupos familiares tanto em situações de consumo quanto na promoção da cessação do uso da substância.

MÉTODOS

Estudo observacional, com delineamento transversal, qualitativo e quantitativo, com amostragem de conveniência^{13,14} com 519 usuários de *crack*, residentes na região metropolitana de Porto Alegre, RS. Foram visitadas sete clínicas privadas, seis centros de atenção psicossocial (CAPS), um serviço comunitário de atendimento a usuários e familiares, um hospital, dez comunidades terapêuticas e duas casas de passagem de comunidades terapêuticas, no ano de 2011. Foram entrevistados usuários vinculados a esses serviços que concordaram em participar do estudo e outros usuários indicados pelos entrevistados. Foram elegíveis para a condição de usuários de *crack* pessoas que respondessem afirmativamente

te à pergunta sobre já ter feito uso da substância alguma vez na vida. Não foi entrevistado quem não apresentasse condições de compreender e responder ao questionário, independentemente de o impedimento ser persistente ou apenas temporário. Não houve qualquer outro critério de exclusão.

A dimensão quantitativa empregou questionários padronizados e pré-testados. O desfecho era a cessação de uso de *crack* por 12 semanas (84 dias) ou mais. O dado foi obtido pela indicação do intervalo em dias entre o último episódio de consumo e a entrevista. Doze semanas são consideradas intervalo aceitável para segurança no reconhecimento da condição abstinente de cocaína ou *crack*^{15,16}. Abstinente, nesse sentido, equivale à condição de uso cessado, independentemente de qualquer manifestação clínica decorrente dessa condição.

As exposições de interesse foram uso com familiares e inclusão de familiares em alguma modalidade de tratamento. O uso com familiares foi pesquisado solicitando que o entrevistado indicasse se em algum momento de sua vida já havia fumado *crack* compartilhando o uso com algum dos familiares relacionados no questionário [pai, mãe, companheiro(a), filhos, irmãos]. Todas as variáveis eram categóricas, dicotômicas, do tipo sim/não. O uso com familiares foi obtido pelo registro de resposta afirmativa para pelo menos um dos familiares relacionados no questionário. O mesmo foi feito para uso nas relações parento-filiais, pela identificação de uso com pai, mãe ou filho(a) e para relações horizontais, com cônjuge ou entre irmãos. A inclusão de familiares em algum tipo de tratamento na rede de saúde mental foi obtida por resposta simples, do tipo sim/não. A pergunta não estipulava que o familiar estivesse em atendimento conjunto com o entrevistado, podendo o usuário informar apenas ter conhecimento de familiares seus que estivessem em tratamento.

As demais variáveis independentes foram:

- Variáveis discretas categorizadas: idade (até 17 anos/18 anos ou mais), escolaridade em anos completos (categorizada segundo a distribuição dos entrevistados), escore de habilidades sociais, aferido pelo Inventário de Habilidades Sociais – IHS-DEL-PETTRE¹⁷ (pontos de corte padronizados no instrumento), escore de resiliência (ponto de corte proposto pelo instrumento)¹⁸;

- Variáveis categóricas polinomiais: níveis de ansiedade e depressão na data da entrevista (BAI – Inventário de Ansiedade de Beck e BDI – Inventário de Depressão de Beck¹⁹, com pontos de corte definidos na validação dos instrumentos); modalidade de atendimento oferecido no centro de vinculação do entrevistado, se vinculado;
- Variáveis categóricas dicotômicas: sexo, situação conjugal, renda total no domicílio (categorizada segundo a distribuição dos entrevistados), inserção no mercado de trabalho, uso frequente e pesado de *crack* (referência a uso por cinco ou mais dias na semana, de 11 ou mais pedras por episódio típico de consumo nos últimos seis meses de uso – pontos de corte definidos pela distribuição dos entrevistados), dependência (três ou mais respostas positivas em sete no inventário da SAMHSA²⁰) e abuso (uma ou mais respostas positivas em quatro no inventário da SAMHSA²⁰), estar em tratamento no momento da entrevista, passagem por tratamentos anteriores, passagens prévias por hospitais ou comunidades terapêuticas, uso de fármacos, histórico de atendimento psicoterápico individual, familiar ou em grupo e ocorrência de estressores psicossociais nos 12 meses anteriores às entrevistas (luto por morte de familiar ou pessoa próxima, perda de emprego ou falência, assaltos ou violência, separação conjugal, inundação ou incêndio em casa, notícia de doença grave e acidente no trânsito), além de dois grupos de itens que identificam fenômenos potencialmente relacionados ao uso do *crack*, todos na forma de itens propostos para respostas tipo sim/não:
 - esforços empenhados, pelo menos uma vez, para obter o *crack* ao longo de todo o histórico de consumo: faltas no trabalho ou na escola, vender coisas de casa, pegar pertences ou dinheiro de alguém da família, furtos ou assaltos, trabalhar no tráfico, atividade sexual, usar reservas financeiras pessoais, ameaçar ou agredir alguém, matar alguém, pegar empréstimo em dinheiro, penhorar objetos seus, ficar sem comer, dormir na rua, trabalho extra, mentir ou enganar;
 - danos percebidos e atribuídos ao uso do *crack*: brigas em casa, separação conjugal, participação em assaltos ou delitos, prisão, ser acusado em processo judicial, perder dinheiro, desemprego, dificuldades sexuais, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, outras doenças, perder casa/moradia, fome, vergonha de si, depressão/desânimo/desinteresse, tentativa de suicídio, afastamento de amigos ou grupos sociais, perder contato com filhos, com pai, mãe ou com outros familiares.

Das entrevistas realizadas, 5% foram checadas para controle de qualidade. Os dados foram digitados em dupla entrada, para detecção e correção de inconsistências.

Os dados foram submetidos a teste do Qui-quadrado de Pearson para comparação entre proporções e teste *t* de Student para comparações entre médias. As medidas de efeito brutas e ajustadas foram calculadas por regressão de Poisson robusta e teste estatístico de Wald. Como variáveis confundidoras, foram incluídas no modelo apenas as que tiveram associação com cada uma das variáveis de exposição e com o desfecho com um nível de significância de $p < 0,10$.

Para a dimensão qualitativa, entrevistados da primeira etapa foram convidados, de modo aleatório e não sistemático, para participar de uma segunda entrevista, semiestruturada, na qual eram estimulados a falar livremente sobre as condições que percebiam associadas ao consumo do *crack* e também à cessação de consumo. Sempre que mencionavam suas famílias, eram estimulados a falar mais e que se referissem à influência de seus familiares tanto no que diz respeito ao uso do *crack* quanto a seus esforços para cessar o consumo. Não foi estabelecido um critério de inclusão nessa etapa que tivesse por base os dados da dimensão quantitativa, porque elas se desenvolveram de modo simultâneo. As entrevistas qualitativas foram suspensas quando o critério de saturação foi atingido, identificado pelo não registro de novos tipos de enunciados nas últimas cinco entrevistas realizadas²¹. Foram realizadas 20 entrevistas nessa etapa. Os dados obtidos foram submetidos à análise temática de conteúdo^{22,23}. Com a transcrição plena das entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante de todo o material e leituras detidas de cada transcrição, para identificação de enunciados carregados de sentido, então agrupados em unidades temáticas. Apenas as unidades relativas ao envolvimento dos familiares em situações de uso de *crack* e à relação entre esse comportamento e o ambiente doméstico serão exploradas neste artigo. Os nomes não são mencionados. Os entrevistados são identificados apenas por uma letra aleatória, repetida para o mesmo indivíduo, seguida do sexo da pessoa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, em Resolução CEP/Unisinos nº 027/2010.

RESULTADOS

Dos 519 entrevistados, 310 (59,7%) informaram estar sem consumir *crack* por 12 semanas ou mais. O intervalo desde o último episódio de consumo variou de 85 dias a mais de três anos, com mediana de 180 dias. Enquanto isso, 209 (40,3%) entrevistados estavam sem usar *crack* há menos de 84 dias, variando de menos de um dia a 14 dias, com mediana de sete dias desde o último episódio.

Não foram verificadas diferenças entre os grupos quanto a sexo ($p = 0,614$), idade ($p = 0,078$), tempo desde o primeiro

consumo de crack ($p = 0,543$), número de tentativas de cessar o uso ($p = 0,700$), hospitalização por causa do crack ($p = 0,397$), passagens por comunidades terapêuticas ($p = 0,810$), ocupação regular ($p = 0,118$) ou quanto ao número de pessoas com quem coabitavam ($p = 0,492$). A maioria dos entrevistados, 495 (95%) estava vinculada a centros de tratamento no momento das entrevistas e 497 (96%) eram homens. Ninguém vivia, no momento da entrevista, em situação de rua.

A tabela 1 mostra a ocorrência de uso compartilhado de crack com familiares. Foram identificados 250 (48,3%) entrevistados que referiram já ter consumido crack com algum familiar. A relação com maior número de registros foi a conjugal, com 159 (30,6%) entrevistados. O uso compartilhado de drogas foi mais referido em relações consideradas horizontais (irmãos e cônjuges) que em relações verticais (pais e filhos) ($p < 0,001$).

Usos compartilhados com pais e com irmãos se associaram significativa e inversamente à condição de uso cessado por 12 semanas ou mais na análise bruta (Tabela 2). As variáveis de confusão identificadas e incluídas no modelo para análise ajustada para essas duas exposições foram: ter companheiro(a), usar múltiplas drogas, vivência de luto nos últimos 12 meses, histórico de uso frequente e pesado, sintomas ansiosos (BAI), ter familiares em tratamento em saúde mental, brigas por causa do crack e renda total no domicílio acima de dois salários-mínimos nacionais.

A tabela 2 mostra que o uso com pai perde seu efeito na análise ajustada (RP: 0,917; IC95%: 0,829-1,015; $p = 0,095$). Já usuários que compartilharam crack com irmãos tiveram 6% menos probabilidade de estar por 12 semanas ou mais

sem usar a droga no momento da entrevista se comparados aos que não referiram (RP = 0,940; IC95%: 0,885-0,999; $p = 0,045$).

Tabela 1. Uso de crack compartilhado com familiares, região metropolitana de Porto Alegre, 2011 (n = 519)

Já compartilhou crack	N	%
Com algum familiar ^a		
Não	269	51,7
Sim	250	48,3
Com companheiro(a) ou irmão(ã) (relações horizontais) ^a		
Não	291	56,1
Sim	228	43,9
Com companheiro(a)		
Não	360	69,4
Sim	159	30,6
Com irmão(ã)		
Não	386	74,4
Sim	133	25,6
Pai, mãe ou filho(a) (relações verticais) ^a		
Não	435	83,8
Sim	84	16,2
Mãe		
Não	466	89,8
Sim	53	10,2
Pai		
Não	476	91,7
Sim	43	8,3
Filho(a)		
Não	492	94,8
Sim	27	5,2

^aOs agrupamentos algum familiar, relações horizontais e relações verticais não correspondem à soma simples de seus itens, porque o mesmo entrevistado pode ter respondido afirmativamente em dois ou mais itens, e no agrupamento ele foi computado uma única vez.

Tabela 2. Razões de prevalência, com intervalos de confiança de 95% para a condição uso de crack cessado há 12 semanas ou mais segundo relato de uso compartilhado com familiares, região metropolitana de Porto Alegre, 2011 (N = 519)

Compartilhou com	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	IC95%	p valor	RP	IC95%	p valor
Qualquer familiar			0,190			—
Não	1					
Sim	0,965	0,915-1,018		—	—	
Companheiro(a)			0,996			—
Não	1					
Sim	1,000	0,944-1,059		—	—	
Irmão ou irmã			0,038			0,045
Não	1			1		
Sim	0,935	0,877-0,996		0,940	0,885-0,999	
Mãe			0,631			—
Não	1					
Sim	0,978	0,894-1,070		—	—	
Pai			0,019			0,095
Não	1			1		
Sim	0,879	0,789-0,979		0,917	0,829-1,015	
Filho ou filha			0,053			—
Não	1					
Sim	0,875	0,765-1,001		—	—	

Quanto a ter familiares em atendimento, um indivíduo não respondeu e 161 (31%) informaram não ter, mas 357 (69%) disseram ter familiares em tratamento em saúde mental. A tabela 3 mostra os dados da análise bruta e ajustada para o desfecho segundo essa exposição e variáveis de confusão. Familiares estarem em atendimento aumentou a probabilidade de os entrevistados estarem em uso cessado de *crack* por 12 semanas ou mais em 9% (RP = 1,09; IC95%: 1,03-1,15; $p = 0,005$).

Nas entrevistas da dimensão qualitativa, 11 dos 20 entrevistados estavam sem usar *crack* por 12 semanas ou mais e 19 eram homens. Seis entrevistados não mencionaram suas famílias. Perguntados, três dos seis disseram não achar que a família tivesse qualquer papel e três disseram que preferiam não comentar, pois sentiam vergonha ou culpa do que já teriam causado ao grupo familiar, reconhecendo influência do uso do *crack* sobre o ambiente familiar, mas não da família sobre seu comportamento de consumo.

Tabela 3. Razões de prevalência e intervalos de confiança 95% para uso cessado de *crack* por 12 semanas ou mais, segundo a inclusão de familiares em atendimento em saúde e demais variáveis independentes, análises bruta e ajustada, região metropolitana de Porto Alegre, 2011 (N = 519)

Variável	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	IC95%	p valor	RP	IC95%	p valor
Familiar em atendimento			0,001			0,005
Não	1			1		
Sim	1,10	1,04-1,17		1,09	1,03-1,15	
Renda total no domicílio			0,002			0,057
Até 2 salários-mínimos nacionais	1	1,03-1,15		1		
2 ou mais salários-mínimos	1,09			1,05	1,00-1,11	
Condição conjugal			0,003			0,007
Sem companheiro(a)	1			1		
Com companheiro(a)	0,90	0,84-0,96		0,92	0,86-0,98	
Sintomas depressivos (BDI)			< 0,001			< 0,001
Não	1			1		
Sim	0,85	0,80-0,89		0,90	0,85-0,95	
Sintomas ansiosos (BAI)			< 0,001			0,115
Não	1			1		
Sim	0,88	0,83-0,93		0,96	0,90-1,01	
Luto vivido nos últimos 12 meses			0,006			0,002
Não	1			1		
Sim	1,08	1,02-1,14		1,08	1,03-1,14	
Já fumou <i>crack</i> com irmão			0,038			0,279
Não	1			1		
Sim	0,94	0,88-0,97		0,97	0,91-1,03	
Dependência de <i>crack</i> (DSM-IV-TR)			< 0,001			0,014
Não	1			1		
Sim	0,84	0,78-0,90		0,91	0,84-0,98	
Já dormiu na rua para usar <i>crack</i>			0,003			0,315
Não	1			1		
Sim	0,92	0,88-0,97		0,97	0,93-1,02	
Brigas em casa, atribuídas ao <i>crack</i>			0,035			0,198
Não	1			1		
Sim	0,93	0,86-0,99		0,96	0,89-1,02	
Prisão atribuída ao uso de <i>crack</i>			0,041			0,276
Não	1			1		
Sim	0,94	0,88-1,00		0,97	0,92-1,03	
Queixas sexuais por uso do <i>crack</i>			0,009			0,004
Não	1			1		
Sim	1,07	1,02-1,13		1,07	1,02-1,13	
Autoapreciação da saúde			< 0,001			< 0,001
Positiva	1			1		
Negativa	0,78	0,71-0,85		0,84	0,77-0,91	
Está em atendimento			0,001			0,136
Não	1			1		
Sim	1,16	1,06-1,26		1,07	0,98-1,18	

Uma unidade temática constituída e relacionada ao foco deste artigo engloba comportamentos ativos dos familiares e se subdivide em comportamentos pró-consumo do crack e comportamentos que os entrevistados reconheciam como opostos ao consumo:

- Pró-consumo: foram reconhecidas diferentes ações promotoras dos comportamentos de consumo, incidentes em momentos distintos das vidas e dos históricos de uso de crack dos entrevistados. Há eventos sugestivos de iniciação (apresentação), de oferta da droga ao longo da história de uso, ou de facilitação/viabilização do acesso a ela em situações de uso interrompido, com facilitação ou sugestão de retorno ao consumo. São exemplos de falas agrupadas nesta unidade:

"Tava eu e meu primo..., daí ele já usava e eu já sabia. Hã, daí paramo o carro, ... ele começou a usar no banco de trás ... e no que eu parei ele me ofereceu e eu peguei ... e não parei mais." (M, masc.)

"... ele (o irmão) vinha sempre pra lá com muito dinheiro e comprava muita droga, e eu sempre achava as droga dele escondida embaixo de balcão nem não, muitas vezes nem de procura, muitas vezes de procura um par de tênis debaixo... da cama e puxa ali o tênis e vim um monte de drogas junto..." (R, masc.)

"... a primeira vez que eu usei eu fui no armário... aí puxei bah, veio um monte de droga e eu disse não bah, meu quero usá, e ele aí, então vamo, usa, aí usei a primeira vez e de lá pra cá..." (A, masc.)

"... eu fui busca cocaína... não tinha, o cara não tava vendendo, então ... meu irmão tava lá e me apresentou o crack né." (O, masc.)

"... quando eu recaí eu tava me segurando mais do que a outra vez... tinha meu irmão que usava dentro de casa, né. E as minhas coisa sumindo, meus tênis sumindo... e eu não falava nada pra não... brigar com a mãe, pra não... incomodar a mãe... Até um dia, cara, vamo todo mundo à merda. Nem pensei já usei de novo." (L, masc.)

– Oposição ao consumo: familiares também foram reconhecidos pelos entrevistados como atuando por sugestão, estímulo ou apoio à ideia de cessar o uso e até por comportamentos que os impedissem de acessar o crack. São exemplos disso:

"Mas o meu pai e a minha mãe sempre me acolheram, mesmo depois de dois, três dias de virada, eles me acolhem." (R, masc.)

"... sempre o apoio que eu tive do meu pai e da minha mãe bah sempre que eu preciso sempre tem né" (B, masc.)

"e vendo que o meu pai e a minha mãe lutam por mim, a minha mulher luta por mim... Pensava na minha mãe, no meu pai... que a minha mãe sofre por mim e luta... Ajuda, a família é o essencial ali, a família... é tua parede ali né, que te impede de fazê... bem pior..." (J, masc.)

Outra unidade de análise foi constituída por falas que apontavam prejuízos importantes nas relações e no clima vivenciado em casa, denominado aqui como ambiente doméstico. O consumo de crack apareceu relacionado a diferentes caracterizações de condições ambientais, não apenas como consequência do consumo pelos entrevistados ou por familiares. Situações críticas ou de conflito nas interações no ambiente doméstico foram mencionadas também como determinantes da busca pela droga, inclusive em situações de primeiro episódio de consumo. Como os usuários percebem que o prejuízo do ambiente doméstico em decorrência dos episódios de consumo do crack contribui para a repetição do uso, todos os registros de prejuízo no ambiente doméstico ficam relacionados, segundo os entrevistados, à possibilidade de manter o uso e não persistir no propósito de se abster. Não se sabe dos entrevistados que referiram culpa e constrangimento, mas não quiseram discorrer sobre suas famílias, se suas falas acompanhariam as dos demais. Como predisponentes ao consumo ou às recaídas, os entrevistados fizeram referência a maus-tratos, sobrecarga de responsabilidades na divisão de tarefas domésticas, desconfiança por parte dos familiares, vivências de separações e abandono, além de disputas ou enfrentamentos. Alguns exemplos de registros obtidos e agrupados nesta unidade:

"... na minha visão é. Porque acontece né cara, brigas e discussão, né cara. Eu brigava muito com meu irmão..." (O, masc.)

"Ela batia muito em mim, a minha mãe (...quando eu usava)... daí eu ficava irada e... o jeito era usa mais..."
"...porque eu tinha problemas com ela (mãe). Eu tinha, ela brigava muito comigo quando eu era pequena, antes da pedra..." (T, fem.)

"E agora quando eu recaí, eu tava me segurando mais do que a outra vez. Porque dessa vez tinha meu irmão que usava dentro de casa, né. E as minhas coisa sumindo, meus tênis sumindo e levando um e eu não falava nada pra não, né, pra não brigar com a mãe, pra não, não incomodar a mãe, né. Até um dia, cara, vamo todo mundo à merda. Nem pensei já usei de novo." (G, masc.)

"... confusão em casa... foi motivo pra recaída. Acho que nessa minha última, essa, nessa minha terceira vez, meio, acho que foi mais, eu sinto que foi mais familiar do que própria meu mesmo" (C, masc.)

"Eu dei duas recaída porque eu briguei em casa...sei lá quê que andô me dando na cabeça, de bobalhão mesmo que é... de raiva... de não aguentá..." (A, masc.)

DISCUSSÃO

A opção por uma exploração integrada das evidências expostas neste artigo se deve ao fato de que os dados qualitativos e quantitativos se articulam, desde a evidência do consumo compartilhado, passando pela constatação de que o uso com irmãos diminui a probabilidade de ficar sem usar por 12 semanas ou mais e, na outra ponta, pelo aumento da probabilidade de ficar sem usar o *crack* se o entrevistado tiver algum familiar em atendimento. A proposta de apresentá-los dessa forma atende ao propósito de qualificar o exame das evidências, por sua complementaridade, no sentido de uma abordagem mais integradora do fenômeno estudado.

O principal mérito do artigo é a demonstração de que no contexto do uso de *crack*, como para outras drogas^{6,24,25}, as famílias não se situam apenas no polo de proteção, mas podem contribuir para a iniciação, para a manutenção ou para o retorno ao consumo de drogas^{11,26-30}. Manifestações dos entrevistados detalham exemplos de situações assim, como na referência a uma recaída promovida, pelo menos em parte, pelo uso que o irmão seguia fazendo, invadindo espaços do entrevistado e mantendo o comportamento de consumo como uma opção, no dia a dia naquele domicílio.

O estudo tem como limitações a amostragem de conveniência e o tamanho da amostra. Amostras não probabilísticas implicam viés de seleção, por exemplo, a quase totalidade dos entrevistados ser do sexo masculino, ainda que o uso do *crack* predomine nesse sexo^{31,32}. Estudos assim podem, no entanto, contribuir para estabelecer a magnitude e a importância do fenômeno estudado^{31,33,34}. Isso é ainda mais relevante em fenômenos de baixa prevalência e onde a população usuária é composta por grupos de indivíduos de difícil acesso, como aqui, pela estigmatização e pelo caráter ilícito. O tamanho da amostra um pouco maior agregaria mais poder à análise estatística³⁵ para refutar, por exemplo, a associação inversa entre o desfecho e o uso compartilhado com os demais familiares, exceto para irmãos ou irmãs. Mesmo com essas limitações, os dados disponibilizados caracterizam bem a influência das famílias no consumo de *crack*, com contribuição relevante para o estudo do tema. Quase a metade dos entrevistados referiu já ter compartilhado *crack* com algum familiar.

Essa perspectiva acompanha outros achados importantes nesse campo. Na Nicarágua, jovens usuários de drogas ilícitas que procediam de famílias identificadas como disfuncionais pelos autores diziam-se rechaçados e percebiam menos apoio ou cuidados pouco efetivos e apoio insuficiente na direção da mudança de comportamentos²⁵. A postura de pais e mães na relação cotidiana com seus filhos também aparece como vetor desse ambiente. Os entrevistados aqui indicaram que reações percebidas como desqualificadoras ou agressivas reforçam o comportamento de consumo ou até predispoem a ele, corroborando a impressão de que o modo como

pais, mães e seus substitutos desempenham seus papéis de cuidadores pode interferir, positiva ou negativamente em comportamentos como o uso de substâncias^{36,37}.

O papel protetor das famílias se confunde com o pedagógico, e ambos passam pelo exercício de interface entre seus membros e a esfera pública, com seus mercados e produtos²⁴. Não é de espantar que a família também participe da apresentação de fenômenos e produtos do universo das substâncias psicoativas. Nesse contexto, como referem os entrevistados, alguns domicílios são sede e alguns dos membros das famílias são agentes da criação de oportunidades para o uso de substâncias^{9,27,38}. A apresentação dos produtos disponíveis no meio social, como bebidas alcoólicas, tabaco, maconha ou cocaína, passa, no ambiente doméstico, por diferentes manifestações, sejam elas elogiosas ou críticas, ou ainda o efetivo consumo do produto por algum familiar^{24,29}. Características dos pais expressas nas relações favorecem a repetição dos comportamentos pelos filhos, e o uso compartilhado referido pelos entrevistados é uma forma intensa de isso se manifestar. A aproximação dos dados quanti e quali corrobora o que outros estudos^{26,30,39} têm indicado. Nas duas dimensões deste estudo se percebe que o comportamento de consumo de *crack* não ser exclusivo do usuário entrevistado em seu domicílio não é um evento raro ou inesperado.

Chama atenção que as respostas positivas para uso compartilhado ocorreram mais para relações horizontais que para relações verticais⁴⁰. Isso pode decorrer do fato de que relações horizontais vivem as mesmas etapas do ciclo de vida, ou muito próximas e menos incumbidas de tarefas de cuidado que se estabelecem pela formação de vínculos parentais^{24,41}. Ainda assim, o percentual de entrevistados que referiram uso compartilhado na relação parento-filial chama atenção e reforça a perspectiva de que o papel protetor das famílias não é absoluto, nem mesmo entre vínculos definidos pela parentalidade. A fragilidade do sistema familiar, nesse caso, não se estabelece como em outros estudos, pela ausência ou impossibilidade de contato entre pais e filhos^{27,30}. O compartilhamento, por si, pressupõe proximidade e contato.

As falas de alguns entrevistados sugerem que ver alguém usando em casa provoca curiosidade, um fenômeno comum nas relações humanas, que provavelmente contribui para o uso por integrantes do mesmo núcleo familiar⁴². As falas dos entrevistados refletem o despertar do interesse, não apenas pela oferta, mas pela disponibilidade da droga no ambiente doméstico, sem dificuldades de acesso.

Os entrevistados também indicaram vivências como brigas, discussões, abandono e ambiente ruim, entre outras, como predispondo ao uso de *crack*. Essas condições correspondem a achados de outros estudos como decorrentes do consumo de *crack*, sugerindo ciclos de reentrada, em que um elemento predispoem ao outro, aumentando o risco de ocorrência do primeiro e assim sucessivamente, com tendência à repetição e risco de transmissão vertical, pelo ingresso das

gerações mais novas nesses circuitos^{6,43-45}. De repetidas formas, a família reaparece como coautora das condições predisponentes ao uso^{11,39,46,47}, em virtude da exposição ao uso de álcool e outras drogas pelos adultos nos domicílios^{46,48,49}, ou a ambientes violentos^{46,48-50}, à negligência parental⁴⁹, ou a abusos⁴⁶⁻⁴⁸. Poucos estudos detiveram-se, porém, no mapeamento das condições associadas à cessação de consumo⁵¹, exceto os que testaram intervenções clínicas⁵²⁻⁵⁵.

O seguimento dos usuários e uma avaliação mais ampla dos cenários e condições de suporte para uma mudança de comportamento em relação ao *crack* apontam a possibilidade de remissão do quadro⁵⁶, ainda que não seja tarefa muito simples. Os usuários com melhor desempenho em relação à interrupção do consumo também se saíram melhor em relação à família, ao trabalho e ao meio social⁵⁷, numa direção semelhante à do efeito identificado neste estudo, na qual usuários que têm familiares em atendimento na rede local de atenção à saúde mental têm probabilidade aumentada de cessar o uso de *crack*.

Por se tratar de estudo transversal, não devem ser propostas inferências causais nem deve ser esquecida a possibilidade de causalidade reversa. Os fenômenos estudados podem sofrer influência recíproca, os problemas com o *crack* elevando o sofrimento e a disfunção familiar, assim como disfunção familiar e sofrimento favorecendo o consumo de *crack* no domicílio. Em qualquer dessas combinações, o acesso de familiares aos serviços de saúde parece melhorar o cenário.

É possível que o ingresso de familiares em atendimento modifique um número amplo de condições que contribuam para cessar o uso de *crack*, estando o usuário em atendimento ou não. Esses achados ampliam o leque de mecanismos pelos quais o perfil das famílias pode interferir no histórico de consumo, na busca por atendimento e na resposta ao desafio de cessar o uso de substâncias. Por analogia com outras condições clínicas, é possível compreender que a inclusão de familiares em cenários de atendimento, mesmo que não seja o grupo familiar em sua totalidade, pode reduzir hostilidades, amenizar conflitos, otimizar a comunicação interna aos grupos familiares, reduzir ou eliminar ganhos secundários e qualificar as ações de cuidado, com chance de se chegar a melhores resultados nos planos terapêuticos⁵⁸⁻⁶⁰.

CONCLUSÃO

Este artigo disponibiliza dados e estimula a investigação ainda mais ampla das relações entre os fenômenos familiares e os do campo de estudos sobre drogas. Reforça, também, a indicação do desenvolvimento de modalidades de tratamento mais abrangentes, que incluam os grupos familiares, com prioridade para a investigação de histórico de consumo

compartilhado da droga, visando ao planejamento de um trabalho de motivação para a mudança de comportamento e reforço do vínculo terapêutico mais efetivo.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Rogério Lessa Horta – Elaborou o projeto original e coordenou a coleta e a análise de dados e a redação da versão final do artigo.

Alexandre Dido Balbinot e Vanessa Andina Teixeira – Participaram da análise dos dados e da redação da versão final do artigo.

Luna Strieder Vieira, Grazieli Oliveira de Oliveira e Simone Poletto – Participaram da coleta dos dados, construção do banco de dados e digitação dos dados, além da revisão de literatura, e aprovaram a redação da versão final do artigo.

AGRADECIMENTOS

O estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no Edital nº 14/2009 – Universal, processo MCT/CNPq 476941/2009-1.

REFERÊNCIAS

1. Cunha PJ, Nicastrí S, Gomes LP, Moino RM, Peluso MA. Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26:103-6.
2. Azevedo RCS, Botega NJ, Guimarães LAM. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29:26-30.
3. Volpe FM, Tavares A, Vargas AP, Rocha PR. Vasculite cerebral e uso de cocaína e crack. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21:174-6.
4. Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22:32-6.
5. Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003;8:299-306.
6. Araujo RB, Balbinot AD, Castro MGT, Rocha MR, Miguel SRPS, Cohen M, et al. Tratamento de exposição a estímulos e treinamento de habilidades como coadjuvantes no manejo do craving em um dependente de crack. *Trends Psychiatry Psychother.* 2011;33:181-8.
7. Occhini MF, Teixeira MG. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. *Estud Psicol (Natal).* 2006;11:229-36.
8. Botti NCL, Costa BT, Henriques APF. Composição e dinâmica das famílias de usuários de crack. *Cad Bras Saúde Mental.* 2011;3(7):93-110.
9. Horta RL, Esswein GC, Horta CL, Carvalho TR, Back CL. Como são recebidas as famílias de usuários de crack nos CAPS. In: Munhoz MLPV, Faller MA, editores. *Terapia familiar em pesquisa: novas contribuições.* São Paulo: Roca; 2012. p. 243-54.
10. Cordeiro DC, Figlie NB, Laranjeira R. Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias. São Paulo: Roca; 2007.
11. Schenker M, Minayo MCS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad Saude Publica.* 2004;20:649-59.

12. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad Saude Publica*. 2007;23:775-83.
13. Illenberger J, Flötteröd G. Estimating network properties from snowball sampled data. *Social Networks*. 2012;34(4):701-11.
14. Vervaeke HKE, Korff DJ, Benschop A, van den Brink W. How to find future ecstasy-users: targeted and snowball sampling in an ethically sensitive context. *Addict Behav*. 2007;32(8):1705-13.
15. Gorelick DA, Kim YK, Bencherif B, Boyd SJ, Nelson R, Copersino M, et al. Imaging brain mu-opioid receptors in abstinent cocaine users: time course and relation to cocaine craving. *Biol Psychiatry*. 2005;57(12):1573-82.
16. Ghitza UE, Preston KL, Epstein DH, Kuwabara H, Endres CJ, Bencherif B, et al. Brain mu-opioid receptor binding predicts treatment outcome in cocaine-abusing outpatients. *Biol Psychiatry*. 2010;68(8):697-703.
17. Del Prette ZAP, Del Prette A. *Inventário de Habilidades Sociais: manual de aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
18. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica*. 2005;21:436-48.
19. Cunha JA. *Manual da versão em português das escalas Beck*. Casa do São Paulo: Psicólogo; 2001.
20. Hughes A, Sathe N, Spagnola K. State Estimates of Substance Use from the 2006-2007 National Surveys on Drug Use and Health. Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, NSDUH Series H-35, HHS Publication No. SMA 09-4362. Rockville, MD; 2009.
21. Fontanella BJB, Mello GA, Demarzo MMP, Turato ER. Percepção da síndrome de dependência por pacientes em tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57:196-202.
22. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70/Martins Fontes; 1995.
23. Minayo MCSO. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
24. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55:268-72.
25. Garcia JJ, Pillon SC, Santos MA. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19:753-61.
26. Hoffmann JP, Cerbone FG. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2002;66(3):255-64.
27. Yu M, Stiffman AR. Positive family relationships and religious affiliation as mediators between negative environment and illicit drug symptoms in American Indian adolescents. *Addict Behav*. 2010;35(7):694-9.
28. Pratta EMM, Santos MA. Lazer e uso de substâncias psicoativas na adolescência: possíveis relações. *Psic Teor Pesq*. 2007;23(1):43-52.
29. Miller P, Plant M. Parental guidance about drinking: relationship with teenage psychoactive substance use. *J Adolesc*. 2010;33(1):55-68.
30. Miller P. Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers. *Drug Alcohol Depend*. 1997;45(1-2):121-9.
31. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saude Publica*. 2003;37:751-9.
32. Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. Perfil dos usuários de crack que buscaram atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad Saude Publica*. 2011;27:2263-70.
33. Lopes CS, Coutinho ESF. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controlado. *Rev Saude Publica*. 1999;33:477-86.
34. Sanchez ZM, Oliveira LG, Ribeiro LA, Nappo SA. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15:699-708.
35. Chen J, Luo J, Liu K, Mehrotra DV. On power and sample size computation for multiple testing procedures. *Comp Stat Data An*. 2011;55(1):110-22.
36. Paiva FS, Ronzani TM. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicol Estudo*. 2009;14:177-83.
37. Benchaya MC, Bisch NK, Moreira TC, Ferigolo M, Barros HMT. Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos adolescentes. *J Pediatr*. 2011;87:238-44.
38. Barbosa de Pinho L, Ramos Oliveira I, Cardozo Gonzales RI, Harter J. Consumo de crack: repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares. *Enfermería Global*. 2012;11:139-49.
39. Boyd CJ, Mieczkowski T. Drug use, health, family and social support in "crack" cocaine users. *Addict Behav*. 1990;15(5):481-5.
40. Castoldi L, Lopes RCS, Prati LE. O genograma como instrumento de pesquisa do impacto de eventos estressores na transição família-escola. *Psicol Reflex Crit*. 2006;19:292-300.
41. Costa LF. A perspectiva sistêmica para a clínica da família. *Psicol Teor Pesq*. 2010;26:95-104.
42. McIntosh J, MacDonald F, McKeganey N. Pre-teenage children's experiences of drug use. *International J Drug Policy*. 2005;16(1):37-45.
43. Hernández MG, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, Wright MGM. Perspectiva crítica de la familia y de personas cercanas sobre factores de riesgo familiares y comunitarios en el uso de drogas ilícitas en San José, Costa Rica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17:770-5.
44. Carvalho V, Pinsky I, De Souza e Silva R, Carlini-Cotrim B. Drug and alcohol use and family characteristics: a study among Brazilian high-school students. *Addiction (Abingdon, England)*. 1995;90(1):65-72.
45. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev Saude Publica*. 2004;38:787-96.
46. Wallace BC. Crack cocaine smokers as adult children of alcoholics: the dysfunctional family link. *J Subst Abuse Treat*. 1990;7(2):89-100.
47. Boyd CJ. The antecedents of women's crack cocaine abuse: family substance abuse, sexual abuse, depression and illicit drug use. *J Subst Abuse Treat*. 1993;10(5):433-8.
48. Richardson GA, Larkby C, Goldschmidt L, Day NL. Adolescent initiation of drug use: effects of prenatal cocaine exposure. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(1):37-46.
49. Delaney-Black V, Chiodo LM, Hannigan JH, Greenwald MK, Janisse J, Patterson G, et al. Prenatal and postnatal cocaine exposure predict teen cocaine use. *Neurotoxicol Teratol*. 2011;33(1):110-9.
50. Bungay V, Johnson JL, Varcoe C, Boyd S. Women's health and use of crack cocaine in context: structural and "everyday" violence. *Intl J Drug Policy*. 2010;21(4):321-9.
51. Calabria B, Degenhardt L, Briegleb C, Vos T, Hall W, Lynskey M, et al. Systematic review of prospective studies investigating "remission" from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence. *Addict Behav*. 2010;35(8):741-9.
52. McKay JR, Foltz C, Stephens RC, Leahy PJ, Crowley EM, Kassin W. Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. *J Subst Abuse Treat*. 2005;28(2 Suppl):S73-82.
53. Wechsberg WM, Novak SP, Zule WA, Browne FA, Kral AH, Ellerson RM, et al. Sustainability of intervention effects of an evidence-based HIV prevention intervention for African American women who smoke crack cocaine. *Drug Alcohol Depend*. 2010;109(1-3):205-12.
54. Marsden J, Eastwood B, Bradbury C, Dale-Perera A, Farrell M, Hammond P, et al. Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study. *Lancet*. 2009;374(9697):1262-70.
55. Zeni TC, Araujo RB. Relação entre o craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60:28-33.
56. Dias AC, Araújo MR, Laranjeira R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev Saude Publica*. 2011;45:938-48.
57. Siegal HA, Li L, Rapp RC. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addict Behav*. 2002;27(3):437-49.
58. Hendriks V, Van der Schee E, Blanken P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug Alcohol Depend*. 2011;119(1-2):64-71.
59. Messent P. The place of family therapy in modern British child psychiatry. *Psychiatry*. 2008;71(9):380-3.
60. Meis LA, Griffin JM, Greer N, Jensen AC, MacDonald R, Carlyle M, et al. Couple and family involvement in adult mental health treatment: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(2):275-86.