
**PSICOLOGIA DA MORALIDADE: SENTIMENTOS RELATIVOS AO
CONSUMO DE CRACK COM BASE NO DISCURSO DE DEPENDENTES
QUÍMICOS**

**Mariana Spelta Cruzeiro¹
Sávio Silveira de Queiroz²
Heloisa Moulin de Alencar³
Cláudia Patrocínio Pedroza Canal⁴
Fernanda Helena Freitas Miranda⁵**

Resumo

Durante o estudo da afetividade, em específico os sentimentos e a vontade, é possível compreender a energética da ação para o consumo de crack. Nesse sentido, este trabalho procurou investigar a presença de sentimentos ligados ao querer fazer moral e sua influência para o consumo de crack e o seu encerramento, com base no discurso de indivíduos abstêmios. Utilizou-se para isso de um estudo de caso com dois usuários de crack abstêmios, após tratamento de internação, selecionados por conveniência. A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista semiestruturada, sendo a análise de dados realizada com base no referencial teórico-metodológico piagetiano, à luz do método clínico. Percebeu-se que a princípio, durante o consumo de crack surgiram os sentimentos de tristeza, prazer (alegria) e humilhação. Em contrapartida, quando abstêmios, foram citados: culpa, vergonha, busca de amor, busca de felicidade, humilhação e arrependimento. Os sentimentos ligados ao querer fazer moral surgiram ao longo do consumo de crack e se intensificaram à medida que encerram o consumo, confirmando a presença da força de vontade para realizá-lo. Dessa maneira, é importante investigar os sentimentos relativos ao consumo de crack para que seja possível uma maior atuação de profissionais da saúde referentes à prevenção e ao tratamento de dependência química.

Palavras Chave: moralidade, sentimentos, dependência química, crack.

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Desenvolvimento na linha de Psicologia e Moralidade. Universidade Federal do Espírito Santo- Bolsista FAPES. E-mail: nanaspelta@gmail.com

² Professor Doutor da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: savio.queiroz@ufes.br

³ Professora Doutora da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: heloisamoulin@gmail.com

⁴ Professora Doutora da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: claudiapedroza@uol.com.br

⁵ Doutoranda da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: fernandahfreitas@gmail.com

PSYCHOLOGY OF MORALITY: FEELINGS RELATED TO CRACK CONSUMPTION, AS FROM THE SPEECH OF CHEMICAL DEPENDENTS

Abstract

By studying affectionateness, in particular feelings and desires it is possible to understand the motivations to crack consumption. That being said this study aims to analyse the presence of feelings related to the want to make moral and their influence to crack use and its end based on the speech of abstemious individuals. The methodology selected was a case study with two abstemious crack users, after inpatient care, selected by convenience. The data were collected through a semi-structured interview and data analysis based on Piaget's theoretical framework in the light of the clinical method. It was noticed that at first, during the crack consumption came the feelings of sadness, pleasure (joy) and humiliation. In contrast, when abstemious were cited: guilt, shame, search for love, search for happiness, humiliation and regret. The feelings related to the want to make moral emerged over the crack consumption and were intensified as the consumption ended, confirming the presence of willpower to do it. Thus, it is important to investigate the feelings related to crack use to enable a greater performance of health professionals on the prevention and treatment of chemical addiction.

Keywords: morality, feelings, chemical addiction, crack.

Introdução

O envolvimento do homem com substâncias psicoativas é um fenômeno bastante antigo na história da humanidade. No entanto, vem adquirindo diferentes configurações. O que antes se caracterizava como um consumo ritualístico na Antiguidade, em pequenas quantidades com finalidade de transcendência, nos dias atuais caracteriza-se pela busca de prazer e alívio imediato de desconforto (físico, psíquico ou de pressão social), sendo seu consumo e distribuição ocorridos em grande escala, se tornando produto comercial (DIEHL et al, 2011; SILVA et al, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Atualmente, entre os cinco temas inquietantes para a saúde encontra-se a dependência química e o consumo crescente e disseminado de drogas lícitas e ilícitas (álcool, crack, opi e outras) (PAIM et al, 2011). A Organização Mundial de Saúde (2010), estima que cerca de 10% da população mundial, que vive nos grandes centros urbanos utiliza, de forma abusiva, algum tipo de substância psicoativa, e o Brasil também se integra essa estatística.

A dependência química é:

Resultado de um encontro entre um indivíduo e uma substância psicoativa em certo contexto psico-socio-cultural. O abconsumo é um fenômeno altamente complexo que não pode ser reduzido a componentes biológicos ou ser entendido baseado somente em características do comportamento de dependência às drogas ou aspectos psicodinâmicos envolvidos (RIBEIRO, TURATO, AZEVEDO & CAMPOS, 2012, p. 199).

Caracteriza-se pela dependência física e psicológica, que sempre inclui uma compulsão de modo contínuo ou periódico, e pode causar várias doenças crônicas físico-psíquicas com sérios distúrbios de comportamento. Pode surgir também como resultado de fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

De maneira geral, a dependência química é um transtorno cronicamente recorrente que pode ser caracterizado por: 1) compulsão na procura e ingestão da droga, 2) perda do controle sobre o consumo, e 3) surgimento de um estado emocional negativo quando há redução ou encerramento do consumo da substância, que reflete na abstinência (KOOB e VOLKNOW, 2010).

Em virtude do envolvimento de diversos elementos, deve-se entender a dependência química como uma doença biopsicossocial, em que os modelos de tratamento necessitam de diferentes tipos de intervenções. O dependente precisa ser atendido nas diversas áreas afetadas, tais como: social, familiar, físi-

ca, mental, questões legais, qualidade de vida, com enfoque especialmente nas estratégias de prevenção de recaída (PULCHERIO et al, 2010). Porque, apesar de consciente desses diversos problemas decorrentes do consumo de crack, o dependente químico continua consumindo a substância. Nesse contexto da dependência química, o usuário prioriza o consumo da droga em detrimento de outras atividades (DIEHL et al, 2011).

Atualmente existem vários tipos de intervenção e reabilitação para a dependência química, que envolvem unidade básica de saúde e atenção primária, pronto-socorro, tratamento ambulatorial, centro de atenção psicossocial - álcool e drogas, hospital geral, moradias assistidas para dependência química, hospital-dia, comunidades terapêuticas (PULCHERIO et al, 2010). Segundo dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2010), muitos são os fatores motivadores do consumo de drogas: a busca de prazer, amenizar a ansiedade, tensão, medos e até aliviar dores físicas (CRAUSS e ABAID, 2012).

Apesar de toda essa estrutura para atender ao usuário, o consumo de drogas tem apresentado indicadores de produção e consumo em níveis preocupantes. O Relatório Mundial sobre Drogas 2009, elaborado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), alertava que, embora os mercados globais de cocaína, opiáceos e maconha estivessem estáveis ou em declínio, a produção e o consumo de drogas sintéticas mantinham-se em crescimento nos países em desenvolvimento (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, 2009).

Já o Relatório Mundial sobre Drogas 2012 apresentou a estimativa de que 230 milhões de pessoas (5% da população mundial adulta) consumiram drogas pelo menos uma vez em 2010, e o número de usuários problemáticos

alcançava em torno de 27 milhões de pessoas (0,6% da população adulta). Em relação ao Brasil, o relatório aponta que o consumo de drogas é mais difundido na metade sul. Entretanto, o estudo apresenta a ressalva de que "a falta de dados novos para este país impede um melhor entendimento do impacto nas estimativas regionais" (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012, p. 11).

O Relatório Mundial Sobre Drogas 2014 indica também que, na América do Sul, o consumo de cocaína e o tráfico tornaram-se mais proeminente, "em particular no Brasil devido a vários fatores, incluindo sua localização geográfica e uma grande população urbana" (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2014, p. 13).

De acordo com o estudo conduzido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID, 2005), o II Levantamento Domiciliar sobre o consumo de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado nas 108 maiores cidades do Brasil, aponta como substância mais utilizada o álcool, contabilizando 74,6% dos indivíduos entrevistados, com 12,3% desses diagnosticados como dependentes.

Diante desse contexto e da grande variedade de drogas disponíveis, torna-se imprescindível e relevante analisar profundamente seus reflexos na sociedade. Assim, para colaborar com a análise dessa problemática e por perceber, a dependência química como um campo amplo e heterogêneo, em que cada substância (lícita e/ou ilícita) possui características que lhe são particulares, optou-se neste estudo em se concentrar nas questões relativas ao consumo do crack, considerando-se o aumento acelerado do consumo dessa substância no Brasil e no mundo (SAYAGO et al, 2014; SILVA et al, 2014).

O crack surgiu no fim da década de 1970, nos Estados Unidos, mas popularizou-se apenas na década de 1990 (DIEHL et al, 2011). O crack é uma substância derivada da cocaína, que, por sua vez, tem origem na folha de uma árvore popularmente conhecida como coca e cientificamente conhecida como *Erythroxylon coca*.

Obtido do cozimento da pasta básica da cocaína adicionada a outros componentes químicos, usa-se o crack por meio da inalação do vapor expelido pela queima das pedras manufaturadas (KESSLER e PECHANASKY, 2008). A droga era utilizada em cachimbos de vidro ou outros recipientes e quando queimadas faziam um ruído típico de estalo, daí o nome crack. Desde o início de seu consumo, os usuários descreviam-se como escravos dos efeitos da substância, de ação rápida e fugaz. A partir de 1990 foram realizados os primeiros estudos e comprovou-se o grande potencial de dependência do crack (KESSLER e PECHANASKY, 2008).

No Brasil, a trajetória de consumo do crack foi bastante semelhante, porém com um atraso de aproximadamente 10 anos em relação aos Estados Unidos. Contudo, a partir de 2000 começou a surgir no Brasil uma crescente preocupação com o consumo de crack e suas consequências. Os custos do valor da droga no Brasil eram bem menores e muitos usuários de cocaína injetável passaram a utilizá-lo. Porém, em vista do alto custo e da dificuldade de utilizá-lo em cachimbos, os usuários desenvolveram uma nova forma de fumar por meio das latas de alumínio furadas e cinzas de cigarro, que aumentam a combustão (KESSLER e PECHANASKY, 2008).

Utilizado nesse formato (ao invés de inalado, passou a ser fumado) permite uma disseminação maciça da substância para o cérebro, obtendo efeitos mais estimulantes e prazerosos. O crack possui uma singularidade: produzir

uma euforia de grande magnitude e de curta duração, o usuário frequentemente vivencia intensa fissura e desejo de repetir a dose (DIEHL et al, 2011).

Apesar de o crack não figurar nos dados estatísticos brasileiros entre as drogas ilícitas mais consumidas, 0,7% da população declararam ter feito consumo dessa substância, dado que merece atenção devido aos riscos associados ao padrão de consumo compulsivo. Com base nesse número, estimava-se no Brasil 193 mil usuários de crack (CEBRID, 2005).

Além disso, chama atenção a comparação dos resultados do I Levantamento, realizado em 2001, e o II Levantamento, realizado em 2005, pois revela aumento estatisticamente significativo do consumo de crack, com a região Sul e Sudeste com o maior número absoluto de usuários identificados, cerca de 115 mil. Tais levantamentos identificaram que o consumo de drogas ilícitas no Brasil aumentou de 19,4 para 22,8%. Com relação ao consumo frequente, o crack foi mencionado em quase todas as cidades, sendo maior em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória.

Esses estudos culminaram no Relatório Brasileiro sobre Drogas (2009); sendo que os dados referentes às internações recorrentes do consumo de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) são uma novidade em relação aos dois levantamentos anteriores. Constatou-se que a maioria das internações está ligada ao consumo de álcool (69% dos casos), policonsumo e, em seguida, o crack. O número total de internações entre 2001 e 2007 foi 965.318.

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (2013), em parceria com o Ministério de Justiça, no Brasil existe 370 mil usuários de crack e de outras formas similares de cocaína. Desses 370 mil, 113 mil residem no Sudeste. Com relação ao perfil desses usuários: a média de idade entre os usuários de crack é de 30 anos, prevalentemente do sexo masculino (não brancos e soltei-

ros possuem ensino fundamental, geralmente executam trabalhos autônomos ou esporádicos; relatam terem sido detidos no último ano e o tempo médio do consumo de crack em capitais gira em torno de 8 anos (CRAUSS e ABRAID, 2012; GUIMARÃES et al, 2008; SILVA et al, 2014; HORTA et al, 2014).

Seu consumo excessivo tem gerado graves consequências, tais como: overdose, problemas cardiovasculares e problemas respiratórios, infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, hepatite C, e quadros psiquiátricos (DUALIBI, RIBEIRO e LARANJEIRA, 2008); além de consequências neuropsicológicas, como prejuízo às funções cognitivas, a tomada de decisão e o aumento de impulsividade (MATUMOTO e ROSSINI, 2013).

Assim, é fundamental analisar a afetividade desses sujeitos para se compreender os fatores que influenciam o começo e o (acho que vou retirar motivação) encerramento do consumo de crack. Para tal, Piaget (1954/ 2014a), propõe uma afetividade como energética da ação, isto é: “é a afetividade que atribui valor às atividades e lhe regula a energia” (PIAGET, 1954/2014, p.69). Nesse sentido, o autor ressalta ainda a indissociabilidade entre cognição e afetividade, ou seja, a inteligência e afetividade são inseparáveis (PIAGET, 2014a/ 2014b). Entretanto, percebe-se que tal concepção parece alterada com o uso de substâncias psicoativas; a compulsão pelo consumo demonstra se sobressair a cognição, gerando assim o desequilíbrio não equilibrável em tais sujeitos.

Por afetividade, Piaget (1954/2014a), a conceitua como os sentimentos propriamente ditos (e, em particular, as emoções); e diversas tendências, incluindo as “tendências superiores” (p. 39) e, em específico, a vontade (no sentido de força de vontade). Desse modo, ao estudar os sentimentos e a vontade, compreende-se as condutas.

Isso posto, averigua-se um importante aspecto: os sentimentos estão inclusive relacionados à moral, pois, ao pensar em início e encerramento de consumo de crack, reporta-se à regras e deveres. De acordo com a perspectiva piagetiana, o dever remete à moral. Nesse sentido, Piaget (1954/2014a), esclarece a relação entre afetividade e moral: "em nível dos sentimentos morais, chega-se a uma verdadeira lógica dos sentimentos [...]. Assim, poderemos dizer que a moral é uma lógica da ação, como a lógica é uma moral do pensamento" (p. 55). A partir do referido acima por Piaget, pode-se intuir que, em tese, os sentimentos morais exprimiriam as ações de iniciar ou encerrar o consumo de crack. Yves de La Taille, outro grande autor do desenvolvimento humano, e considerado um dos grandes pesquisadores no campo da Psicologia da Moralidade, e em seu livro "*Moral e Ética: dimensões intelectuais e afetivas*" (LA TAILLE, 2006), desenvolve seus estudos acerca da moralidade e se dedica a demonstrar a participação da afetividade na moralidade humana, fazendo considerações a respeito da moral e ética.

A distinção conceitual de moral e ética discutida no presente estudo é aquela apresentada por La Taille (2006), o "plano moral" é associado à pergunta "como devo agir?" (p. 143), que legitima a existência de um *sentimento de obrigatoriedade*. Ou seja, refere-se às regras obrigatórias, com a finalidade de garantir a harmonia do convívio social. Por sua vez, 'o plano ético' está relacionado à pergunta "que vida quero viver?" (p. 37) e se estabelece baseado na percepção de "vida boa", isto é, "uma vida que vale a pena ser vivida" (p. 30), relacionada à busca de felicidade, o sentido da vida, tendo na '*expansão de si próprio*' a motivação psicológica para que o indivíduo experimente e tente alcançar o bem-estar subjetivo (LA TAILLE, 2006). Ou seja, a moral refere-se à dimensão do dever, enquanto a ética diz respeito à dimensão da felicidade.

Assim, apesar de os planos moral e ético não serem sinônimos, o plano ético engloba o moral, pois saber “como devo agir” depende de “que vida eu quero viver”, ou seja, a dimensão afetiva da ação moral tem suas origens nas opções éticas dos sujeitos (LA TAILLE, 2006/2010). São instâncias complementares e indissociáveis, estando, pois, relacionadas por duas condições necessárias: o sentimento de *obrigatoriedade e expansão de si*.

De acordo com Piaget (1954/2014a), a *expansão de si* é compreendida como na tendência à superação de si mesmo, vetor do desenvolvimento e a motivação central para as ações. Ao assumir tais ideias, La Taille (2006), acrescenta a *expansão de si próprio* como uma condição necessária para que a vida faça sentido. Isto é, corresponde o plano ético, sendo seus conteúdos associados às representações de si dos indivíduos. O *sentimento de obrigatoriedade*, em contrapartida, está ligado ao plano moral, e, portanto, às motivações para a ação moral (LA TAILLE, 2002/2006/2010).

Ao analisar o plano moral, La Taille (2006), ressalta que a dimensão intelectual é condição necessária às ações reconhecidas como morais. O “saber fazer moral” está relacionado ao conhecimento de: **regras** - o que deve ser feito, **princípios** - porque deve ser feito e **valores** - investimentos afetivos que derivam dos princípios; sendo estes “o resultado de um investimento afetivo” (p. 74). Destarte, o agir moral depende diretamente do “querer fazer moral”, da dimensão afetiva. Assim sendo, além de saber agir moralmente, é necessário que o sujeito se sinta intimamente motivado o agir desse modo.

No que concerne à moralidade, La Taille (2006/2010), afirma que a afetividade diz respeito à energética da ação (motivação). Desse modo, pode-se afirmar que, inclusive no contexto de dependência química, seria possível perceber a influência da afetividade como motivador para o consumo de crack. De

acordo com La Taille (2006), para compreender as motivações que levam o indivíduo a dar resposta à questão “como devo agir?”, é necessário depreender a moralidade do indivíduo.

Dessa maneira, quando se questiona a moral desses sujeitos, concorda-se com La Taille (2006), pois mesmo responsáveis pela transgressão das normas, não se pode dizer que são sujeitos desprovidos de **sentimento de obrigatoriedade**. O que acontece na verdade é que esse sentimento não teve força suficiente diante de um conflito no qual duas forças contrárias coexistem (por exemplo, o prazer e o dever). Ou seja, com relação à presente pesquisa, pode-se dizer que os sujeitos usuários de crack não são desprovidos de tal sentimento de obrigatoriedade. Se prevalece a compulsão pelo consumo, isto não significa que cognição e afetividade perderam o vínculo. É uma questão de escolha: faço o que devo ou faço o que quero?

Além do sentimento de obrigatoriedade, cabe discutir as contribuições da vontade no que tange à afetividade. Por força de vontade, entende-se que há o conflito entre duas tendências, Piaget (1954/1964/2014a/2014b), determina três condições para que ela se apresente: 1)- caracteriza-se como conflito entre duas tendências; 2)- duas tendências que representem força desigual e 3)- é preciso que haja conflito e que o sujeito opte pela escolha mais difícil, aquilo que é menos desejado. Com relação à vontade, especificamente no momento de consumo intenso, Olievenstein (1980, p. 69), aponta que no dependente químico, apesar de existir, “a vontade está doente, ela só trabalha para que haja autonomia para a droga”.

Então, por que investigar a vontade? É possível que a vontade (força de vontade) tenha atuado no momento de conflito: encerrar ou não o consumo de crack? Se a opção de encerrar o consumo torna-se valorosa aos olhos do su-

jeito, surge um indício da atuação da vontade. Ou seja, acredita-se que os sujeitos abstêmios do consumo de crack (aquele que já assumiu uma conduta) apresentem, em algum momento, força de vontade para encerrar o consumo.

Quando Piaget (1954/2014a), propõe a afetividade como da energética da ação, ele não se limita à vontade e aponta também a importância dos sentimentos em geral. Isso posto, La Taille (2006), elege sentimentos que inspiram o “querer agir moral”, sendo eles: medo e amor, confiança, simpatia, indignação, culpa e vergonha. Tais sentimentos são construídos a partir da interação do sujeito com o meio que o cerca. De acordo com a teoria piagetiana, os sentimentos, na criança pequena, ou em adultos heterônomos, são *materiais*, e desenvolvem-se trocas sociais em ambientes corporativos, podem (ou não) tornaram-se sentimentos morais. Desta forma, evidenciamos ao longo de nossas entrevistas que tais sentimentos emergiram como morais. Entende-se que, com os surgimento desses sentimentos, maiores serão as chances desses sujeitos agirem segundo um querer fazer moral e maior será a preocupação de sua relação com a sociedade. Além disso, acredita-se que à medida que esses sentimentos são despertados, haverá uma postura do sujeito mais ligada à ética. Ou seja, preocupado com o sentido da vida e busca de felicidade, com uma ‘vida boa’, que vale a pena ser vivida; voltado a uma busca existencial e *expansão de si*.

Assim, para compreender a afetividade dos usuários de crack, buscou-se investigar especificamente os sentimentos relativos ao consumo e encerramento do consumo crack baseados no discurso de dependentes químicos. Como hipótese, acredita-se que a partir do momento de encerramento de consumo de crack, maior será a presença de sentimentos ligados ao querer fazer moral, preocupados com uma resposta social e mais ligados a uma postura ética (busca de felicidade, expansão de si, busca de uma ‘vida boa’).

Pelo exposto, realizar este estudo adquire considerável relevância, uma vez que o consumo de crack é fenômeno complexo e dinâmico; um problema de ordem legal, social e sanitário (SILVA et al, 2014); seus danos não atingem apenas os usuários, mas a sociedade de forma geral, principalmente familiares.

Método

Para alcançar o objetivo proposto, adotou-se a abordagem qualitativa baseado no pressuposto de que esta viabiliza o reconhecimento do objeto e do seu discurso, originado de opiniões, valores e atitudes (MINAYO, 1996). Optou-se, especificamente, pela realização de um estudo de caso (GIL, 1991), pois o estudo de sentimentos é algo subjetivo e requer uma descrição exaustiva de um fenômeno dentro do respectivo contexto (YIN, 2005). Destarte, partiu-se do pressuposto que existem muitos dizeres sobre a droga, que são particulares e aparecem de forma singular em cada sujeito (GIANESI, 2005).

Nesse sentido, acredita-se também que a relação do sujeito com o crack não é linear, podendo o consumo despertar diferentes concepções subjetivas ao longo do percurso do sujeito, com relação à droga e seu contexto. Por isso, o método qualitativo, em específico, o estudo de caso, é fundamental para a obtenção desses dados. Dentro do fenômeno da dependência química, há diferentes categorias relacionadas ao consumo como, por exemplo, o consumo controlado e o consumo compulsivo. Somente este último será foco deste trabalho, por atingir uma situação limite, acarretando a “fissura” do indivíduo pela droga, que se torna um objeto de prazer sentido como necessidade, assumindo o comando das ações do indivíduo.

A pesquisa contou com a participação de dois entrevistados, selecionados por conveniência, indicados por duas assistentes sociais que atuam na

área de dependência química, em contexto organizacional e tratamento de internação. Para realizar a pesquisa, adotou-se os seguintes critérios de inclusão: estar abstêmio e ter realizado consumo contínuo de crack.

Ambos participantes residiam com seus familiares. As condições socioeconômicas revelaram-se bastante distintas ao longo do roteiro de entrevista: o participante do sexo masculino revela ser classe média e responsável financeiro pela família; já a participante do sexo feminino encontrava-se desempregada e indicou dependência financeira de seus familiares e companheiro.

Os participantes responderam a um roteiro de entrevista semiestruturada, constituído especificamente para investigar o objetivo desta pesquisa. A entrevista foi conduzida à luz do método clínico de Piaget (1932/1994), o qual possui a finalidade de investigar como os participantes pensam, percebem, agem e sentem. Esse método procura descobrir o que não é evidente no que os sujeitos fazem ou dizem, o que está implícito em sua conduta, seja em ações ou palavras (DELVAL, 2002).

Atentando-se para as questões éticas de pesquisa em psicologia, assim como para a privacidade e o anonimato, o contato com os participantes foi realizado via telefone, foram oferecidas explicações referentes à obtenção do contato e à finalidade da pesquisa. Após aceitarem participar, realizou-se a entrevista na própria residência dos participantes, localizadas na Grande Vitória.

Os dados foram tratados com base no referencial teórico-metodológico piagetiano (1932/1994/1926/2005), e na sistematização proposta por Juan Delval (2002). Segundo o autor, a análise de entrevistas clínicas deve ser minuciosa, tendo em vista sua complexidade.

Para realizar a análise de dados, o conteúdo das entrevistas foi dividido, primeiramente por trechos. Posteriormente, foram criadas as categorias detalhadas e, por último, as categorias resumidas. As categorias detalhadas foram elaboradas para as respostas e as justificativas dos participantes. Em seguida, foram incorporadas as categorias resumidas para a análise por questão do instrumento.

Resultados e Discussão

Caracterização

Quanto ao primeiro participante, recebeu o nome fictício de Emanuel; morador da cidade de Cariacica, situada na Grande Vitória. Possui 50 anos de idade, evangélico, trabalha embarcado há mais de vinte anos em uma empresa multinacional, atualmente reside com uma filha e esposa. O entrevistado relata o início do consumo de álcool aos 12 anos, estimulado por familiares, ocasião na qual o pai era comerciante e possuía um bar. Aos 15 anos, Emanuel iniciou consumo de maconha e aos 35, o consumo frequente de crack. Abandonou cinco tratamentos de internação, sendo apenas o último concluído. No momento da entrevista, mencionou receber acompanhamento de profissionais especializados da empresa na qual presta serviço e atendimento-dia do Caps-AD (Centro de Atenção Psicossocial I- Álcool e Outras Drogas). Segundo o entrevistado, desde a internação (há seis meses antes da entrevista), apesar de não realizar o consumo contínuo de crack, teve duas recaídas.

A segunda participante, de nome fictício Camila, possui 35 anos, não possui religião e reside na cidade de Vila Velha, localizada na Grande Vitória. Camila conta que reside com o companheiro e relata dificuldades em conseguir trabalho. Devido aos transtornos causados pela dependência química e dificuldades financeiras, seus filhos residem com a avó. Além do consumo de crack,

fazia consumo de cocaína e maconha. O início do consumo de cocaína ocorreu aos 18 anos, e o consumo de crack posteriormente, aos 29 anos. Possui histórico de um tratamento de internação não concluído e atualmente não realiza qualquer tipo de tratamento.

Fatores motivacionais para o início do consumo do crack

Com relação à motivação para iniciar o consumo de crack, Emanuel cita a influência do trabalho embarcado, acarretando crises depressivas pelo afastamento de seus familiares. A droga foi utilizada como recurso para minimizar o estresse e o sofrimento ocasionado pelo trabalho, como no seguinte trecho:

[...] antes de embarcar, eu comecei a beber muito. Quando eu desembarcava, eu já saía para beber... depois eu comecei aos poucos a cheirar e, por fim, já estava fumando o crack. Mas o objetivo sempre foi o mesmo... você anestesia uma dor, você não quer uma coisa (Emanuel, 50 anos).

Já Camila revela os conflitos familiares e o falecimento da irmã como motivadores para iniciar o consumo de crack. Assim como Emanuel, havia a necessidade da fuga da realidade e do anestesiamento da dor. Como exemplificado a seguir:

Eu entrei nessa vida aí e não foi por causa de amizades, a menina me ofereceu sim, mas eu que aceitei, ninguém me obrigou a nada. A gente usa porque quer! [...] ninguém colocou uma arma na minha boca e me espancou para eu usar drogas [...] era depressão porque a minha irmã morreu e a minha mãe sempre me humilhava (Camila, 35 anos).

Gabatz et al. (2013), realizaram um estudo no Rio Grande com Sul com oito participantes do sexo masculino usuários de crack, de 19 a 27 anos, hospitalizados para tratamento de internação. Tal pesquisa aponta a influência de amigos e familiares, estresse e desconhecimento da possibilidade de dependência química para o início de consumo de crack.

Especificamente como resultado de sentimentos advindos do consumo de crack, percebe-se na fala dos participantes a presença dos sentimentos de **tristeza, vergonha, culpa, humilhação, prazer (alegria) e arrependimento**. Entre os sentimentos mencionados, para a análise de dados foram selecionados aqueles que surgiram com maior frequência, sendo a maior parte discutida à luz da Psicologia da Moralidade.

Sentimentos relativos ao período do uso do crack

A dependência química revela-se marcada por uma repetição: **o prazer e a tristeza (depressão)**. Das falas dos participantes, depreende-se que o prazer remete às sensações proporcionadas pelo consumo de crack e demais substâncias. Já a tristeza relaciona-se aos momentos de abstinência e fissura, uma das particularidades do crack. Assim como mencionado nos estudos de Romano e Roso (2012), a dependência química apresenta essa repetição: prazer e tristeza, como exemplificado abaixo:

[...] você usa, usa, usa e fica naquela alegria, mas quando ela vai embora, quando o efeito passa, você começa a sentir dor, começa a sentir tipo uma tristeza, eu acho que é depressão, o resultado da droga é uma tristeza profunda (Camila, 35 anos).

[...] te levar a uma depressão tão grande, que faz você achar que precisa dela, que você é dependente dela [...] a pedra força a sua mente a fazer com que ela sinta necessidade. É igual quando você está com sede [...] e aí você precisa de água... é muito rápido, você vicia muito rápido (Emanuel, 50 anos).

Outros estudos (DUAILIBI, RIBEIRO e LARANJEIRA, 2008; SIQUEIRA et al, 2015; PULCHERIO et al, 2010), comprovam a descrição de tal prazer também decorrente dos efeitos da substância, de intensa euforia e agitação, seguido de depressão e ansiedade quando os efeitos cessam e, então, o sur-

gimento de uma grande vontade de reutilizar a substância, iniciando aí a “fissura”.

Além disso, é ao longo do consumo que se verifica o rompimento dos vínculos familiares. Mais uma vez a tristeza integra o contexto dos participantes, e permanece a mesma indagação: como se livrar dessa tristeza? A aproximação dos familiares é uma das estratégias mencionadas e, para isso, é preciso encerrar o consumo, como se observa na fala abaixo:

Eu sinto uma enorme tristeza por achar que o consumo é a minha única alegria. É uma forma de eu me divertir, mas me desgasta em todos os termos, até moralmente, porque quando você apronta demais, você se sente péssimo, dá aquela ressaca moral e você perde a confiança das pessoas, da sua família... você pensa que não devia ter feito aquilo... aí você passa a querer parar de usar, para não perder a sua família (Emanuel, 50 anos).

Assim como La Taille (2014), menciona, o sentimento de tristeza é associado a um estado de espírito que causa sofrimento psíquico. Ao longo das entrevistas, os participantes mencionaram tal sofrimento e o equivaleram à depressão. Durante o consumo, é frequente que o usuário faça o consumo de mais de uma pedra de crack, justamente na tentativa de driblar tais sentimentos descritos como penosos. A descrição de tal sentimento vai ao encontro da literatura, sendo a tristeza identificada como uma das sensações advindas do consumo do crack (DUAIBILI, RIBEIRO e LARANJEIRA, 2008; GABATZ et al, 2013). Como consequência do consumo, o sujeito obtém sensação de prazer intenso e, posteriormente, imenso desprazer e vontade de reutilizar a droga.

Sentimentos relativos ao encerramento de consumo de crack

Quanto à **busca de felicidade**, Emanuel fala sobre o tratamento de internação como possibilidade de se sentir acolhido e relacionado à busca de uma vida melhor, como mudança de vida, como uma escolha. A transcrição abaixo ilustra tal concepção:

Você procura a internação para alguém te segurar, você quer que de alguma forma te controle, porque você perdeu o controle. Você quer que alguém te abrace e te segure [...] ficar na rua por causa de droga é muito tenso! [...] quando alguém te abraça, você fica, você começa a pensar o que a clínica te oferece e se vai te servir, você começa a querer mudar a sua vida (Emanuel, 50 anos).

Também o sentimento de busca de felicidade aparece ligado aos familiares, como apresentado a seguir:

Como eu te falei, eu nunca tive felicidade, só os meus filhos mesmo. Mas eu choro ainda mais agora, porque eu não tenho mais os meus filhos comigo, eu preciso de parar de usar, para ter a minha alegria de volta, para ter os meus filhos comigo (Camila, 35 anos).

Um estudo semelhante sobre tratamento de internação foi realizado por Crauus e Abaid (2012), no Rio Grande do Sul. Os participantes, de 19 a 57 anos, relacionaram também a internação à busca de felicidade. Pode-se ainda dizer que tal sentimento está de acordo com a concepção de La Taille (2006), já que se encontra relacionado às decisões sobre qual vida o sujeito quer viver, influenciado pelas regras e deveres. Aqui, leva-se em consideração a procura por tratamento e o fato do próprio sujeito estar abstêmio como tentativa de buscar a felicidade.

A **busca de amor** mostrou-se ligada aos familiares. Em alguns momentos, a família servia como motivação para encerrar o consumo, conforme os relatos a seguir: “Eu pensei em parar de usar crack porque achei que eu ia ter uma vida melhor e que minha mãe ia me amar...” (Camila, 35 anos). Estudos apontam tanto a família como fator de proteção, implicada no processo de desenvolvimento saudável (CHAVES, 2011), bem como fator de risco para o usuário, dependendo de sua dinâmica (GUIMARÃES, 2008). A relação usuário-família apresenta sentimentos contraditórios; há momentos de paixão, vontade de ajudar, de ser tolerante; como também, existem momentos conflitantes,

de sentimento de insegurança, raiva, desconfiança, desespero e dor (NONTICURI, 2010).

Em outras pesquisas com dependentes químicos (GOODMAN et al, 2011), a **vergonha** associada à fatores externos e influências de pressão social pode servir como motivador para encerrar o consumo de crack: “Às vezes, eu tenho vergonha de ir à rua, eu fico dentro de casa, eu tenho muita vergonha... até aqui nesse bairro” (Camila, 35 anos). Encontra-se relacionada aos juízos dos familiares, ao medo de decair perante os olhos do outro. Conforme aponta La Taille (2002), ao afirmar a vergonha como acompanhante da ideia de alguma ação que se imagina censurada pelos outros e que o é, na verdade, por nós mesmos.

A participante Camila relata o sentimento de humilhação como anterior ao consumo de crack, intensificando-se à medida que realizava o consumo e se mantendo presente até os dias da entrevista, mesmo após encerrar o consumo, conforme apresentado abaixo:

[...] fui muito humilhada pela minha mãe. Minha mãe nunca falou: eu te amo, minha filha” [...] o que me levou a usar foi muita mágoa, muita humilhação, muito desprezo [...] pior coisa na vida da pessoa é ela se sentir humilhada (Camila, 35 anos).

Tal como ilustrado no trecho acima, a humilhação encontra-se associada a outros sentimentos, como a vergonha e a ausência de respeito. Assim como apontado por Alencar e La Taille (2007), o sentimento de humilhação se encontra associado ao abalo à estrutura afetiva e desvalorização do sujeito.

Em conformidade com demais estudos, a **culpa** foi relatada por dependentes químicos como decorrente do consumo (GOODMAN, et al 2011; PIMENTA et al, 2011). Todavia, a culpa foi citada na entrevista apenas quando questionada, como ilustrado no seguinte trecho: “Sim, muitas vezes... até hoje.

Porque agora eu sinto culpa por ter usado e vergonha das pessoas.” (Camila, 35 anos).

O fato do sentimento de culpa surgir após o tratamento de internação está de acordo com outros estudos (LANGMAN e CHUNG, 2013), e parece estar associado ao querer fazer moral (LA TAILLE, 2006), compreendido como indicativo de arrependimento, sentimento de injustiça e falta de justificação de ações. Vale ressaltar que a culpa é relatada tanto quanto ao consumo, como em relação à própria ideia da recaída. Nesse sentido, nos dias atuais, a participante também menciona o medo de fracassar e o desejo de manter-se em abstinência, para que não tenha recaídas. Assim como nos dados obtidos, Treeby e Raimundo (2012), e Dearling; Stuwewing e Tangney (2005), discutem o sentimento de culpa como ferramenta para manter a abstinência.

O **arrependimento** decorrente do consumo de crack também foi citado pelos participantes: “... eu sinto que foi perda de tempo e perdi muita coisa, eu me arrependo... que nem meu casamento, isso já não tem mais jeito, nada mais vai ser como era antes...” (Emanuel, 50 anos).

Assim como na pesquisa realizada por Chaves et al. (2011), com 40 sujeitos em consumo e abstêmios na cidade de São Paulo, o arrependimento surgiu ligado à perda de tempo e de consequências irreversíveis ao usuário e familiares. Não obstante, Santos (2011), destaca os efeitos psíquicos do crack marcados por duas fases: efeitos positivos e efeitos negativos, sendo a segunda fase marcada por alucinações, delírios, depressão e arrependimento.

Tratamento de internação e estratégias para manutenção da abstinência

Os participantes relacionaram a procura por tratamento à vontade de encerrar o consumo de crack. Apontavam a importância de querer realizar o tratamento e encerrar o consumo:

Você vai se internar porque você não está aguentando mais sentir aquilo [...] você não quer isso. Como eu te falei, a bebida, a droga... te faz um bem, mas te faz um mal também... A partir daí você começa entender o que é bem e o que é mal... e quando você vai para uma clínica, você tem que querer” (Emanuel, 50 anos).

O trecho corrobora com outros estudos (SOUZA e MATTOS, 2012), em que dependentes químicos revelam a vontade de encerrar o consumo de crack. Além disso, percebe-se a importância atribuída pelos participantes ao ‘querer’ o tratamento de internação. Conforme se observa a presença de tal ‘querer’ no discurso dos participantes, bem como os sentimentos acima mencionados, pode-se perceber a presença da (força de) vontade discutida por Piaget (1954/2014a), sendo os sentimentos e a força ligados ao querer fazer moral.

Outro aspecto encontrado na revisão de literatura, a religião foi apontada como importante recurso para encerrar o consumo de crack (MEDEIROS, 2014; OLIVEIRA et al, 2014). Todavia, tal recurso foi utilizado por tempo limitado. Após encerrar o consumo, nos dois casos não houve mais contato frequente com as instituições religiosas, devido às limitações exigidas pela igreja: “Eu parei de ir porque o meu companheiro não frequenta igreja, e lá eles queriam que eu me relacionasse só com quem frequentava” (Camila, 35 anos).

Considerações Finais

Como explicitado acima, as entrevistas foram coletadas na casa de cada participante, na presença de outros familiares, o que pode ter influenciado suas falas. Ambos os entrevistados citaram a entrevista como processo contribuinte para a manutenção da abstinência e se colocaram a disposição caso fosse necessário outro momento.

No decorrer das entrevistas, percebeu-se que os sentimentos de tristeza, prazer (alegria) e humilhação surgiram mesmo durante o consumo de crack. Assim, é provável que tais sentimentos se refletiram na motivação para

procurar tratamentos de internação. Já quando abstêmios, os participantes citaram: sentimentos a culpa, vergonha, busca de amor, busca de felicidade, arrependimento e humilhação.

Confirmando a hipótese de pesquisa, no momento em que os sujeitos já se apresentavam abstêmios, há apresentificação dos sentimentos listados por La Taille como ligados ao querer fazer moral (culpa, vergonha, humilhação, amor e ódio, honra), bem como a vontade, ligada ao encerramento do consumo de crack. Ou seja, tais sentimentos e a vontade são relatados na medida em que os sujeitos não se encontram mais transgredindo normas (como o próprio consumo e o tráfico de drogas), indicando ligação entre o surgimento de sentimentos e a abstinência.

A partir do momento em que não há transgressão dessas normas e o sujeito compreende a procura de felicidade ligada à abstinência, é possível confirmar a influência dos referidos sentimentos ligados ao querer fazer moral e a presença da vontade como energética da ação, tanto para o processo no buscar tratamento de internação quanto para que fosse possível que os entrevistados se mantivessem abstêmios.

O estudo pretendeu dar voz aos usuários e compreender seus sentimentos para que pela subjetividade seja possível desenvolver um tratamento que considere as particularidades de cada sujeito. Ressalta-se novamente a necessidade de reflexões para uma compreensão melhor sobre a afetividade dos participantes e, assim, incentivar os profissionais que atuam na área da dependência química a realizar pesquisas que considerem os fatores morais de âmbito das Psicologias Genéticas e da Moralidade.

Referências

ALENCAR, H. M.; & LA TAILLE, Y. Humilhação: O desrespeito no rebaixamento moral [Versão eletrônica]. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59, 217-231, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvpspsi.org.br/pdf/arb/v59n2/v59n2a11.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BAUSI, J.; SEARA, A. C.; CALDAS, C. M. W.; DESIDÉRIO, L.; & PETRY FILHO, N. Metáforas e dependência química. *Rev. Estudos em Psicologia, PUC-Campinas*, v. 19, n. 3, p. 5-13, 2002.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. II Levantamento domiciliar sobre o consumo de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: UNIFESP, 2005.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. IV Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Públicas e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: UNIFESP, 2010.

CHAVES, T. V.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A.; & NAPPO, A. S. Fissura por crack: Comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, 2011.

CRAUSS, R. M. G.; & ABAID, J.L.W. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Contextos Clínicos, Santa Maria*, v. 5, n. 1, p. 62-72, 2012.

DEARING, R. L.; STUEWING, J.; & TANGNEY, J. P. On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behavior*, v. 30, n. 7, p. 1392- 1404, 2005.

DELVAL, J. Introdução à prática do método clínico: Descobrimo o pensamento das crianças (F. Murad, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2002, 270f.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; & LARANJEIRA, R. Dependência química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; & LARANJEIRA, R. Perfil de usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cad Saúde Pública, Porto Alegre*, v.24, n. 4, p. 545-57, 2008.

DUARTE, P. C. A. V.; STEPLIUK, V. A.; & BARROSO, L. P. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília, Distrito Federal: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009, 48f.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). World Drug Report 2009. Disponível em: <<http://www.unodc.org/brazil>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). World Drug Report 2014. Disponível em: <<http://www.unodc.org/brazil>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país, 2013. Disponível em: <<http://www.icict.fiocruz.br/content/ministerio-da-justica-e-fiocruz-divulgam-resultado-da-maior-pesquisa-sobre-crack-no-mundo>>. Acesso em: 5 out. 2014.

GABATZ, R. I. B.; SCHMIDT, A. L.; TERRA, M. G.; PADOIN, S. M. M.; SILVA, A. A.; & LACCHINI, A. J. B. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 1, p. 140-146, 2013.

GIANESI, A.P.L. A toxicomania e o sujeito da psicanálise. *Psychê*, São Paulo, v. 8, n.15, p. 52-67, 2005.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas, 1991, 184f.

GOODMAN, I.; BADALI, M. P.; & HENDERSON, J. Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*, v. 36, n. 5, 660-668, 2011.

GUIMARÃES, C.F.; SANTOS, D.V.V.; FREITAS, R.C.; & ARAÚJO, 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*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 101-108, 2008.

HORTA, R. L.; VIEIRA, L. S.; BALBINOT, A. D.; OLIVEIRA, G. O.; POLETTO, S.; TEIXEIRA, V. A. Influência da família no consumo de crack. *J Bras Psiquiatr*, v. 63, n. 2, p. 104-12, 2014.

KESSLER, F.; & PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.30, n.2, p. 96-98, 2008.

KOOB, G. F.; & VOLKNOW, N. D. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*, v. 35, n. 2, p. 217-238, 2010.

LANGMAN, L.; & CHUNG, M. The relationship between forgiveness, spirituality, traumatic guilt and posttraumatic stress disorder (PTSD) among people with addiction. *Psychiatric Quarterly*, v. 84, n. 1, p. 11-26, 2013.

LA TAILLE, Y. *Vergonha: a ferida moral*. Petrópolis: Vozes, 2002, 288f.

_____. Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas. Porto Alegre: Artmed, 2006, 96f.

_____. Moral e Ética: Uma Leitura Psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [num. esp.], 26, p. 105-114, 2010.

_____. Humor e tristeza. *O direito de rir*. São Paulo: Papyrus, 2014, 255f.

MATUMOTO, P. A. & ROSSINI, J. C. Avaliação das Funções Atentivas e Flexibilidade Mental em Dependentes Químicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Uberlândia, v. 26, n. 2, p.339-345, 2013.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. *Rev. Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 105-117, 2014.

MINAYO, M. C. S (1996). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (6 ed) Petrópolis: Vozes, 252f.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

NONTICURI, A. R. *As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste Contexto*. Dissertação. 2010. (Mestrado em Políticas Sociais), Universidade Católica de Pelotas, 2010.

OLIEVENSTEIN, C. *A droga*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1980, 144f.

OLIVEIRA, M. M.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.; FERREIRA, R. Z.; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde, 2010*. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>>. Acesso em: 5 nov. 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; & MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 1, p. 1778-1797, 2011.

PEREIRA, A. C. C.; CONTI, L. *Construção narrativa do self por usuários de crack em tratamento*. 2014. 129f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

PIAGET, J. Introdução - Problemas e Métodos. In A representação do mundo na criança (), (A. U. Sobral, Trad.). Aparecida, SP: Ideias e Letras (Trabalho original publicado em 1926), 2005.

_____. O juízo moral na criança. (2 ed.) (E. Lenardon, trad.). São Paulo: Summus. (Original publicado em 1932), 1994, 304f.

_____. Relação entre a Afetividade e a Inteligência no Desenvolvimento Mental da Criança (SALTINI, C. J. P.; & CAVENAGHI, D. B, Trad.). Rio de Janeiro, Wak (Trabalho original publicado em 1954), 2014a, 354f.

_____. Seis estudos de Psicologia (25a ed.) (D'AMORIM, M. A. M. & SILVA, P. S. L). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra originalmente publicada em 1964), 2014b, 156f.

PIMENTA, S. N.; CREMASCO, M. V. F.; LESOURD, S. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 14, n. 2, p. 252-267, 2011.

PULCHERIO, G.; STOLF, A. R.; PETTENON, M.; FENSTERSEIFER, D. P.; & KESSLER, F. Crack – da pedra ao tratamento. Revista da AMRIGS, v. 54, n. 3, p. 337-343, 2010.

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

RIBEIRO, D. V. A.; TURATO, E. R.; AZEVEDO, R. C. S.; & CAMPOS, C. J. G. Views ontreatment adherence among psychoactive substance-dependent women in the-outpatient setting: a qualitative study. Trends Psychiatry Psychother, v. 34, n. 4, p. 198-206, 2012.

ROMANI, M.; & ROSO, A. Mídiação da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. Temas em Psicologia, v. 21, n. 2, 483-497, 2013.

SAYAGO, C.B.W.; LUCENA-SANTOS, P.; HORTA, R.L.; & OLIVEIRA, M.S. Perfil Clínico e Cognitivo de Usuários de Crack Internados. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 21-28, 2014.

SILVA, C. A. A situação do crack na cidade de São Paulo. 2011. 32 f. Monografia. Especialização em Gestão Pública Municipal- Universidade Tecnológica do Paraná, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

SILVA, M. L.; GUIMARÃES, C. F.; SALLES, D. B. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. Rev Rene, v. 15, n. 6, p. 1007-15, 2014.

SIQUEIRA, D. F.; MORESCHI, C.; BACKES, D.S.; TERRA, M. G.; SOCCOL, K. L. S.; MOSTARDEIRO, S. C. T. S. Percepção de familiares sobre a Iniciação do uso de crack por adolescente. *Cienc Cuid Saude*, v. 14, n. 1, p. 948-954, 2015.

TREEBY, M.; & BRUNO, R. Shame and guilt-proneness: Divergente implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomology. *Personalit y Individual Differenc*, v. 53, 613-617, 2012.

YIN, R. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005, 290f.