

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

GABRIELA CORREIA LUBAMBO FERREIRA

**ESTIGMA INTERNALIZADO E SUPORTE SOCIAL ENTRE DEPENDENTES DE
CRACK EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Co-orientadora: Ana Regina Noto

JUIZ DE FORA

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO MESTRADO

GABRIELA CORREIA LUBAMBO FERREIRA

**ESTIGMA INTERNALIZADO E SUPORTE SOCIAL ENTRE DEPENDENTES DE
CRACK EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Psicologia da Universidade
Federal de Juiz de Fora como requisito para
obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

JUIZ DE FORA

2013

Correia Lubambo Ferreira, Gabriela.

Estigma Internalizado e Suporte Social entre Dependentes de Crack em Situação de Vulnerabilidade Social / Gabriela Correia Lubambo Ferreira. -- 2013.

147 f.

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Coorientadora: Ana Regina Noto

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2013.

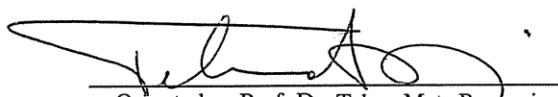
1. Psicologia. 2. Psicologia Social. 3. Processos Psicossociais. 4. Saúde. I. Mota Ronzani, Telmo , orient. II. Noto, Ana Regina, coorient. III. Título.

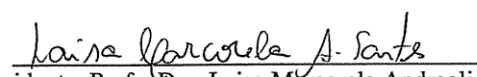
Gabriela Correia Lubambo Ferreira


**ESTIGMA INTERNALIZADO E SUPORTE SOCIAL ENTRE DEPENDENTES DE CRACK EM
SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia por Gabriela Correia Lubambo Ferreira

Dissertação defendida e aprovada em 19 de dezembro de dois mil e treze, pela banca constituída por:


Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora


Presidente: Profa. Dra. Laisa Márcorela Andreoli Sartes
Universidade Federal de Juiz de Fora


Membro Titular: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

É com muita alegria que concretizo mais uma etapa em minha vida e fico muito feliz em saber que não estive só durante essa caminhada e, por isso, tenho muito a agradecer.

Agradeço primeiramente a Deus por estar sempre comigo, iluminando meu caminho e abençoando as minhas escolhas.

Aos meus pais, Paulo e Roberta, por não só comprarem a ideia do mestrado, mas por fazerem o possível para me dar condições para a execução do projeto, além de estarem na torcida sempre. Agradeço por terem me ensinado os valores que orientam a minha vida, entre eles a sinceridade, o respeito e a dedicação.

Ao Bruno agradeço por toda a nossa trajetória juntos, por acreditar e confiar nas minhas escolhas e por compreender a importância do mestrado em minha vida. Agradeço muito a Deus por ter você como meu companheiro, e por você ser essa pessoa tão especial com um coração imenso. Amo você!

Às minhas queridas irmãs, Anna e Paula, com quem sempre pude dividir todas as minhas conquistas e angústias, e por encontrar em vocês amigas para toda a vida.

Aos meus queridos avós, Elcie e José Roberto, por todo amor, carinho e apoio.

Aos amigos Polly e Léo que estiveram comigo desde o início me apoiando, me incentivando e me ensinando. Tenho certeza de que tudo que aprendi com vocês são ensinamentos para toda vida!

Aos meus companheiros de graduação e mestrado, Fabricia e Henrique, com quem compartilhei momentos de alegria, angústia, insegurança e superação. Agradeço pela sincera amizade e cumplicidade, e por ter dividido com vocês essas grandes conquistas.

Às amigas Aninha, Babi, Érika, Jéssica e Nathy por tornarem essa caminhada leve e prazerosa, pela troca de experiências, pelas aventuras na coleta de dados, pelas noites em claro, por cada momento que passamos juntas!

Aos colegas da turma de mestrado de 2012 por todo o companheirismo desde o início dessa jornada. Foi um privilégio conviver com vocês!

À minha querida amiga Greice, irmã, por todo apoio e incentivo, pelas horas intermináveis de conversas ao telefone, por estar sempre comigo e por sempre trazer à tona o melhor de mim.

À querida amiga Rhaisa, que mesmo distante fisicamente, sempre me apoiou e me incentivou a seguir em frente!

Ao meu orientador, Professor Telmo, a quem dedico minha sincera admiração. Agradeço por depositar em mim confiança e por acreditar na competência de meu trabalho.

À minha co-orientadora, Professora Ana Noto, por toda a disponibilidade, ensinamentos e por toda atenção dedicada que sempre foram muito importantes ao longo da minha trajetória acadêmica.

Às professoras Laisa Marcorela Andreoli Sartes e Eliane Maria Fleury Seidl por todas as contribuições e pela gentileza em aceitar avaliar este trabalho.

Aos professores do mestrado pela troca e construção de conhecimento. Um agradecimento especial ao Professor Saulo Araújo por suas valiosas colocações e reflexões, e por ser um exemplo a ser seguido.

À minha querida psicóloga Ana Beatriz por contribuir diretamente para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Fabiano Siqueira por todo apoio no processo de coleta de dados e pela amigável acolhida na cidade de São Paulo. A sua colaboração foi fundamental para a realização desse trabalho.

Aos participantes da pesquisa que, gentilmente, aceitaram responder aos nossos questionários.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro à pesquisa.

Ao grupo CREPEIA por todos os ensinamentos e troca de experiências.

A todos que, de alguma forma, contribuíram e estiveram presentes ao longo dessa jornada deixo aqui o meu muito obrigada!

SUMÁRIO

1 Apresentação	1
2 Introdução	4
2.1 O contexto de uso de crack no cenário brasileiro	7
2.2 O perfil dos usuários de crack no Brasil	10
2.3 A moralização dos usuários de crack	13
3 Estigma e dependência de substâncias	15
3.1 O impacto do estigma internalizado para o tratamento e reabilitação de dependentes de substâncias	24
4 Aspectos teóricos e conceituais acerca do suporte social	29
4.1 Suporte social: definição e modelos explicativos	31
4.1.1 Modelos teóricos sobre o suporte social	34
4.2 O suporte social como enfrentamento da dependência de substâncias	36
5 A relação entre estigma internalizado e suporte social e as implicações para dependentes de substâncias	40
6 Objetivos	43
6.1 Estudo 1	43
6.2 Estudo 2	43
6.2.1 Hipóteses	43
7 Estudo 1 – Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: uma revisão sistemática da literatura	45
7.1 Introdução	45
7.2 Método	47
7.3 Resultados	50
7.4 Discussão	60
8 Estudo 2 – A relação entre estigma internalizado e suporte social entre dependentes de crack em situação de vulnerabilidade social	66
8.1 Justificativa	66
8.2 Método	66
8.2.1 Delineamento da pesquisa	66
8.2.2 Participantes	67

8.2.3 Instrumentos	68
8.2.4 Procedimentos	71
8.3 Análise dos dados	72
8.4 Aspectos éticos	72
8.5 Resultados	73
8.5.1 Características dos participantes	73
8.5.2 Relação entre estigma internalizado e suporte social entre dependentes de crack	76
8.6 Discussão	81
9 Considerações finais	93
10 Referências	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das características e principais resultados dos estudos (n=13)	57
Tabela 2 – Descrição das características dos participantes (n=114)	75
Tabela 3 – Médias para as subescalas da ISMI-BR e da Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS adaptada para dependentes de crack (n=114)	77
Tabela 4 – Frequência das fontes de Suporte Social (n=114)	78
Tabela 5 – Coeficientes de Correlação entre Estigma Internalizado e Suporte Social (n=114)	79
Tabela 6 - Correlações entre as fontes de Suporte Social Instrumental e Estigma Internalizado (n=114)	80
Tabela 7 – Correlações entre as fontes de Suporte Social Emocional e Estigma Internalizado (n=114)	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo da internalização do estigma	24
Figura 2 – Consequências do estigma internalizado para dependentes de substâncias	27
Figura 3 – Aspectos estruturais e funcionais do suporte social	33
Figura 4 – Aspectos teórico-conceituais sobre o suporte social	36
Figura 5 – Estratégia de busca nas bases de dados	49

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Comprovante de submissão do artigo “ <i>Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: uma revisão sistemática da literatura</i> ” para a revista Estudos de Psicologia (Natal)	115
Anexo 2 – Instrumentos	116
Anexo 3 – Termo de aprovação do comitê de ética em pesquisa	131
Anexo 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	132

RESUMO

Existe atualmente no Brasil uma preocupação em se estudar a população usuária de crack, uma vez que o uso dessa substância trouxe maior complexidade para o planejamento de estratégias de enfrentamento ao consumo. A dependência de substâncias psicoativas é uma condição altamente estigmatizada, tendo como principal consequência a internalização do estigma, que ocorre quando o indivíduo se torna consciente dos estereótipos negativos associados à sua condição e aplica-os a si próprio. O suporte social tem sido descrito como uma importante ferramenta para o enfrentamento do estigma e para o restabelecimento dos laços sociais. Diante disso, o presente estudo apresentou dois objetivos: (1) Revisar a literatura científica acerca da relação entre estigma internalizado e suporte social; (2) Avaliar a relação entre estigma internalizado e suporte social entre dependentes de crack em situação de vulnerabilidade social. Para responder ao primeiro objetivo, foram analisados 13 estudos cujos resultados indicaram uma associação negativa entre estigma internalizado e suporte social, sendo o suporte social uma estratégia de enfrentamento ao estigma. Quanto ao segundo objetivo, foram entrevistados 114 dependentes de crack, utilizando os instrumentos: Questionário Sociodemográfico, MINI, Versão Brasileira da ISMI adaptada para Dependentes de Substâncias e Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS adaptada para dependentes de substâncias. Noventa e cinco por cento dos participantes eram do sexo masculino com média de idade de 36,5 anos (DP=8,2), 70% não estavam trabalhando, 58,2% estudaram até o Ensino Fundamental, e 85% relataram não viver com algum companheiro. Cerca de 74% eram pessoas em situação de rua. As associações entre estigma internalizado e suporte social foram examinadas através da análise de correlação. As análises revelaram que a correlação

entre as variáveis de suporte social e estigma internalizado não foi estatisticamente significativa. Entretanto, ao se avaliar esta relação a partir das fontes de suporte relatadas pelos participantes encontrou-se que ter apoio de profissionais de saúde e de familiares não parece ser suficiente para diminuir o estigma internalizado. Os resultados ressaltam a importância da realização de estudos que aprofundem no conhecimento das relações sociais dos dependentes de crack, a fim de que propostas de enfrentamento ao estigma internalizado possam ser elaboradas de forma ajustada às suas necessidades.

Palavras-chave: Estigma Internalizado, Suporte Social, Dependentes de Crack, Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

In Brazil, there is now a concern in studying crack dependents, since the use of this substance brought greater complexity to the planning of coping strategies for consumption. Substance dependence is a highly stigmatized condition, having internalized stigma as the main effect, which occurs when the individual becomes aware of the negative stereotypes associated with his condition and applies them to himself. Social support has been described as an important tool for fighting stigma and repairing social ties. Thus, the aims of this study were: (1) to review the literature regarding the relationship between internalized stigma and social support, (2) to evaluate the relationship between internalized stigma and social support among crack dependents in social vulnerability . For the first aim, 13 studies were analyzed whose results indicated a negative association between internalized stigma and social support, with social support as a coping strategy to stigma. Regarding the second aim, 114 crack dependents were interviewed, using the instruments: Sociodemographic Questionnaire, MINI International Neuropsychiatric Interview, Brazilian version of ISMI scale adapted for Substance Dependent and Social Support for People Living with HIV/AIDS adapted for substance dependence. Ninety-five percent of participants were male with a mean age of 36.5 years ($SD=8.2$) , 70% were unemployed , 58.2% studied up to elementary school , and 85% reported not living with a partner. About 74 % were homeless. The associations between internalized stigma and social support were examined by correlation analysis. The analysis showed that the correlation between the support and social stigma internalized was not statistically significant. However, when evaluating this relationship from the sources of support reported by the participants, we found that having support from health professionals and family members do not seem to be enough

to reduce internalized stigma. The results highlight the importance of studies that deepen the understanding of social relations of crack dependents, so that coping strategies for internalized stigma can be developed according to their needs.

Keywords: Internalized Stigma, Social Support, Crack Dependents, Social Vulnerability.

1 Apresentação

A linha de pesquisa “Estigma e uso de drogas” foi criada em 2007 no Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

O interesse no tema se deu a partir do reconhecimento dos prejuízos aos usuários de substâncias em relação ao tratamento, em decorrência do processo de estigmatização. As pesquisas desenvolvidas inicialmente pelo grupo objetivavam investigar o estigma social de profissionais de saúde e estudantes de cursos de saúde em relação a dependentes de álcool e outras drogas. Verificou-se que a dependência foi apontada como uma condição altamente moralizada, sendo os dependentes classificados como pacientes mais difíceis de se tratar ao se comparar a outras condições de saúde (Martins et al., 2010; Silveira, 2010; Silveira, Martins & Ronzani, 2009). As principais implicações desses resultados retratam a probabilidade de que um grupo moralizado seja evitado em seu convívio social ou mesmo não receba ajuda quando necessário, uma vez que a motivação dos profissionais para tratar o problema de saúde estava relacionada ao desejo por distância social dos dependentes de substâncias psicoativas (Silveira, 2010; Soares, Silveira et al., 2011).

Considerando que pessoas com alguma condição estigmatizante podem não procurar os serviços de saúde na tentativa de evitar a estigmatização e, assim, estando suscetível ao agravamento da condição (Silveira, 2010), despertou-se o interesse em investigar a percepção subjetiva dos próprios dependentes de substâncias em relação ao seu problema de saúde. Dessa forma, a partir da pesquisa intitulada “Estigma internalizado entre usuários de álcool e drogas em tratamento”, buscou-se avaliar a perspectiva subjetiva da internalização do estigma entre dependentes de substâncias, e as implicações desse processo para a saúde e para o tratamento. Esse estudo se

configura em uma parceria entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a UFJF.

A pesquisa “Estigma internalizado entre usuários de álcool e drogas em tratamento” está dividida em dois desenhos de pesquisa, um estudo transversal (Estudo 1) e um estudo longitudinal (Estudo 2). O objetivo do Estudo 1 consistiu em avaliar a relação entre estigma internalizado e características psicossociais de dependentes de álcool e crack ao procurarem tratamento para sua condição. As variáveis psicossociais avaliadas nesse estudo incluíam autoestima, esperança, depressão, qualidade de saúde, resiliência e habilidades sociais. O Estudo 2 objetivou avaliar, através de um delineamento longitudinal, a relação entre estigma internalizado e características psicossociais entre pacientes dependentes de crack, ao longo do tratamento, sendo a avaliação inicial feita no momento da entrada do paciente no serviço, e o follow-up realizado após 1 mês da primeira entrevista. As variáveis psicossociais avaliadas no Estudo 2 incluíam autoestima, esperança, depressão, qualidade de saúde e suporte social.

O projeto intitulado “Estigma Internalizado e Suporte Social entre Dependentes de Crack em Situação de Vulnerabilidade Social” é um desdobramento do Estudo 2. Através de um desenho transversal, objetivou-se avaliar a relação entre a internalização do estigma e a percepção de suporte social entre dependentes de crack em situação de vulnerabilidade social, ao buscarem tratamento para a sua condição.

As principais contribuições do presente estudo refletem a complexidade do fenômeno estigma diante de condições altamente moralizadas, como é o caso da dependência de substâncias. Estudos sobre estigma internalizado têm sido difundidos na literatura internacional, no entanto, poucos estudos tem contemplado essa temática na realidade brasileira. Além disso, grande parte das publicações científicas tem

privilegiado a população portadora de transtorno mental e pessoas que vivem com HIV/AIDS (Mak, Poon, Pun & Cheung, 2007), sendo que pouco se sabe sobre a avaliação desse construto entre dependentes de substâncias.

Especificamente no que se refere ao uso de crack, conhecer a realidade e o contexto social dos usuários, bem como os aspectos subjetivos inerentes à condição de saúde nos permite uma melhor avaliação das políticas públicas vigentes, além de contribuir para o desenvolvimento de estratégias adequadas de prevenção e tratamento de acordo com as suas necessidades.

2 Introdução

Apesar do uso de substâncias psicoativas estar presente na humanidade desde seus primórdios, a evolução para uma forma recreativa e de uso abusivo configura-se como um fenômeno preocupante no Brasil e em distintos países do mundo, uma vez que se relaciona com a manifestação de diversos problemas de saúde, além de prejuízos econômicos e sociais associados (Brasil, 2004; Marques & Cruz, 2000; Peixoto, et al., 2010). No âmbito pessoal, o abuso de substâncias resulta na deterioração da saúde, com danos sociais e familiares a curto e longo prazo, uma vez que os objetivos de vida e valores pessoais se tornam subordinados ao uso de drogas fazendo com que os indivíduos tenham dificuldade em gerir a própria vida de maneira efetiva (Rangé & Marlatt, 2008; Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993). É extremamente complexo estimar os custos econômicos e sociais decorrentes do consumo de substâncias, uma vez que além dos gastos relacionados ao tratamento, consequências como a perda da produtividade e diminuição da renda familiar do usuário, violência/agressividade, problemas de segurança, envolvimento com tráfico representam custos elevados em termos de políticas públicas (WHO, 2008).

De acordo com estudos apoiados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2008), estima-se que 205 milhões de pessoas em todo mundo fazem uso de drogas ilícitas, sendo que 25 milhões sofrem com a dependência. No geral, os indicadores de prevalência têm se mantido estáveis, embora tenha-se notado um aumento do consumo de substâncias ilícitas, provavelmente em decorrência do crescimento da população mundial (UNODC, 2013). Em 2011 (UNODC, 2013) estimou-se que entre 167 e 315 milhões de pessoas com idade entre 15 e 64 anos tenham feito uso de substâncias ilícitas nos últimos doze meses. Os prejuízos mais significativos se concentram nos países de renda média e baixa das Américas e do

Mediterrâneo Oriental (WHO, 2009). No Brasil, o consumo de álcool e outras drogas representa um dos maiores problemas de saúde pública, constituindo uma importante área de pesquisa em saúde, principalmente devido aos vários riscos e prejuízos causados pela dependência (Brasil, 2004; Carlini et al., 2007).

De acordo com o II Levantamento Domiciliar Brasileiro sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas realizado no ano de 2005, as substâncias mais consumidas foram o álcool e o tabaco, com prevalência de uso na vida de 74,6% e 44%, respectivamente. No que se refere à dependência, o álcool e o tabaco tiveram os índices mais preocupantes com 12,3% e 10,1%, respectivamente. Em relação às substâncias ilícitas, a maconha foi a substância de maior consumo (8,8%), seguida por solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%), estimulantes (3,2%) e cocaína (2,9%). A porcentagem de uso na vida de crack foi de 0,7% equivalente a 381 mil pessoas, e embora tenha se mostrado baixa em relação às outras substâncias, é possível notar um aumento do consumo ao se comparar com os dados do levantamento realizado em 2001, que teve um índice de 0,4% de uso na vida, sugerindo que o uso de crack tenha praticamente dobrado em quatro anos. A região Sul foi a mais atingida pelo uso de crack, aumentando o uso na vida de 0,5% para 1,1% no ano de 2005, seguida pela região Sudeste com 0,8%. Na região Norte, observou-se o maior uso na vida de merla (1,0%), outra forma de cocaína fumada (Carlini, et al., 2007).

Observa-se nos últimos anos um aumento do consumo de cocaína no contexto brasileiro, tanto na forma do cloridrato de cocaína (pó) ou de crack (UNODC, 2012; 2013), sendo possível dizer que o Brasil caminha em sentido contrário à tendência sul-americana, uma vez que na América do Sul o consumo de cocaína caiu de 0,9% para 0,7%, enquanto que no Brasil o consumo aumentou (UNODC, 2012). Em um estudo realizado com amostras de estudantes universitários nas 27 capitais brasileiras,

encontrou-se que a prevalência anual do uso de cocaína entre estudantes universitários era de 3% (Andrade, Duarte, & Oliveira, 2010). A falta de consolidação dos dados epidemiológicos referentes ao consumo de cocaína e seus derivados, somados aos problemas em função do uso dessas substâncias levou à proposição de um programa nacional de enfrentamento ao uso de cocaína/crack, lançado no ano de 2011 pelo governo federal denominado “Crack, é possível vencer”, destacando a preocupação com o aumento do consumo em termos de saúde pública e a necessidade da realização de novos estudos epidemiológicos (UNODC, 2012).

Em um levantamento realizado recentemente nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal identificou-se que cerca de 370 mil pessoas fazem uso regular de crack e/ou similares (pasta base, merla e “óxi”), correspondendo a 35% dos usuários de drogas ilícitas nas capitais do Brasil (Brasil, 2013). Ao contrário do que foi encontrado no estudo de Carlini et al. (2007), a região Nordeste foi a mais atingida pelo uso de crack e/ou similares, com cerca de 150 mil usuários nas capitais investigadas. Dentre os 370 mil usuários de crack e/ou similares, estima-se que 14% são menores de idade e que 40% encontram-se em situação de rua em função do consumo da droga (Brasil, 2013).

Embora o crack não tenha sido destaque nos levantamentos anteriores entre as substâncias mais consumidas segundo os dados estatísticos, as informações recentes reforçam que essa substância merece atenção devido ao seu padrão de uso compulsivo, além das situações de risco e de vulnerabilidades sociais a que os usuários estão expostos diariamente (Brasil, 2013; Carlini, et al., 2007; Oliveira & Nappo, 2008; Ribeiro, Sanchez & Nappo, 2010). Além disso, a presença do uso de crack no contexto brasileiro trouxe maior complexidade e dificuldades para o planejamento de estratégias de enfrentamento ao consumo, justificando a preocupação em se estudar a população

usuária dessa substância (Guimarães, Santos, Freitas, & Araújo, 2008; Raupp & Adorno, 2011).

As dificuldades relacionadas ao tratamento da dependência de crack justificam a necessidade da realização de estudos com essa população, a fim de fornecer subsídios para a elaboração de políticas públicas de enfrentamento e de reabilitação social. Ainda, conhecer a realidade desses usuários é fundamental para a adequação do tratamento oferecido de acordo com as necessidades desses indivíduos, além de nortear as ações de prevenção.

2.1 O contexto de uso de crack no cenário brasileiro

No início do século XX, a cocaína era amplamente comercializada no Brasil, tida como uma forma de tratamento para diversas doenças, tanto na sua forma pura como também parte integrante na formulação de medicamentos. A banalização do consumo trouxe à tona uma preocupação com os efeitos estimulantes da cocaína, tidos como perigosos, fazendo com que seu uso ficasse restrito à prescrição médica, o que acabou por reforçar o caráter nocivo da droga. Em meados da década de 1920 por influência norte-americana, embora continuasse sendo usada, a cocaína passou a ser identificada como prática de populações marginalizadas, sendo vista como um comércio perigoso que ameaçava a integridade e a vida da população (Bahls & Bahls, 2002; Carlini, Noto, Galduróz, & Nappo, 1996; Cornish & O'Brien, 1996).

A partir da década de 1970, observou-se um aumento no consumo de substâncias nas camadas sociais médias, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, impulsionando a retomada do uso de cocaína, visto de forma glamourizada com destaque para o uso recreacional, principalmente entre pessoas com maior poder aquisitivo (Domanico, 2006; Pulcherio, Stolf, Pettenon, Fensterseifer, & Kessler, 2010).

Tal fato também pôde ser observado no Brasil, com crescimento do consumo de cocaína no final dos anos 1980 e início da década de 1990 (Carlini, Nappo, & Galduróz, 1993).

A literatura aponta que os primeiros registros do consumo de crack no Brasil se deram no final dos anos 1980 e início dos anos 1990 na cidade de São Paulo (Raupp & Adorno, 2011; Rodrigues et al., 2012). O crack é formado a partir da mistura da pasta base de cocaína com bicarbonato de sódio ou hidróxido de sódio resultando em uma pedra, sendo o nome “crack” derivado do som produzido pela queima da pedra durante o consumo (Domaninco, 2006; Reinarman & Levine, 1997).

O crack é um derivado da cocaína, que é classificada como um estimulante da atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), provocando efeitos como euforia, maior sensação de energia, aumento das percepções sensoriais, diminuição do apetite, diminuição da necessidade de sono, maior ansiedade, menor cansaço e fadiga, maior autoconfiança, egocentrismo, ideias persecutórias (Carlini, Nappo, Galduróz, & Noto, 2001; Sanchez & Santos, 2013). O crack produz efeitos mais rapidamente do que as outras formas de consumo de cocaína (nasal e intravenosa), alcançando o centro do prazer no cérebro em cerca de 8 segundos. Porém, a duração dos efeitos é relativamente curta, com duração entre 5 e 10 minutos, o que contribui para o aumento do desejo de consumir a droga (fissura) (Nappo et al., 2004; Pulcherio et al., 2010).

À medida que o usuário vai aumentando o consumo da substância, os efeitos prazerosos tendem a diminuir, fazendo com que maiores quantidades de crack sejam necessárias para se alcançar os efeitos iniciais (tolerância), tornando-o mais vulnerável a desenvolver padrões de dependência (Nappo et al., 2004). De acordo com a OMS (2008), a dependência de substâncias é definida como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que fazem com que a substância assuma um caráter prioritário na vida do indivíduo, com necessidade do consumo de forma contínua

ou periódica, podendo apresentar tolerância e sintomas de abstinência. Cornish e O'Brien (1996) enfatizam que as substâncias que produzem euforia são mais prováveis de serem consumidas repetidamente. Além disso, quando os efeitos da droga se dão logo após sua administração, como é o caso do crack, é mais provável o desencadeamento de uma série de eventos que levam a uma falta de controle do consumo (Cornish & O'Brien, 1996).

Acredita-se que as principais razões para que o uso de crack tenha se difundido tenha sido em decorrência do baixo custo, fácil administração e alta intensidade do efeito (Kessler & Pechansky, 2008; Rodrigues et al., 2012). Atualmente, o baixo custo do crack não parece ser um fator determinante para o início do consumo da droga, entretanto, parece ser um fator contribuinte e de facilitação de um consumo mantido ao longo do tempo (Brasil, 2013).

O fato de o crack ser uma substância comumente consumida em espaços públicos de interação e circulação de pessoas levou a uma ampla visibilidade da droga, principalmente nas grandes metrópoles do Brasil, fazendo com que essa substância tenha sido equivocadamente retratada como de alto teor de dependência e altamente destrutiva, sendo estas visões distorcidas frequentemente propagadas pela mídia, levando à ideia de caos para a sociedade (Brasil, 2013; Reinarman & Levine, 1997).

Não se pode negar a gravidade do consumo de crack e dos prejuízos sociais e para a saúde dos usuários em decorrência do uso, entretanto, a carência de estudos com indicadores e informações mais precisas levou o governo brasileiro ao desenvolvimento do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” (Decreto 7.179) em 2010 e, posteriormente, do programa “Crack, É Possível Vencer” lançado em 2011 com objetivo de conhecer a realidade desses usuários para que se tenham condições de se

oferecer atendimento adequado de acordo com as necessidades dos usuários de crack e de seus familiares (Brasil, 2010; 2013).

Nesse sentido, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), desenvolveu um estudo com objetivo de delinear o perfil da população usuária de crack e estimar o número de usuários no Brasil (Brasil, 2013), cujos dados serão apresentados e discutidos a seguir.

2.2 O perfil dos usuários de crack no Brasil

De acordo com o estudo realizado por Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni (Brasil, 2013), estima-se uma população de 370 mil usuários de crack no Brasil, em sua maioria adultos jovens com média de idade de 30 anos (DP=0,3), do sexo masculino, não brancos, solteiros, com baixa escolaridade e com grandes chances de morar na rua. Os autores destacam que embora não se possa afirmar que os usuários de crack são uma população de rua, a proporção de usuários nessa situação é expressiva, cerca de 40% dos 370 mil usuários (Brasil, 2013). A desvinculação familiar e social pode atuar como motivador à ida para as ruas, e essa vivência em um ambiente de pobreza e distante de uma rede de proteção social faz com que os vínculos formados na rua sejam extremamente frágeis, tendendo a se fortalecer ou se romper de acordo com as limitações do contexto, caracterizando uma situação de vulnerabilidade (Varanda & Adorno, 2004).

Em relação às formas de obtenção de dinheiro para o consumo de crack identificou-se que os trabalhos esporádicos ou autônomos foram as principais (65%). Atividades ilícitas como o envolvimento com o tráfico de drogas e furtos foram relatadas apenas por 9% dos usuários, embora quase metade dos usuários entrevistados (41,6%) relatou ter sido presa pelo menos uma vez na vida. Os autores destacam que a

frequência do relato da realização de práticas sexuais como forma de se obter dinheiro ou drogas é elevada (7,5%) ao ser comparada com à população geral onde a proporção de profissionais do sexo é inferior a 1%, o que sugere que o sexo comercial é visto como uma fonte relevante de renda entre os usuários (Brasil, 2013).

Uma característica frequente observada entre usuários de crack se refere ao uso de múltiplas drogas, sendo o álcool, o tabaco, a maconha e a cocaína (pó) as substâncias mais consumidas (Brasil, 2013). Especialmente no que se refere ao álcool e a maconha, essas substâncias têm sido utilizadas como recurso paliativo aos efeitos negativos do crack, como alívio dos sintomas de paranoia, medo, agressividade, inibição dos efeitos estimulantes do crack (insônia e falta de apetite, principalmente) e controle da fissura. Dessa forma, uma substância acaba por estimular o uso da outra, formando um ciclo de consumo (Oliveira & Nappo, 2008). Essas estratégias desenvolvidas pelos usuários são tidas como forma de garantir um uso “seguro”, sendo que o enfrentamento às consequências adversas decorrentes do consumo da droga reflete um mecanismo de adaptação à “cultura do crack” (Oliveira & Nappo, 2008), ou seja, faz com que os usuários se adaptem à situação de exclusão e de vulnerabilidade, reforçando o contexto e o padrão de consumo.

Entre as principais motivações para o consumo de crack se destacam a vontade e curiosidade de sentir o efeito da droga, problemas no contexto familiar e perdas afetivas e pressão de amigos para o consumo (Brasil, 2013). Considerando esses resultados, destaca-se que reforçar os laços familiares pode atuar como uma estratégia para minimizar os conflitos na família, ou até prevenir o consumo e/ou facilitar a reinserção do usuário em seu contexto social, trabalhando não apenas com o usuário individualmente, mas também com seus familiares e membros significativos de suas redes sociais (Brasil, 2013; Lemos et al., 2012).

Um dado importante em relação aos usuários se refere ao tempo médio de aproximadamente oito anos de uso de crack, o que contradiz as notícias frequentemente veiculadas de que os usuários teriam uma sobrevida inferior a três anos de consumo. No que se refere ao padrão de uso, o padrão de consumo diário se apresentou como o mais frequente, embora a quantidade de crack consumida por dia varie. Nas capitais do país foi encontrado um número médio de 16 pedras de crack consumidas por dia, o que sugere uma alta circulação da droga nesses locais (Brasil, 2013). Contudo, considera-se fundamental destacar também que, embora o padrão de uso compulsivo de crack seja o mais frequente, tem-se observado na literatura relatos de uso controlado. Oliveira e Nappo (2008) descrevem o padrão de uso controlado como um uso não-diário de crack e geralmente associado às atividades cotidianas, assegurando certa proteção da marginalização ao usuário. Os autores descrevem ainda que o consumo controlado é normalmente identificado em indivíduos que já apresentaram anteriormente um padrão de uso compulsivo de crack e que as consequências negativas foram o principal motivador da redução do consumo. Assim, estratégias individuais com base nas crenças e valores subjetivos foram determinantes para a diminuição do uso de crack (Oliveira & Nappo, 2008).

Considerando as implicações para a saúde em consequência do uso de crack, o compartilhamento dos apetrechos utilizados para o consumo da substância se mostrou como um achado importante, uma vez que esses comportamentos podem estar associados à transmissão de infecções, principalmente virais (Brasil, 2013). Além disso, o envolvimento usual em atividades sexuais inseguras aumenta as chances de maior exposição a fatores de risco e problemas de saúde (Brasil, 2013), o que também foi evidenciado por outros estudos realizados com usuários de crack (Oliveira & Nappo, 2008; Ribeiro et al., 2010).

2.3 A moralização dos usuários de crack

A ampla visibilidade do crack enquanto um problema de saúde pública, principalmente em decorrência das cenas de uso conhecidas como “cracolândias” tem levado a diversas especulações acerca dos usuários, sendo comumente e equivocadamente vistos como perigosos e perturbadores da ordem social (Brasil, 2013; Domanico, 2006). Além disso, a forma negativa como o tema é representado pela mídia acaba por reforçar a moralização dos usuários de crack, associando-os a contextos de marginalização e criminalidade (Marinho, 2005).

Estudos realizados no Brasil com objetivo de avaliar os tipos de informação veiculados na mídia acerca da temática drogas têm mostrado que as substâncias, de uma forma geral, são consideradas um mal para a sociedade e estão relacionadas, constantemente, ao envolvimento dos usuários a contextos de violência. Além disso, o discurso de “combate” às drogas se faz presente através de ações repressoras e da perspectiva médico-curativa, que defende a internação compulsória dos usuários (Marinho, 2005; Noto, et al., 2003; Noto, Pinsky, & Mastroianni, 2006; Romanini & Roso, 2012; Ronzani, Fernandes et al., 2009). Especificamente voltados para a questão do crack, Romanini e Roso (2012) discutem a ideia de uma “epidemia de crack” no contexto brasileiro que tem sido veiculada pela mídia através de uma perspectiva estereotipada e preconceituosa, que acaba por reforçar noções pejorativas relativas aos usuários. Toda essa movimentação ao redor do consumo de crack e suas implicações repercutem diretamente no olhar direcionado aos usuários dessa substância (Domanico, 2006).

Os “nóias”, como são chamados, são vistos como indivíduos que fazem um uso descontrolado de crack, sujos, perigosos, violentos, criminosos e necessitam de internação para tratar o seu problema (Oliveira & Souza, 2013). É interessante observar

que a percepção dos usuários de crack está associada à situação de vulnerabilidade social em que muitas vezes eles se encontram, decorrente da relação que estabelecem com a droga. Dessa forma, o uso de crack é visto como uma escolha pessoal ou como falha de caráter e, por isso, os usuários tendem a ser evitados e até considerados invisíveis socialmente (Bordignon et al., 2011; Corrigan, et al., 1999; Palm, 2006).

O contexto de vulnerabilidade social afeta negativamente a saúde e o funcionamento social dos usuários de crack, uma vez que são marginalizados e estigmatizados, podendo afetar sua disposição para busca de ajuda (Oliveira & Nappo, 2008; Silveira, 2010). Além disso, alguns obstáculos referentes à busca por tratamento são constituídos pela forma negativa com que os profissionais de saúde percebem o dependente, contribuindo para a exclusão do mesmo (Fontanella & Turato, 2002; Moraes, 2008; Ssebunnya, Kigozi, Lund, Kizza, & Okello, 2009).

Uma percepção estereotipada dos profissionais de saúde em relação a usuários de substâncias tem sido apontada como um fator importante na disposição em que o profissional tem para ajudar o usuário a se recuperar (Silveira, 2010). Dessa forma, os julgamentos morais associados ao uso de crack justificam a realização de estudos que busquem investigar o estigma relacionado aos usuários, e a forma com que o processo de estigmatização pode impactar tanto o sucesso do tratamento, como a reinserção desses indivíduos na sociedade.

3 Estigma e dependência de substâncias

O termo *estigma* foi criado pelos gregos com objetivo de diferenciar as pessoas que possuíam um status moral negativo dentro da sociedade. Essa diferenciação era feita através de sinais corporais infringidos com cortes ou fogo para marcar uma pessoa que deveria ser evitada pela sociedade, como escravos, criminosos e traidores. Posteriormente, a palavra *estigma* passou a ser concebida como referência a características negativas e indesejadas que uma pessoa possui, sem que haja, necessariamente, evidências corporais (Goffman, 1978).

Em seu trabalho *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* publicado originalmente em 1963, Erving Goffman conceitua o estigma como uma marca ou um atributo que liga o indivíduo a características que não são aceitas socialmente, conferindo-lhe um status desvalorizado. Dessa forma, o estigma seria uma forma de categorização social, atribuindo ao seu portador um status depreciativo, refletindo negativamente em suas interações sociais (Goffman, 1978).

O trabalho de Erving Goffman inspirou o desenvolvimento de pesquisas em diversas áreas, trazendo contribuições de psicólogos, sociólogos, antropólogos, cientistas políticos e geógrafos sociais, todas preocupadas em demonstrar os impactos negativos do processo de estigmatização para a vida dos indivíduos (Link & Phelan, 2001). Na perspectiva da psicologia social, o estigma consiste em uma construção social, dinâmica e contextual, regulada por forças históricas e culturais que se refere à desvalorização de um indivíduo com base em características físicas ou pessoais que ele possui que são consideradas socialmente indesejáveis, e que são associadas a reações negativas e julgamentos morais (Corrigan & Watson, 2002; Hinshaw, 2007).

Mais recentemente, os campos da psicologia clínica, social e da saúde, e da saúde pública têm destacado a importância de se compreender o estigma, uma vez que

os estressores decorrentes da estigmatização podem afetar negativamente a saúde mental e o comportamento de indivíduos estigmatizados (Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema, & Dovidio, 2009).

O conceito de estigma pode ser compreendido a partir de três dimensões - social estrutural e individual (Corrigan, Kerr, & Knudsen, 2005; Livingston & Boyd, 2010):

Dimensão social: Estigma social

O estigma social, também chamado de estigma público, é um fenômeno caracterizado pela atribuição de rótulos e estereótipos negativos a um subgrupo, fazendo com que os indivíduos pertencentes a este grupo sejam evitados e discriminados pela sociedade (Corrigan et al., 2005; Link & Phelan, 1999).

Link e Phelan (2001) conceituam o estigma social a partir da inter-relação entre cinco componentes: rotulação, estereótipos, separação, perda de status e discriminação convergindo em uma situação de poder. Para ocorrer o processo de estigmatização, primeiramente os indivíduos são rotulados ou categorizados em grupos com base em diferenças que têm alguma importância social. Em seguida, as crenças predominantes na sociedade ligam essas pessoas a características indesejáveis, que são os estereótipos negativos (ex. “dependentes de substâncias são violentos”). Os estereótipos permitem colocar os indivíduos em uma categoria diferente do resto da sociedade, ocorrendo uma separação entre “nós” e “eles”. Dessa forma, os indivíduos rotulados experienciam uma perda de status, assumindo um caráter desvalorizado dentro da sociedade, podendo então ser discriminados. A discriminação concretiza o processo de estigmatização através de comportamentos como exclusão, rejeição e desvalorização dos indivíduos estigmatizados. É importante ressaltar que o estigma é altamente dependente do poder econômico, social e político, ou seja, é preciso poder para estigmatizar. Assim, indivíduos estigmatizados se encontram em uma posição vulnerável seja por razões

socioeconômicas (ex. pobreza), culturais (ex. grupos étnicos marginalizados) ou psicológicas (ex. ser portador de um transtorno mental) (Abbey et al., 2011; Link & Phelan, 2001).

O estigma relacionado à saúde descreve um processo sociocultural em que grupos são desvalorizados, rejeitados e excluídos com base em características negativas e atributos de descrédito referentes a uma condição de saúde (Livingston, Milne, Fang, & Amari, 2011). Grupos como portadores de transtorno mental e pessoas que vivem com HIV/AIDS têm sido privilegiados nos estudos acerca do processo de estigmatização e do seu impacto negativo para o enfrentamento da condição (Mak, Poon, et al., 2007).

Embora a dependência de substâncias seja reconhecida como uma condição altamente estigmatizada (Fortney, et al., 2004; Livingston et al., 2011; Palm, 2006; Room, 2006; Ronzani, Higgins-Biddle, & Furtado, 2009), poucos estudos se destinam a investigar essa população específica quanto às implicações do estigma para o tratamento e recuperação. O abuso e dependência de álcool e outras drogas normalmente está associado a outras condições de saúde estigmatizadas (ex. HIV/AIDS, hepatite C, transtorno mental), a comportamentos inapropriados e inseguros (ex. beber e dirigir, práticas sexuais inseguras) e a problemas sociais (ex. pobreza, criminalidade), o que reforça o caráter estigmatizante da condição (Livingston et al., 2011).

Em um estudo realizado com uma amostra da população geral norte-americana (n=815), encontrou-se que indivíduos rotulados como dependentes de substâncias eram vistos como mais responsáveis pela sua condição e recuperação em comparação a indivíduos com algum outro transtorno mental ou alguma deficiência física. Além disso, os participantes relataram menor disposição de ajudar indivíduos com dependência em comparação a outras condições de saúde (Corrigan, Kuwabara, & O'Shaughnessy,

2009). Em geral, os efeitos negativos do estigma social incluem um atraso na busca por tratamento da condição de saúde, baixa adesão ao tratamento, dificuldades de moradia e emprego, impacto negativo na situação econômica e dificuldades no ajustamento social (Abbey et al., 2011; Luoma et al., 2007). Ainda, indivíduos identificados como dependentes de substâncias podem experimentar sentimentos de vergonha, culpa e medo de revelar a sua condição, podendo aumentar a desaprovação social (Ahern, Stuber, & Galea, 2007; Kelly & Westerhoff, 2010).

Ademais, estudos têm demonstrado que profissionais de saúde também mantêm visões negativas em relação aos indivíduos com transtornos relacionados ao uso de substâncias, vistos como irresponsáveis, agressivos, perigosos e não dignos de confiança (Luoma et al., 2007; Kelly & Westerhoff, 2010; Ronzani, Higgins-Biddle et al., 2009). Embora as causas para a dependência de substâncias sejam consideradas como multifatoriais, muitas vezes a dependência não é reconhecida como um problema de saúde, mas sim vista como uma escolha pessoal e de responsabilidade do indivíduo, o que acaba por contribuir com a estigmatização (WHO, 2008). Dessa forma, o estigma pode ser considerado uma das razões que justificam a demora pela busca por ajuda e a falta de adesão ao tratamento, além de reduzir também as possibilidades de inserção social (Silveira et al., 2009). As atitudes negativas do público geral e dos profissionais de saúde em relação aos dependentes de substâncias podem afetar negativamente a qualidade dos serviços de tratamento, além do impacto negativo na qualidade de vida desses pacientes (Dovidio, Major & Crocker, 2003; Moraes, 2008; Ronzani, Higgins-Biddle et al., 2009).

O uso de álcool e outras drogas têm sido apontado como uma das condições mais moralizadas por profissionais de saúde da rede de Atenção Primária e por estudantes universitários de cursos de saúde (Martins et al., 2010; Ronzani, Higgins-

Biddle et al., 2009; Silveira et al., 2009). Ao entrevistar 183 profissionais de saúde, Silveira (2010) observou que a maioria dos profissionais percebiam os dependentes de álcool e outras drogas como perigosos e violentos, sendo a cocaína a droga considerada de maior periculosidade. Os resultados revelaram, ainda, que a motivação para tratar a condição de saúde estava relacionada ao desejo por distância social em relação à dependência de substâncias, uma vez que a percepção negativa dos dependentes pode fazer com que esses indivíduos sejam evitados em seu convívio social ou mesmo não recebam ajuda quando necessário (Silveira, 2010; Soares, Silveira et al., 2011).

Em função disso, muitos usuários de substâncias optam por não buscar tratamento na tentativa de evitar a estigmatização, contribuindo, assim, para o agravamento da condição de saúde que, por sua vez, resulta no afastamento do convívio social reforçando a sua situação de exclusão (Ssebunnya et al., 2009). Assim, considera-se fundamental que os serviços de tratamento para problemas relacionados ao uso de substâncias tenham conhecimento dos impactos negativos do estigma para a recuperação, e que estratégias de redução de estigma envolvam não só os pacientes, mas também os profissionais envolvidos no cuidado, uma vez que não estão imunes de estigmatizar seus próprios pacientes (Luoma et al., 2007).

Dimensão estrutural: Estigma estrutural

Além da sua aplicação a pessoas ou a um grupo, os julgamentos sociais discriminatórios podem repercutir negativamente nas políticas sociais e de saúde voltadas para as pessoas com alguma condição estigmatizada. Essa forma de estigma é conhecida como estigma estrutural ou institucional (Corrigan et al., 2005; Livingston & Boyd, 2010; Livingston et al., 2011; Scambler, 2009).

O estigma estrutural se manifesta através de regras, políticas e procedimentos de entidades tanto públicas como privadas, em posição de poder, que restringem os direitos e as oportunidades de vida (Corrigan, Markowitz & Watson, 2004). Assim, o status deteriorado é legitimado, sendo as desvantagens e exclusão social perpetuadas pelo sistema (Corrigan et al., 2005; Livingston & Boyd, 2010).

No que se refere às políticas de saúde para o enfrentamento do consumo de substâncias, o Brasil enfrenta atualmente um dilema em relação à medida de internação compulsória como estratégia central para o tratamento da dependência, principalmente de crack. Se de um lado políticos e gestores se manifestam a favor da internação compulsória, de outro há profissionais e pesquisadores da área da saúde que se colocam contra essa medida, argumentando que esta se configura como uma ação repressora pautada nas percepções negativas que se tem sobre os dependentes, muitas vezes perpetuada pela mídia, além de violar os direitos humanos afetando a reinserção social desses indivíduos (OPAS/OMS, 2013; Santos & Oliveira, 2013; Vaz, 2013).

Outro exemplo de estigma estrutural na área da dependência de substâncias se refere às atitudes e comportamentos negativos de representantes de instituições públicas, como pessoas que trabalham nos setores de saúde ou da justiça criminal, por exemplo. O uso de certas substâncias, principalmente de drogas ilícitas (ex. crack), além de ser desaprovado socialmente e ter uma condenação moral também é definido pela sociedade como crime. À medida que o uso de drogas é criminalizado pela sociedade, o estigma é acentuado, aumentando a exclusão, intensificando a marginalização dos usuários. Assim, todo o processo social e institucional criado para controlar o uso de drogas pode, na realidade, contribuir para sua continuidade (Ahern et al., 2007; Livingston et al., 2011).

Corrigan, Markowitz e Watson (2004) destacam que os meios de comunicação também representam uma forma de estigma estrutural, uma vez que é capaz de difundir preconceito e discriminação. No caso do uso de drogas, mais especificamente do crack, observa-se constantemente a mídia como uma das principais fontes propagadoras da moralização e do preconceito em relação a essa condição de saúde (Romanini & Roso, 2012).

Dimensão individual: Estigma percebido e Estigma Internalizado

A dimensão individual do estigma abarca duas formas: o estigma percebido e o estigma internalizado. O estigma percebido se refere à extensão com que o indivíduo pertencente a um subgrupo estigmatizado percebe as crenças e os estereótipos negativos associados à sua condição (Luoma et al., 2007).

Em um estudo realizado com 197 pacientes em tratamento para a dependência de substâncias, 60% relataram acreditar que as outras pessoas os tratavam de forma injusta porque sabiam sobre o uso de substâncias, 46% sentiam que as outras pessoas tinham medo deles, 45% sentiam que a família tinha desistido deles por causa do uso de substâncias, 38% se sentiam rejeitados pelos amigos devido ao uso, e 14% sentiam que seus salários eram inferiores porque os chefes sabiam sobre o problema do uso de substâncias (Luoma et al., 2007). Outro estudo realizado por Fortney et al. (2004) revelou que pessoas com uso abusivo de álcool percebiam que as visões do público geral e dos profissionais de saúde sobre o comportamento de beber eram altamente negativas. Além disso, os participantes apontaram que o comportamento de buscar ajuda também é estigmatizado, uma vez que a condição de saúde passa a ser revelada aos outros. Já Rae Olmsted et al. (2011), em um estudo com militares, encontraram que aqueles que estavam em tratamento para o abuso de substâncias e/ou problemas de

saúde mental (n=470) percebiam maior estigma em relação ao tratamento de saúde mental do que aqueles que não estavam em tratamento (n=966). Os autores apontam ainda que, além de ser uma potencial barreira para a busca por tratamento, o estigma percebido pode resultar em baixa adesão e abandono do tratamento.

Já o estigma internalizado é definido como um processo subjetivo que ocorre na medida em que o indivíduo se torna consciente dos estereótipos negativos associados à sua condição e passa a concordar com eles, aplicando as atitudes e crenças negativas a si mesmo, antecipando a rejeição social e acreditando serem membros desvalorizados da sociedade (Corrigan & Watson, 2002; Livingston & Boyd, 2010). O indivíduo aprova os estereótipos negativos sobre si mesmo (“Eu sou perigoso”), os preconceitos (“Tenho medo de mim mesmo”), resultando em uma auto-discriminação (“Eu não sou digno de conviver com os outros”) (Corrigan & Rao, 2012).

O estigma internalizado associado à dependência de substâncias se refere à aceitação do indivíduo das atitudes sociais estigmatizadoras em relação à dependência, como parte de seu sistema de valores e de sua auto-imagem (Chou, Robb, Clay, & Chronister, 2013; Luoma et al., 2007). Ao internalizar os estereótipos negativos, reações emocionais negativas são geradas, entre elas baixa autoestima e baixo senso de autoeficácia, podendo influenciar negativamente as oportunidades de vida. A auto-discriminação tem efeitos negativos para o indivíduo, pois diminui a utilização dos serviços de saúde prejudicando o processo de recuperação, além da baixa qualidade de vida (Corrigan & Rao, 2012; Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Luoma et al., 2007; Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007). Embora poucos estudos se destinem a investigar o estigma internalizado entre dependentes de substâncias, as evidências apontam para índices mais elevados de estigma internalizado entre essa população

(Chou et al., 2013; Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting, & Rye, 2008; Schomerus et al., 2011).

O estigma internalizado muitas vezes tem sido equiparado ao estigma percebido, no entanto, é importante ressaltar que ambos são conceitualmente distintos. O estigma percebido representa apenas a consciência acerca dos estereótipos negativos associados à condição de saúde, mas isso não significa que os indivíduos irão internalizar o estigma, concordando e aplicando essas visões negativas a si próprios. Corrigan e Rao (2012) destacam que, na realidade, o estigma percebido é apenas um primeiro passo para se internalizar o estigma. Como se pode observar na **Figura 1**, para ocorrer a internalização do estigma indivíduos com alguma condição indesejada se tornam conscientes do estigma público associado à condição (Consciência). Em seguida, passam a concordar com os estereótipos, acreditando que essas crenças são verdadeiras sobre o grupo com determinada condição (Concordância). Na próxima etapa, os indivíduos aplicam estes estereótipos a si próprios (Aplicação), o que leva a prejuízos como baixa autoestima e baixa autoeficácia (Corrigan & Rao, 2012).

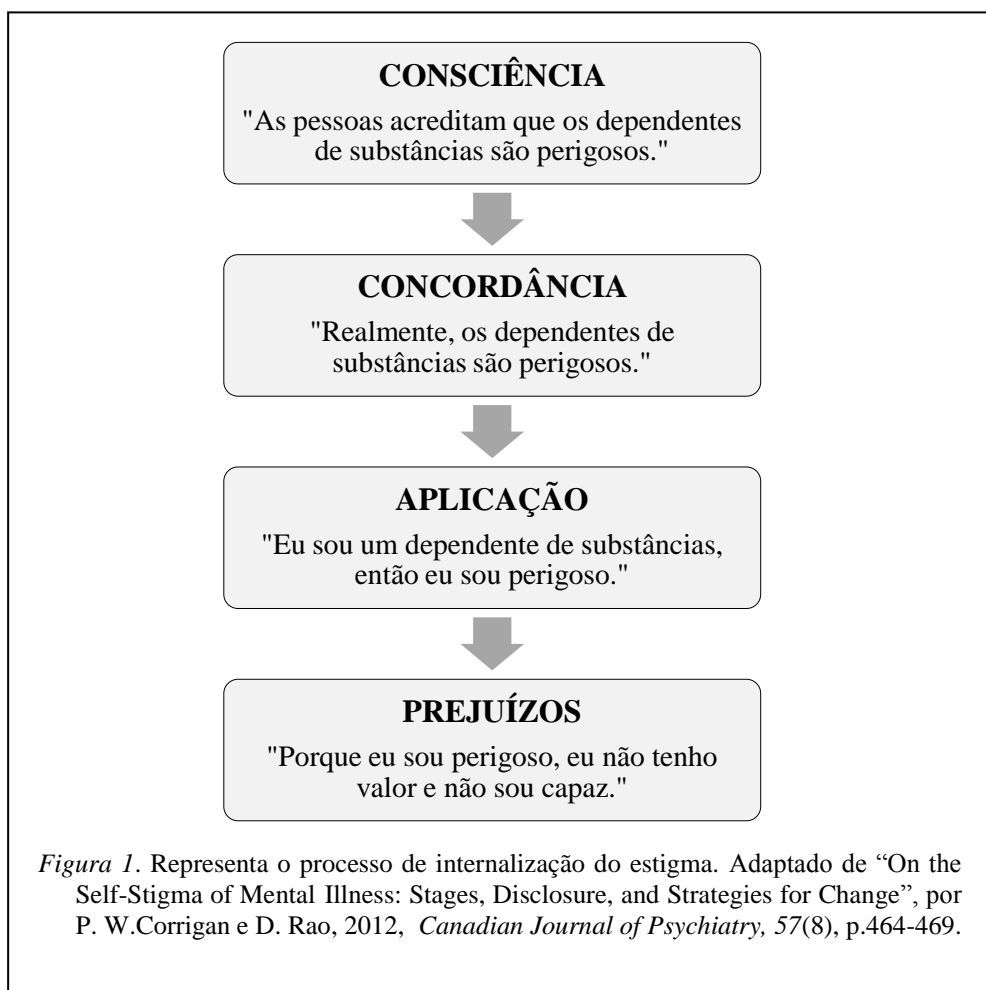


FIGURA 1

Modelo da internalização do estigma

Como o estigma internalizado consiste no foco do presente estudo, suas implicações para os diversos domínios da vida dos dependentes de substâncias serão discutidas a seguir.

3.1 O impacto do estigma internalizado para o tratamento e reabilitação de dependentes de substâncias

Considerando a dependência de álcool e outras drogas como uma condição de saúde estigmatizada (Collins, Dukes, Etherington, Reardon, & Sheperd, 2010; Corrigan et al., 2009; Livingston et al., 2011; Ronzani, Higgins-Biddle et al., 2009), destaca-se que para as drogas ilícitas a estigmatização ocorre em maior escala. Pelo fato do uso de

substâncias ilícitas ser ilegal, o consumo é visto de forma ainda mais negativa pela sociedade, independente da natureza do uso. Entretanto, mesmo entre as substâncias ilícitas, algumas têm maior caráter negativo do que outras, como é o caso do crack, por exemplo, que é visto como uma droga associada à pobreza e marginalização (Ahern et al., 2007; Collins et al., 2010).

A relação entre o estigma e o abuso ou dependência de substâncias pode se manifestar de forma diferente de outras condições de saúde, podendo interferir na forma com que as pessoas aceitam socialmente indivíduos com essa condição (Livingston et al., 2011). Argumenta-se que o estigma pode ser usado como uma ferramenta para enfrentar o consumo, principalmente das drogas ilícitas, uma vez que o status social desviante e desvalorizado associado pode desencorajar o uso dessas drogas. Algumas atitudes e comportamentos estigmatizantes são amplamente aceitos, culturalmente aprovados e consagrados na política como forma de enfrentamento ao consumo de drogas (Ahern et al., 2007; Livingston et al., 2011; Stuber, Meyer, & Link, 2008). No entanto Ahern, Stuber, e Galea (2007) enfatizam que embora o estigma possa desencorajar o consumo de substâncias, para aqueles que já são usuários ou dependentes a estigmatização pode afetar negativamente a saúde de duas formas: desencorajar a busca por ajuda e acarretar em prejuízos para a saúde física e mental devido à exposição crônica ao estresse, incluindo as experiências de discriminação. Na tentativa de evitar a estigmatização, usuários de substâncias podem optar por esconder o uso ou até se isolar das interações sociais, o que, na verdade, pode exacerbar os efeitos do estigma e da discriminação (Ahern et al., 2007; Luoma et al., 2013).

Ainda no que se refere às consequências negativas para os indivíduos estigmatizados, o principal impacto é a internalização do estigma. À medida que os dependentes de substâncias internalizam as visões negativas da sociedade sobre sua

condição de saúde, o estigma pode atuar como uma potencial barreira para o tratamento, afetando sua disposição de buscar ajuda e a aderir ao tratamento em si, além de gerar emoções negativas como percepção de descrédito, sentimentos de inutilidade e desvalorização (Li, et al., 2009; Silveira et al., 2009; Tsang, Fung, e Chung; 2010; Vauth, Kleim, Wirtz, & Corrigan, 2007). Além disso, a alienação social decorrente da internalização do estigma pode prejudicar áreas importantes da vida dos dependentes de substâncias, como emprego, moradia e relações sociais (Ahern et al., 2007; Corrigan & Rao, 2012).

Essas evidências implicam que a relação entre estigma internalizado e dependência de substâncias pode ser discutida em termos de um círculo vicioso. Ao internalizar o estigma, o indivíduo tem o agravamento da sua condição limitando suas perspectivas de interação social, diminuindo a autoestima e autoeficácia, o que, conseqüentemente, diminui sua disposição para se reintegrar na sociedade o que, por sua vez, contribui para aumentar ainda mais a internalização do estigma. Esse ciclo reflete diretamente na busca por ajuda já que muitos indivíduos não buscam tratamento na tentativa de evitar que sua condição se torne pública, e quando buscam apresentam baixa adesão como forma de diminuir as expectativas de rejeição (Wrigley, Jackson, Judd, & Komiti, 2005). A **Figura 2** apresenta um diagrama das conseqüências negativas do estigma internalizado para dependentes de substâncias.

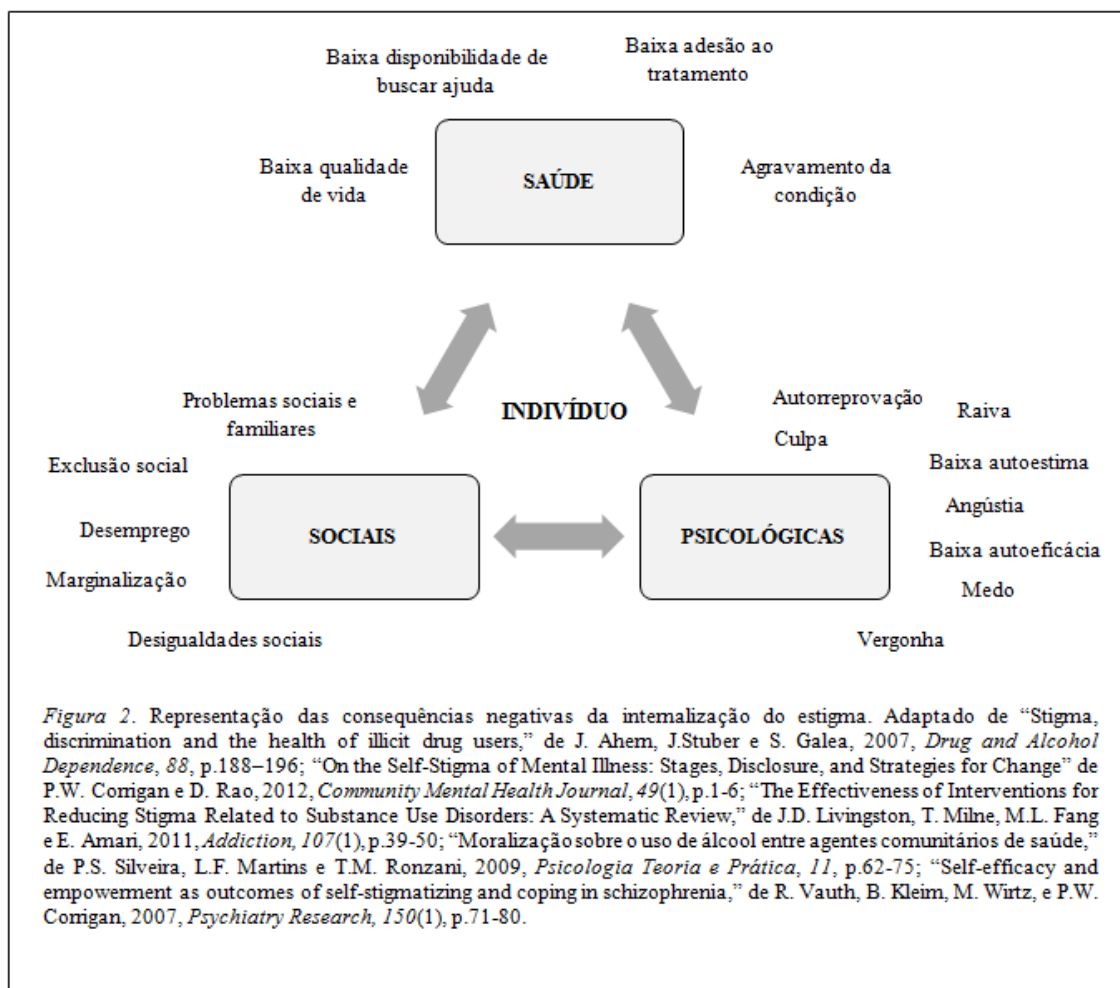


FIGURA 2

Consequências do estigma internalizado para dependentes de substâncias

Diante do exposto, destaca-se a necessidade de compreender como os dependentes de substâncias lidam com o estigma, uma vez que os estereótipos que circundam essa condição podem vir a ser relevantes para o modo como o indivíduo vê a si próprio e o mundo a sua volta, e como se relaciona com o seu meio social (Watson et al., 2007). Especificamente em relação aos dependentes de crack, o estigma tem sido considerado como uma potencial barreira para o não-acesso aos serviços de tratamento, além de influenciar na ruptura de laços sociais significativos (Ministério da Saúde, 2010). Uma vez que o uso de crack tem sido descrito na literatura com base nas consequências físicas, psicológicas e sociais decorrentes do uso considera-se de

fundamental importância compreender as percepções subjetivas dos usuários, principalmente relacionadas ao estigma e a forma com que essas percepções afetam o processo de recuperação.

4 Aspectos teóricos e conceituais acerca do suporte social

Os primeiros estudos sobre a relação entre suporte social e saúde datam da década de 1970, com os trabalhos desenvolvidos por Sidney Cobb (1976) e John Cassel (1976) cujo foco consistia nos aspectos protetores do suporte para o enfrentamento de situações de estresse. Cobb (1976) destaca que o suporte social consiste em um componente fundamental do processo terapêutico, pois além de auxiliar na recuperação de uma doença reforçando a adesão ao tratamento, ampara também o manejo das crises ao longo da vida. Da mesma forma, Cassel (1976) aponta que os efeitos protetores do suporte social são capazes de minimizar os efeitos negativos do estresse na saúde física e psicológica.

Desde os estudos realizados nos anos 70, a importância das relações sociais no tratamento de doenças crônicas e na manutenção da saúde e bem-estar tem atraído a atenção de pesquisadores e profissionais da área da saúde (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000; Seidl & Tróccoli, 2006; Symister & Friend, 2003). O suporte social tem sido considerado um conceito central para a psicologia da saúde, estando relacionado a diversas características de saúde mental, entre elas a recuperação de diversas doenças crônicas, maior satisfação com a vida e maior capacidade de lidar com os estressores diários (Cohen & Syme, 1985; Cohen et al., 2000; Rogers, Anthony, & Lyass, 2004; Seidl & Tróccoli, 2006; Symister & Friend, 2003).

Em um estudo realizado com 86 pacientes com doença renal crônica, o suporte social se correlacionou positivamente com a autoestima e negativamente com a depressão, sugerindo que além de ser uma importante ferramenta para o enfrentamento aos sintomas depressivos, o suporte social pode aumentar o otimismo e expectativas positivas em relação ao futuro (Symister & Friend, 2003). Outro estudo realizado com 101 pessoas que vivem com HIV/AIDS verificou que aquelas pessoas que relataram

adesão ao tratamento antirretroviral de forma satisfatória percebiam maior disponibilidade e estavam mais satisfeitas em relação ao suporte social (Seidl, Melchíades, Farias, & Brito, 2007). A associação entre suporte social e um manejo positivo da condição de saúde tem sido descrito também entre pacientes com diabetes e doenças coronarianas (Gallant, 2003; Moraes & Dantas, 2007).

Embora os efeitos positivos do suporte social tenham sido apresentados na literatura, estudos também têm mostrado que maior contato social, maior interação social e a disponibilidade de recursos sociais não são sempre benéficos para a saúde, podendo inclusive atuar como fonte de estresse e conflito. As fontes de suporte podem tanto encorajar como sabotar tentativas individuais de controlar comportamentos de comer, beber, fumar, ou ainda tentativas de monitorar e regular comportamentos saudáveis, o que ressalta a necessidade de estudos que investiguem o papel das fontes de suporte para estimular ou sustentar as mudanças relacionadas à boa saúde. Assim, o suporte social pode ser percebido como benéfico para uns, e prejudiciais para outros (Chronister, Chou, Frain & Cardoso, 2008; Cohen & Wills, 1985; Cohen et al., 2000; Thoits, 1995).

Dessa forma, compreende-se que a relação entre suporte social e saúde é altamente complexa, dependente do contexto e do ambiente social, da forma como os indivíduos percebem a sua condição de saúde e também da disponibilidade de apoio (Cohen & Wills, 1985; Cohen et al., 2000). Além disso, a complexidade do construto suporte social se reflete na sua conceituação, uma vez que diversas definições e formas de mensuração têm sido propostas na literatura (Rodriguez & Cohen, 1998; Seidl & Tróccoli, 2006).

4.1 *Suporte social: definição e modelos explicativos*

O termo suporte social geralmente é utilizado em um sentido amplo, se referindo a qualquer processo em que as relações sociais podem promover saúde e bem-estar (Cohen et al., 2000). Observa-se que termos como rede social e integração social têm sido usados como sinônimos para suporte social na literatura quando, na realidade, são conceitualmente distintos (House, Umberson, & Landis, 1988; Schwarzer, Knoll, & Rieckmann, 2003).

A *integração social* se refere à estrutura e quantidade das relações sociais, como o tamanho das redes, a frequência das interações e, às vezes, a percepção subjetiva de pertencimento. Já a *rede social* se refere ao número de pessoas ou de possíveis fornecedores de suporte no ambiente social. Uma rede de suporte social representa uma rede de relações quanto ao tamanho (número de membros), densidade (grau de relacionamento), extensão da proximidade da relação e homogeneidade (similaridade entre os membros). O conceito de *suporte social* faz referência à função e qualidade das relações sociais, como a percepção da disponibilidade de ajuda ou o apoio recebido de fato. É importante ressaltar que o suporte social e a integração social são construtos teóricos que se referem ao grau em que indivíduos estão socialmente interligados e tendo um senso de pertencimento, obrigação e intimidade (Schwarzer et al., 2003).

O suporte social é considerado uma estratégia de enfrentamento, tido como uma “base” social que os indivíduos podem acessar para lidar com eventos estressores (Thoits, 1995). Para Seidl e Tróccoli (2006), o construto suporte social pode ser definido como o sentimento e a percepção de estima e de pertencimento a uma rede social com direitos e deveres comuns. É importante destacar que os estudos sobre suporte social podem ser divididos em duas perspectivas, com focos nos aspectos estruturais, ou nos aspectos funcionais do suporte. Os aspectos estruturais abordam a

frequência ou quantidade das relações sociais, e a interligação da pessoa com a sua rede social. Já os aspectos funcionais fazem referência tanto à percepção quanto à disponibilidade e ao tipo de apoio recebido, abrangendo ainda a satisfação com o suporte (Cohen et al., 2000; Seidl & Tróccoli, 2006; Sherbourne & Stewart, 1991; Thoits, 1995).

Diversos tipos de suporte social funcional têm sido investigados entre eles o apoio instrumental (ex. ajuda para resolver problemas), apoio tangível ou material (e.g. doações), apoio de informação (ex. conselhos) e apoio emocional (ex. dar segurança) (Schwarzer et al., 2003). Thoits (1995) descreve que embora esses tipos de suporte pareçam ser independentes, há evidências de que essas medidas de suporte funcional podem chegar a constituir um único fator.

Seidl e Tróccoli (2006) apontam que as categorias instrumental e emocional têm prevalecido como as principais estudadas na literatura. A categoria instrumental se refere ao apoio para questões operacionais do dia-a-dia, como apoio material, apoio financeiro e apoio para realização de atividades cotidianas. A categoria emocional faz referência a comportamentos que fazem com que a pessoa se sinta cuidada, como escutar, dar atenção e fazer companhia (Seidl & Tróccoli, 2006). A **Figura 3** ilustra os aspectos estruturais e funcionais do suporte social.

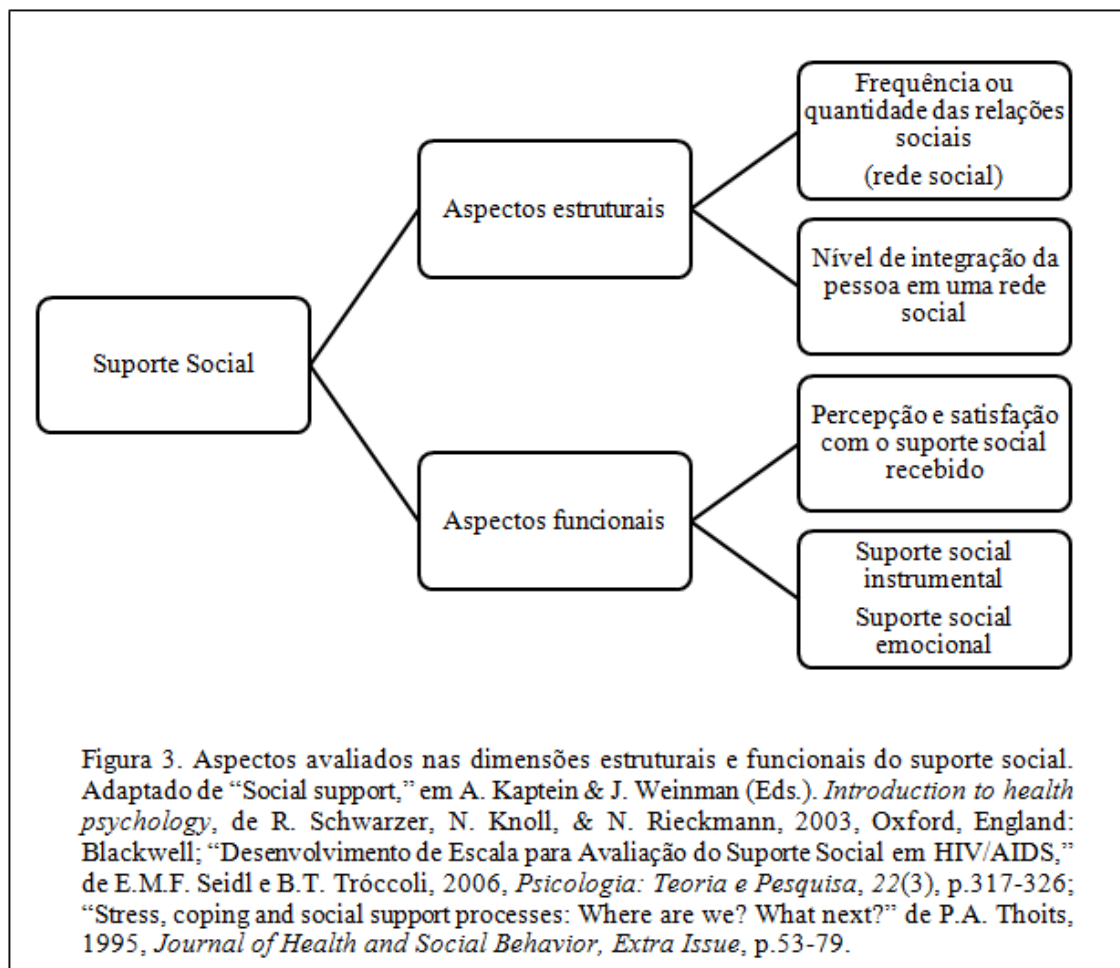


FIGURA 3

Aspectos estruturais e funcionais do suporte social

Por ser um fenômeno complexo, ao se avaliar o suporte social é preciso ter conhecimento de quem são as fontes de suporte, qual o tipo de suporte oferecido, qual o contexto em que o suporte é oferecido e quais as características psicossociais e a natureza das interações daqueles que dão e que recebem o suporte (Chronister et al., 2008). É importante ressaltar que a saúde e o bem-estar não são resultados apenas do apoio recebido, mas também da participação em um contexto social significativo. Um contexto repleto de interações sociais positivas pode ser mais benéfico do que apenas ter apoio voltado para alguma questão específica (Schwarzer et al., 2003).

4.1.1 Modelos teóricos sobre o suporte social

Para se compreender o conceito de suporte social, dois modelos teórico-conceituais têm sido propostos para explicar como o suporte social pode afetar a saúde física e psicológica, sendo eles o modelo de *buffer* e o de *efeito direto ou principal* (Cohen & Wills, 1985; Rodriguez & Cohen, 1998; Seidl & Tróccoli, 2006).

O modelo de *buffer* propõe que o suporte social está relacionado ao bem-estar quando as pessoas estão lidando com eventos estressantes em sua vida. Assim, há o fornecimento ou troca de recursos sociais em resposta à percepção de necessidades associadas comumente a experiências agudas ou crônicas de estresse. Esse modelo recebe o nome de *buffer* porque sugere que o suporte social é um fator protetor capaz de minimizar os efeitos prejudiciais do estresse para o bem-estar físico e psicológico (Cohen et al., 2000; Rodriguez & Cohen, 1998; Seidl & Tróccoli, 2006).

Embora um único evento estressante não demande tanto das habilidades de enfrentamento de um indivíduo, é quando diversos problemas se acumulam e persistem que a capacidade de resolver problemas fica prejudicada, podendo acarretar em uma série de efeitos prejudiciais para a saúde. O estresse é capaz de influenciar negativamente a saúde na medida em que provoca respostas comportamentais de enfrentamento prejudiciais à saúde. Sabe-se que a exposição sistemática a eventos estressantes configura-se como um potencial fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde e psicológicos (Cohen, 2004; Cohen & Wills, 1985). Nesse sentido, a busca por suporte social pode atuar como um recurso para o enfrentamento do evento estressor na medida em que os apoiadores auxiliem na reavaliação da situação estressante e no desenvolvimento de estratégias de ação direcionadas ao problema, auxiliem na manutenção da autoestima da pessoa em situação de estresse, encorajando a

solução do problema em questão (Cohen & Wills, 1985; Seidl & Tróccoli, 2006; Thoits, 1995).

O modelo chamado de efeito direto ou principal sugere que os efeitos do suporte social são benéficos para a saúde independente da presença de alguma situação estressante na vida (Rodriguez & Cohen, 1998). Cohen (2004) destaca que a integração social pode gerar sentimentos de responsabilidade com as demais pessoas, resultando em maior motivação para cuidar de si mesmo para que sua responsabilidade seja cumprida. Nessa perspectiva, esse efeito benéfico generalizado do suporte social pode ocorrer porque grandes redes sociais são capazes de fornecer maior número de experiências positivas regulares, e um conjunto de papéis estáveis e socialmente recompensados pela comunidade (Cohen & Wills, 1985; Cohen et al., 2000).

O modelo do efeito direto ou principal considera que ter uma ampla gama de laços sociais fornece múltiplas fontes de apoio que poderiam influenciar comportamentos de saúde relevantes, tais como uma utilização mais eficaz dos serviços de saúde disponíveis e a evitação de situações de alto risco de estresse (Cohen, 2004).

Embora as evidências presentes na literatura sustentem ambos os modelos de buffer e de efeito direto, esses dois processos estão frequentemente associados a diferentes formas de mensuração do suporte social. No modelo do efeito direto são utilizadas medidas que avaliem os aspectos estruturais do suporte, como a integração em redes sociais, por exemplo. Já no modelo de *buffer*, os aspectos funcionais do suporte são priorizados, como a percepção e a satisfação com o suporte social, por exemplo (Rodriguez & Cohen, 1998; Seidl & Tróccoli, 2006). Seidl & Tróccoli (2006) argumentam que analisar os aspectos funcionais do suporte social permite uma avaliação mais subjetiva daquilo que é considerado como suporte pelo indivíduo,

valorizando também a satisfação em relação ao suporte. A **Figura 4** representa os modelos teóricos acerca do suporte social.

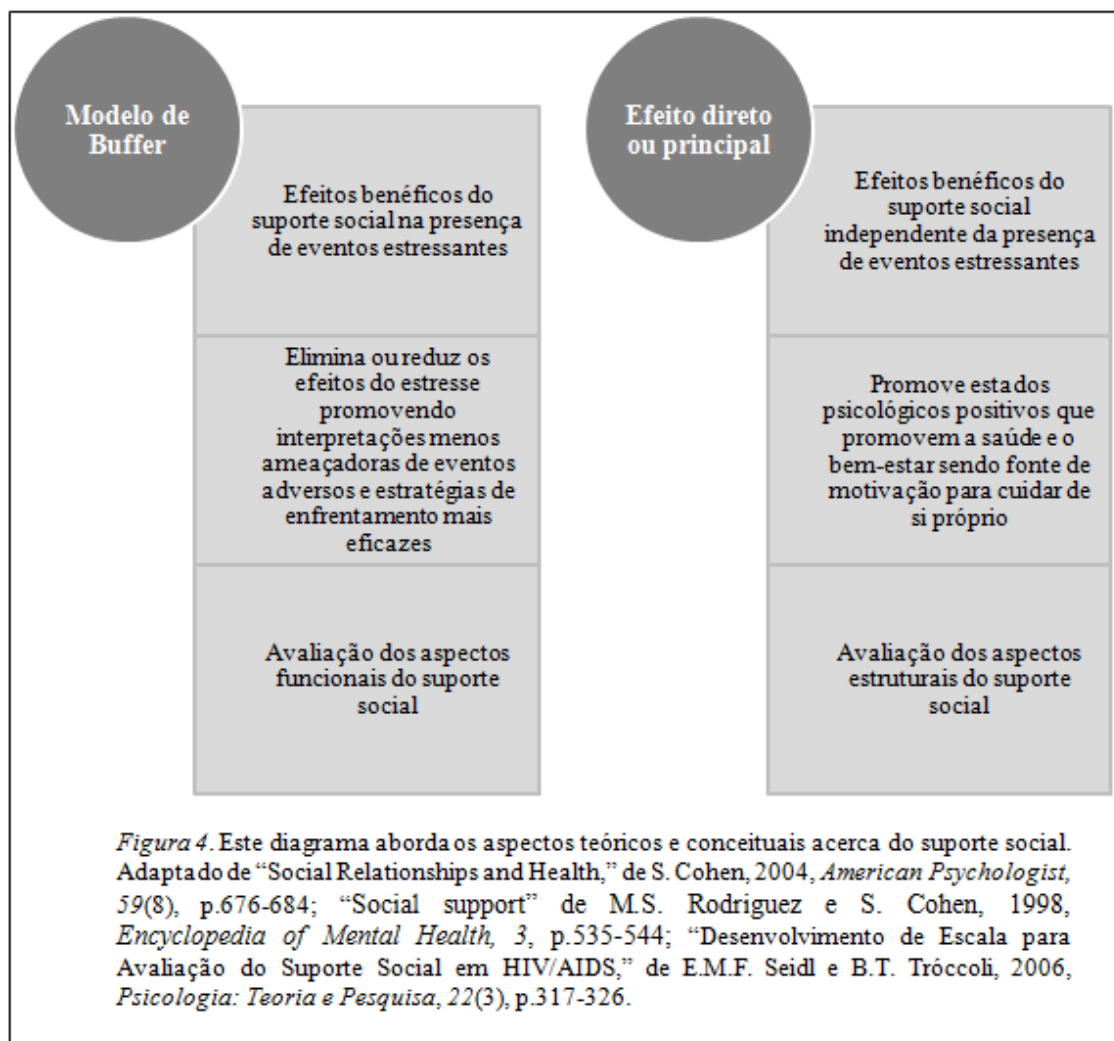


FIGURA 4

Aspectos teórico-conceituais sobre o suporte social

4.2 O suporte social como enfrentamento da dependência de substâncias

O conceito de suporte social tem sido apontado como um fator importante para o tratamento e reabilitação de dependentes de substâncias ao se considerar os seus efeitos positivos para a saúde física e psicológica (Chronister, Chou & Liao, 2013). Estudos têm mostrado que o suporte social pode influenciar tanto na motivação para o tratamento quanto na reinserção social dos dependentes de substâncias, uma vez que

relações interpessoais positivas podem atuar como protetoras aos efeitos nocivos de experiências estressantes, e também como potencializadoras da autoestima e autoconfiança oferecendo recursos para o indivíduo lidar com a sua condição de saúde (Pinho, Oliveira, e Almeida, 2008; Rigotto & Gomes, 2002). A relação entre suporte social e reabilitação psicossocial têm se mostrado consistente na literatura na medida em que o suporte social está associado a melhor ajustamento social, qualidade de vida, bem-estar psicológico, emprego e adesão ao tratamento (Chronister et al., 2008).

Em um estudo realizado por Garmendia, Alvarado, Montenegro e Pino (2008) com objetivo de avaliar a importância do suporte social para a manutenção da abstinência após o tratamento, foi encontrado que o suporte social apresentou-se como um fator de proteção contra a recorrência do consumo de drogas entre os pacientes que conseguiram se manter abstinentes até seis meses após o término do tratamento. Outro estudo desenvolvido com dependentes de substâncias em tratamento revelou que o suporte social é benéfico para o tratamento na medida em que é capaz de favorecer o crescimento do indivíduo, promovendo mudanças no status social e na autoestima, fazendo com que o indivíduo seja autônomo no seu processo de recuperação. Por outro lado, os participantes revelaram que ter uma fonte de suporte que se preocupa excessivamente com eles ou com a quantidade de drogas consumida, por exemplo, pode fazer com que eles se sintam sobrecarregados e desmotivados com o tratamento (Johansen, Brendryen, Darnell, & Wennesland, 2013).

Um dos principais desafios para a recuperação de dependentes de substâncias consiste na substituição da rotina anterior de consumo de drogas por uma nova rotina de adoção de comportamentos saudáveis. Para que essa mudança ocorra, o ambiente social precisa ser favorável para a reabilitação e os laços sociais positivos precisam ser reestabelecidos (Rigotto & Gomes, 2002).

Sabe-se que o abuso e dependência de substâncias por si prejudicam as relações sociais, uma vez que ao se afastar de seu convívio social o dependente tende a ser afetado negativamente quanto à disponibilidade de suporte (Lemos et al., 2012). Entretanto, Pinho, Oliveira e Almeida (2008) enfatizam que o suporte social é de extrema importância nos estágios iniciais do tratamento, pois é nesse momento que os dependentes costumam estar ambivalentes quanto ao parar de consumir drogas. Nesse contexto, o apoio de familiares e suporte dos pares é considerado como fundamental para o processo de reabilitação e prevenção de recaída (Chronister et al., 2013). Principalmente no que se refere ao suporte familiar, estudos têm demonstrado que a participação dos familiares no tratamento contribui para a recuperação dos dependentes de substâncias, auxiliando na realização dos objetivos e na manutenção dos benefícios do tratamento (Cavalcante et al., 2012; Lemos et al., 2012; Rigotto & Gomes, 2002).

Ao entrevistar dependentes de substâncias em tratamento em uma unidade ambulatorial, Cavalcante et al. (2012) encontraram que os profissionais de saúde do serviço, a família e a religião foram apontados como importantes fontes de suporte para o processo de recuperação. Os dependentes relataram também a presença de vínculos negativos em relação a ex-companheiros de uso e vizinhos, considerando-os como estressores e fontes de estigma, destacando a necessidade do rompimento desses a fim de favorecer sucesso no tratamento (Cavalcante et al., 2012).

O papel do suporte social para o enfrentamento da dependência de substâncias se apresenta firmado na literatura, entretanto o consumo de algumas substâncias representa um desafio no que se refere ao reestabelecimento dos laços sociais e redes de apoio, como é o caso da cocaína e do crack, por exemplo. Em 2010, o Ministério da Saúde elaborou algumas diretrizes referentes às abordagens terapêuticas para usuários de cocaína/crack, considerando o suporte social como uma ferramenta importante para a

recuperação e para o enfrentamento da situação de vulnerabilidade em que estes usuários se encontram, porém, reconhece que estabelecer uma rede de apoio não é uma tarefa simples (Ministério da Saúde, 2010).

Os estudos sobre familiares de dependentes de crack apontam que, muitas vezes, o ambiente familiar é altamente disfuncional o que, por sua vez, pode ter contribuído para o início do consumo da substância, acrescentando mais um dificultador para a recuperação quando o dependente não pode contar com um suporte social positivo (Cruz et al., 2012; Pulcherio et al., 2010). Assim, a necessidade de formação de uma rede de suporte ao dependente e sua família durante e após o tratamento é essencial para sua recuperação, sendo que o suporte deve ser capaz de favorecer sua reintegração social (Rodrigues et al., 2012).

Torna-se imprescindível que os profissionais da rede de saúde e assistência sejam capazes de compreender as redes sociais dos dependentes de substâncias e os sistemas de suporte do qual dispõem, de forma a favorecer sua inserção em ambientes com interações sociais positivas que estimulem a adoção de comportamentos saudáveis em direção à recuperação.

5 A relação entre suporte social e estigma internalizado e as implicações para dependentes de substâncias

A internalização do estigma tem sido apontada como um estressor diário, sendo vista como um possível mediador entre o estigma social e os impactos negativos decorrentes da estigmatização (Chronister et al., 2013). Ao se tornar consciente dos estereótipos negativos associados à sua condição de saúde e das percepções deturpadas da sociedade, indivíduos estigmatizados tendem a apresentar expectativas de rejeição e discriminação (Link, 1987; Mueller et al., 2006). Assim, na tentativa de prevenir a ocorrência dessas experiências, tendem a evitar as interações sociais, o que pode ser altamente prejudicial, uma vez que o medo da rejeição pode comprometer as percepções acerca do suporte social, contribuindo para maior afastamento de pessoas significativas, agravando a condição de saúde (Mickelson, 2001).

O estigma internalizado enquanto estressor psicológico pode desencadear respostas negativas de enfrentamento e sofrimento emocional, sendo o suporte social visto como uma forma de minimizar os efeitos prejudiciais do estresse associado (Chou et al., 2013; Miller & Kaiser, 2001). O suporte social tem sido visto como uma forma de minimizar o impacto negativo do estigma internalizado para a vida do indivíduo, facilitando a adoção de estratégias de enfrentamento à condição de saúde mais adaptativas (Chou et al., 2013; Chronister et al., 2013).

Compreender os fatores que podem estar associados à internalização do estigma e quais recursos podem ser utilizados como estratégias de enfrentamento é fundamental para melhorar a qualidade de vida de pessoas com alguma condição estigmatizada (Chronister et al., 2013). As interações sociais negativas têm sido estudadas principalmente em relação às experiências de rejeição social e a ambientes familiares hostis e críticos de pessoas com algum transtorno mental (Link, Struening, Rahav,

Phelan, & Nuttbrock, 1997; Yanos, Rosenfield, & Horwitz, 2001). Além disso, estudos têm apontado que as relações sociais e o suporte percebido estão relacionados com o desfecho da condição de saúde, sendo que os efeitos do isolamento social variam desde o agravamento dos sintomas até um pobre funcionamento social (Mueller et al., 2006). Em um estudo realizado com pacientes com transtorno mental (n=104) encontrou-se que as interações sociais positivas estavam associadas a maior satisfação com a vida, enquanto que as interações sociais negativas estavam relacionadas com baixa qualidade de vida. Além disso, 48% dos participantes identificaram suas interações sociais como estigmatizantes (Yanos et al., 2001).

Enquanto o suporte social tem sido considerado uma ferramenta importante para o enfrentamento dos aspectos negativos de diversas condições de saúde, o estigma tem sido visto como uma das principais barreiras para a busca por ajuda e recuperação. Embora as evidências apontem que os benefícios do suporte social sejam capazes de diminuir o estresse associado à condição e possivelmente confrontar as experiências de estigma (Vyavaharkar et al., 2010), pouco se sabe acerca da interação entre essas variáveis e de seu impacto sobre o tratamento, principalmente em relação à dependência de substâncias.

Considerando a dependência de substâncias como um grave problema de saúde que acarreta em consequências negativas para a saúde, o ponto central deste estudo consiste em investigar a relação entre estigma internalizado e suporte social em uma amostra de dependentes de crack, de forma a discutir o impacto dessa relação para o tratamento e recuperação. Para tanto, o presente estudo foi dividido em duas fases, sendo elas compostas pelo *Estudo 1* e pelo *Estudo 2*. O *Estudo 1* se refere à realização de uma revisão de literatura com objetivo de conhecer as evidências e as implicações acerca da relação entre estigma internalizado e suporte social entre condições de saúde

distintas. Já o Estudo 2 consiste na avaliação do estigma internalizado e do suporte social percebido entre dependentes de crack em situação de vulnerabilidade social que buscam tratamento para sua condição em uma unidade de tratamento ambulatorial.

6 Objetivos

6.1 Estudo 1

Realizar uma revisão sistemática da literatura acerca da relação entre estigma internalizado e suporte social, e analisar as implicações dessa relação para a saúde.

6.2 Estudo 2

Avaliar a relação entre estigma internalizado e suporte social entre dependentes de crack em situação de vulnerabilidade social que buscam tratamento.

Objetivos específicos

- Avaliar o estigma internalizado dos dependentes de crack que buscam tratamento.
- Avaliar a percepção e satisfação com o suporte social de dependentes de crack que buscam tratamento.
- Avaliar as dimensões de suporte social que se associam a um nível maior e menor de estigma internalizado entre dependentes de crack que buscam tratamento.

6.2.1 Hipóteses

Com base na revisão sistemática da literatura e nos objetivos propostos, as seguintes hipóteses foram formuladas:

H1 = Níveis maiores de estigma internalizado estarão associados a níveis menores de suporte social.

H2 = Maior percepção de disponibilidade e satisfação com o suporte social instrumental estarão associadas com menores níveis de estigma internalizado.

H3 = Maior percepção de disponibilidade e satisfação com o suporte social emocional estarão associadas com menores níveis de estigma internalizado.

7 Estudo 1 - Implicações da Relação entre Estigma Internalizado e Suporte Social para a Saúde: uma revisão sistemática da literatura

Artigo enviado para publicação para a Revista Estudos de Psicologia (Natal), em outubro de 2013 (Anexo 1).

7.1 Introdução

O conceito de doença é construído com base nos valores de vida e de saúde, representando um desvio daquilo que as pessoas esperam para si (Fife & Wright, 2000). Algumas condições de saúde estão associadas a valores culturais que resultam na construção de uma ‘identidade deteriorada’, e na conseqüente estigmatização na medida em que elas são socialmente significativas (Fife & Wright, 2000; Link & Phelan, 2006). Com isso, além de precisarem enfrentar as experiências negativas decorrentes dos sintomas da própria condição de saúde, os indivíduos, muitas vezes precisam lidar com as atitudes e comportamentos negativos da sociedade, além de seus próprios (Michalak et al., 2011).

O processo de estigmatização se refere à desvalorização de um indivíduo com base em características físicas ou pessoais que ele possui, consideradas socialmente inaceitáveis, associadas a reações negativas, julgamentos morais e discriminação (Corrigan & Watson, 2002). Entre as diversas formas prejudiciais do estigma, destaca-se o estigma internalizado e seu efeito na qualidade de vida dessas pessoas (Corrigan et al., 2010; Corrigan, Sokol & Rüsçh, 2011). A internalização do estigma consiste em um processo subjetivo que ocorre quando membros de um subgrupo estigmatizado concordam com os preconceitos associados à sua condição, e aplicam essas atitudes e crenças negativas a si mesmo (Corrigan & Watson, 2002). Ao se tornar consciente dos estereótipos negativos associados à sua condição de saúde, o indivíduo tende a antecipar

a rejeição, desvalorização e discriminação dos outros e, então, passa a desenvolver estratégias para prevenir essas experiências, entre elas a evitação das interações sociais, e a ocultação da condição de saúde e do histórico pessoal de tratamento (Mueller et al., 2006). Além disso, essas pessoas sofrem ainda, com baixa autoestima e baixa autoeficácia (Corrigan et al., 2006; Watson et al., 2007), o que leva a menor satisfação com domínios importantes da vida incluindo o trabalho, casa, espiritualidade e relacionamentos interpessoais (Corrigan et al., 2011).

Há evidências de que um bom suporte social pode atuar como fator de proteção (Chou et al., 2013; Walton, Blow, Bingham, & Chermack, 2003), enquanto que uma rede social pobre pode contribuir para a vulnerabilidade, para internalização de atitudes estigmatizantes, além de fazer com que os indivíduos percebam mais fortemente a desvalorização e a discriminação (Sibitz et al., 2011). Além disso, o medo da rejeição em si pode levar a percepções deturpadas do suporte e das interações sociais disponíveis, assim como também pode aumentar a exclusão por parte de familiares e amigos (Mickelson, 2001).

O construto suporte social pode ser definido como o sentimento e a percepção de estima e de pertencimento a uma rede social com direitos e deveres comuns. Refere-se à função e qualidade das relações sociais, bem como a percepção de disponibilidade de ajuda, ou suporte recebido de fato (Schwarzer & Knoll, 2007; Seidl & Tróccoli, 2006). Measelle, Stice e Springer (2006) destacam que à medida que o indivíduo pode contar com um suporte satisfatório se aumenta as chances de ele se sentir aceito e valorizado em seu ambiente social, e assim, aumentar sua autoestima, autoeficácia e a confiança em si próprio. Mueller et al.(2006) ressaltam que a percepção de estigmatização é altamente influenciada pelo quanto as pessoas percebem as próprias relações sociais como fontes de suporte. Dessa forma, estudos tem discutido o construto suporte social

como mediador do impacto do estigma na saúde dos indivíduos, atuando como um fator importante para o ajustamento físico e psicológico, oferecendo ferramentas para lidar com os estressores de vida diários (Chou et al., 2013; Mickelson, 2001; Muller et al., 2006; Vyavaharkar et al., 2010).

Tendo em vista o potencial impacto negativo da internalização do estigma para a saúde e os possíveis efeitos protetores do suporte social no enfrentamento da condição (Corrigan & Watson, 2002; Sibitz, et al., 2011), considera-se fundamental analisar e sintetizar a produção científica na área de forma que as evidências possam vir a auxiliar no planejamento e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao estigma, bem como no delineamento de pesquisas futuras. Assim, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura acerca da relação entre estigma internalizado e suporte social, e analisar as implicações dessa relação para a saúde.

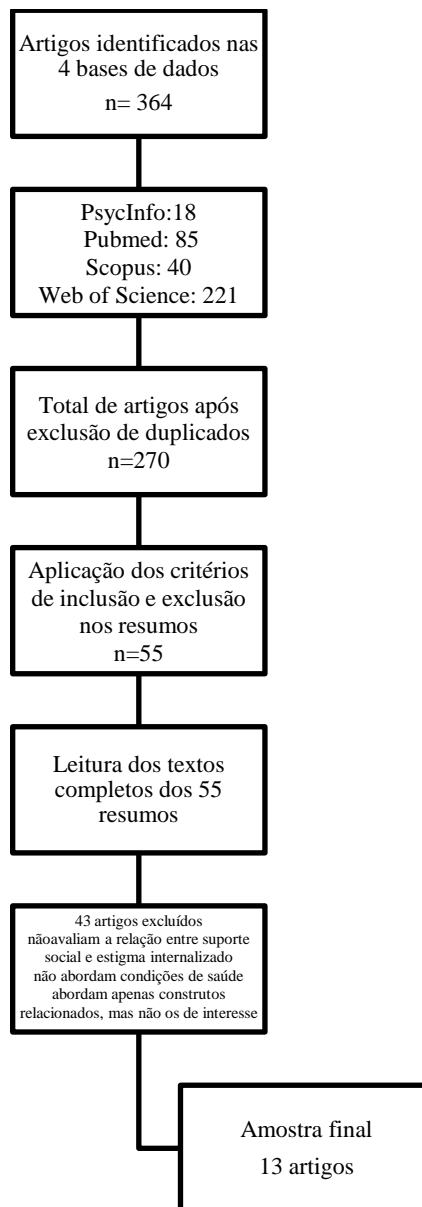
7.2 Método

A revisão sistemática consiste em uma revisão de uma pergunta claramente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e coletar e analisar dados dos estudos selecionados (Cochrane Collaboration, 2013).

As buscas foram realizadas em quatro bases de dados a fim de ampliar o escopo da pesquisa, sendo elas PsycInfo, Pubmed, Web of science e Scopus, através das palavras-chave “self-stigma” ou “internalized stigma” que foram cruzadas com o termo “social support” utilizando o operador booleano “AND”. As buscas foram realizadas desde a primeira publicação identificada nas bases até Setembro de 2012.

Para compor a amostra deste estudo, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: (a) ser um estudo empírico; (b) apresentar a relação entre estigma

internalizado e suporte social entre portadores de condições de saúde no resumo do artigo; (c) ter o texto completo disponibilizado online para leitura ou através do contato direto com o autor; (d) ter sido publicado em inglês, espanhol ou português. No caso de discordância acerca da classificação dos artigos, seria feita uma discussão entre os avaliadores para se chegar a um consenso final. Com este delineamento, 13 artigos constituíram a amostra final do presente estudo. A estratégia de busca dos estudos para a realização desta revisão sistemática encontra-se descrita na **Figura 5**.

**FIGURA 5**

Estratégia de busca nas bases de dados

A fim de caracterizar a produção científica na área, os seguintes indicadores bibliométricos foram analisados: autores, ano, revistas de publicação e país de estudo. Em seguida, realizou-se uma análise qualitativa dos textos completos cujos resultados foram descritos nas seguintes categorias: introdução dos estudos, desenho dos estudos, principais resultados, principais limitações e direcionamentos para pesquisas futuras.

A categoria *introdução dos estudos* avalia se o foco do estudo consiste na relação entre estigma internalizado e suporte social a partir dos objetivos propostos, e se estes construtos foram bem definidos pelos autores. Quanto ao *desenho dos estudos*, foi analisado a natureza do estudo, os métodos de amostragem, descrição dos critérios de elegibilidade e população estudada e a natureza dos instrumentos utilizados. Na categoria *principais resultados* foi avaliada a descrição dos resultados da relação entre estigma internalizado e suporte social. Por fim, na categoria *principais limitações e direcionamentos para pesquisas futuras* foi avaliada a apresentação das principais limitações dos estudos e sugestões para pesquisas futuras.

7.3 Resultados

Indicadores bibliométricos

No que se refere à autoria dos artigos, todos os estudos foram classificados como autoria múltipla, ou seja, escritos em colaboração com outros autores, com mínimo de 2 e máximo de 6 autores por estudo. Encontrou-se uma diversidade de autores que publicaram sobre o tema, com 52 autores publicando apenas uma vez. Apenas três autores publicaram duas vezes cada na área, sendo eles: Aallanise Cloete, Leickness C. Simbayi e Seth C. Kalichman.

Em relação às revistas de publicação, observou-se que 10 revistas apresentavam artigos publicados na área, sendo que 8 delas publicaram apenas uma vez. A revista com maior número de publicações foi a *Social Science & Medicine* com 3 publicações, seguida pela *AIDS Care* com 2 publicações. A fim de assegurar um padrão de qualidade dos estudos, todas as revistas seguiram o processo de revisão por pares dos artigos.

As primeiras publicações sobre a relação entre estigma internalizado e suporte social foram em 2007 com três artigos publicados. No ano de 2008 foi publicado apenas

um artigo, sendo que em 2009, 2010 e 2011 foram publicados dois artigos por cada ano. Até a data da busca, três estudos haviam sido publicados no ano de 2012.

Considerando os países em que os estudos foram desenvolvidos, três foram realizados nos Estados Unidos, três na África do Sul e três na Turquia, seguidos por dois estudos que foram realizados na China. Os demais países (n=24) tiveram apenas um estudo desenvolvido na região, sendo eles: Bélgica, Bulgária, Canadá, Croácia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Gana, Grécia, Itália, Lituânia, Macedônia, Malta, Nigéria, Polônia, República Tcheca, República Dominicana, Romênia, Rússia, Suazilândia, Suécia e Ucrânia. Ressalta-se que o estudo de Brohan, Elgie, Sartorius, Thornicroft e GAMIAN-Europe Study Group (2010) foi desenvolvido com amostras de 20 países europeus.

Análise qualitativa dos estudos

Introdução dos estudos

A partir da leitura dos objetivos dos estudos observou-se que o estudo da relação entre estigma internalizado e suporte social constituiu um dos focos principais de investigação em apenas 4 estudos (Brohan, Elgie, Sartorius, Thornicroft, & GAMIAN-Europe Study Group, 2010; Mak, Cheung et al., 2007; Peltzer & Ramlagan, 2011; Vyavaharkar et al., 2010;). Os demais nove estudos apresentaram dados dessa relação como um resultado secundário da pesquisa (Adewuya, Owoeye, Erinfolami, & Ola, 2011; Cerit, Filizer, Tural, & Tufan, 2012; Ersoy & Varan, 2007; Kalichman et al., 2009; Lv, Wolf & Wang, 2012; Person, Bartholomew, Gyapong, Addiss, & van den Borne, 2009; Sayles et al., 2008; Simbayi et al., 2007; Zafran, Tallant & Gelinas, 2012).

Em relação à definição dos conceitos das variáveis estigma internalizado e suporte social, observou-se que houve uma grande variedade de autores referenciados

para a definição de estigma internalizado, embora o conceito tenha sido definido de forma semelhante. O principal autor referenciado foi Patrick Corrigan que argumenta que o estigma internalizado ocorre a partir da consciência dos preconceitos, estereótipos e discriminação por parte da sociedade em relação à condição de saúde, resultando na aplicação desses estereótipos negativos a si próprio, tendo como consequência a internalização da vergonha, culpa, desesperança e afastamento do convívio social em função do medo da discriminação por parte dos outros (Corrigan & Watson, 2002). O estudo de Brohan et al. (2010) complementa ainda que a internalização do estigma é um processo de transformação de identidade, em que o indivíduo passa a adotar uma visão estigmatizada sobre si mesmo, definição proposta por Yanos, Roe, Markus e Lysaker (2008). Seis estudos não apresentaram nenhuma definição do conceito de estigma internalizado.

Já no que se refere ao conceito de suporte social, nenhum dos 13 estudos analisados apresentaram uma definição do construto, o que indica a falta de consolidação de uma definição de suporte social na literatura. Ainda, os autores não esclarecem quais as dimensões do suporte social estão sendo investigadas nos estudos.

Desenho dos estudos

Do total de 13 estudos, 11 apresentaram um delineamento transversal e apenas dois estudos foram caracterizados como longitudinais (Mak, Cheung et al., 2007; Peltzer & Ramlagan, 2011). A metodologia quantitativa de análise de dados foi utilizada em 11 estudos, os outros dois (Person et al., 2009; Zafran et al., 2012) optaram pelo desenho qualitativo.

Quanto à forma de recrutamento dos participantes, a maioria dos estudos (n=8) optou por amostragem não-probabilística, sendo que destes 7 estudos tiveram amostras por conveniência (Ersoy & Varan, 2007; Kalichman et al., 2009; Lv et al., 2012; Mak,

Cheung et al., 2007; Vyavaharkar et al., 2010; Sayles et al., 2008; Simbayi et al., 2007), enquanto apenas 1 estudo optou pela amostragem intencional de caso típico (Zafran et al., 2012). Quanto aos demais, três estudos optaram pela amostragem probabilística, sendo que dois pelo método de amostragem aleatória simples (Adewuya et al., 2011; Brohan et al., 2010) e um pelo método de amostragem sistemática (Peltzer & Ramlagan, 2011). Dois estudos não relataram a forma de recrutamento de seus participantes (Cerit et al., 2012; Person et al., 2009). Ainda assim, os critérios de elegibilidade para participação no estudo estiveram bem definidos em apenas 8 estudos (Adewuya et al., 2011; Brohan et al., 2010; Cerit et al., 2012; Lv et al., 2012; Peltzer & Ramlagan, 2011; Person et al., 2009; Sayles et al., 2008; Vyavaharkar et al., 2010).

Ressalta-se que as principais populações estudadas foram pessoas que vivem com HIV/AIDS (n=6) e pacientes com transtorno mental (n=6), sendo a esquizofrenia o principal transtorno abordado. O estudo de Person, Bartholomew, Gyapong, Addiss & van den Borne (2009) investigou o estigma internalizado entre mulheres com filariose linfática com linfedemas na perna.

Para a operacionalização do conceito de estigma internalizado, o instrumento mais utilizado foi a escala Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) (Ritsher, Otilingam & Grajales, 2003) presente em cinco estudos. Os demais estudos quantitativos optaram pela escolha de medidas cujas propriedades psicométricas estão apresentadas na literatura, enquanto que apenas o estudo de Mak, Cheung et al. (2007) optou pela utilização de uma mensuração própria de estigma internalizado. Com relação à mensuração do suporte social, observou-se uma ampla variação de instrumentos destinados a avaliar esse construto, sendo que o mais utilizado foi o Social Support Questionnaire (Brock, Sarason, Sarason & Pierce, 1996) presente em 3 estudos. Apenas

2 estudos optaram pela utilização de um instrumento próprio de suporte social (Adewuya et al., 2011; Brohan et al., 2010).

Principais resultados dos estudos

Ao avaliar a relação específica entre estigma internalizado e suporte social descrita pelos estudos, observou-se que todos os treze artigos destacaram uma relação negativa entre essas variáveis, ou seja, níveis maiores de estigma internalizado estiveram associados a um baixo suporte social. Entre os quatro estudos que encontraram um baixo suporte social como um dos preditores de altos níveis de estigma internalizado (Adewuya et al., 2011; Brohan et al., 2010; Lv et al., 2012; Peltzer & Ramlagan, 2011), destacou-se a importância do investimento nas relações sociais como um fator potencial no enfrentamento do estigma, devendo ser abordado no tratamento de pessoas com transtorno mental e pessoas que vivem com HIV/AIDS. Ainda, no que se refere aos efeitos protetores do suporte social, Zafran, Tallant e Gelinas (2012) encontraram que maior suporte social esteve associado com maior engajamento em atividades diárias, crença na capacidade pessoal e maior aceitação dos limites da condição de saúde para uma melhor reinserção no ambiente social entre pacientes com transtorno mental.

Já os estudos de Vyavaharkar et al. (2010) e de Simbayi et al. (2007) revelaram que altos níveis de estigma internalizado e baixo suporte social atuam como preditores significativos de depressão entre pessoas que vivem com HIV/AIDS e de funcionamento pobre de pacientes com transtorno bipolar, como descrevem Cerit, Filizer, Tural e Tufan (2012). Vyavaharkar et al. (2010) discutem ainda que o estigma internalizado pode influenciar a avaliação que os indivíduos fazem das fontes de suporte social disponíveis, sendo que uma avaliação negativa poderia atuar como preditora significativa de depressão.

O estudo de Person et al. (2009) realizado com mulheres portadoras de filariose linfática destacou que a presença dos linfedemas na perna resultam em atitudes prejudiciais e discriminatórias que, por sua vez, geram a internalização do estigma e uma incerteza nas relações sociais, o que pode contribuir para a evitação e isolamento social. Mak, Cheung et al. (2007) destacaram que o estigma internalizado tem um efeito altamente negativo no suporte social de pessoas que vivem com HIV/AIDS, o que pode levar a experiências de angústia psicológica pelos indivíduos.

Os estudos de Ersoy e Varan (2007), Sayles et al. (2008) e Kalichman et al. (2009) consistiram na avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos para avaliação do estigma internalizado, utilizando medidas de suporte social como critério para validade discriminante, relatando uma correlação negativa entre as variáveis. Por sua vez, o estudo de Ersoy e Varan (2007) considera que a qualidade dos relacionamentos sociais pode influenciar na internalização dos estereótipos e julgamentos negativos acerca do transtorno mental, na medida em que a redução dessas interações sociais prevê a internalização do estigma.

Considerando o processo de internalização do estigma, variáveis sociodemográficas como desemprego (Adewuya et al., 2011; Lv et al., 2012; Brohan et al., 2010), baixa renda (Ersoy & Varan, 2007; Peltzer & Ramlagan, 2011; Sayles et al., 2008), ser do sexo masculino (Ersoy & Varan, 2007; Simbayi et al., 2007), maiores anos de duração da doença (Adewuya et al., 2011; Simbayi et al., 2007), e baixa escolaridade (Brohan et al., 2010; Sayles et al., 2008) estiveram associadas a maiores níveis de estigma internalizado. Em relação ao suporte social, o sexo foi a principal variável sociodemográfica associada a maior nível de suporte social, o que significa que mulheres tendem a perceber maior apoio social do que homens (Cerit et al., 2012; Simbayi et al., 2007).

Quanto às variáveis psicossociais, a perda e restrição das interações sociais (Adewuya et al., 2011; Brohan et al., 2010; Ersoy & Varan, 2007; Peltzer & Ramlagan, 2011; Person et al., 2009), angústia psicológica (Mak, Cheung et al., 2007; Person et al., 2009; Simbayi et al., 2007) e presença de sintomas depressivos (Peltzer & Ramlagan, 2011; Simbayi et al., 2007; Vyavaharkar et al., 2010) foram consideradas os principais fatores de risco para a internalização do estigma, trazendo implicações para a qualidade de vida dos indivíduos (Peltzer & Ramlagan, 2011; Person et al., 2009). Já em relação ao suporte social, o bem-estar psicológico foi considerado a variável associada a maiores níveis de percepção de suporte (Mak, Cheung et al., 2007). As descrições das características dos estudos e dos principais resultados estão sumarizadas na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Descrição das características e principais resultados dos estudos (n=13)

Referência	Objetivo	Tamanho da Amostra (n); População	Instrumentos Estigma Internalizado	Instrumentos Suporte Social	Principais Resultados
Lv, et al. (2012)	Não está claramente descrito no artigo.	n= 95; Esquizofrenia	ISMI	SSRS	O estigma internalizado foi negativamente correlacionado com o suporte social. Os autores destacam que o suporte social teria efeito protetor no enfrentamento ao estigma.
Cerit et al. (2012)	Investigar os preditores de funcionamento, como variáveis demográficas e clínicas, suporte social, estigma internalizado e insight entre pacientes com transtorno bipolar em remissão dos sintomas.	n= 80; Transtorno Bipolar	ISMI	MSPSS	Correlação negativa entre estigma internalizado e suporte social percebido. Altos níveis de estigma internalizado e baixo suporte social percebido foram indicadores de um pobre funcionamento entre os pacientes com transtorno bipolar.
Zafran et al. (2012)	Explorar a experiência de adultos jovens retornando aos estudos após um episódio psicótico nos 5 anos anteriores.	n= 5; Transtorno mental	Não apresenta	Não apresenta	Efeitos positivos da presença de fontes de suporte social para fornecer um ambiente seguro, facilitando o engajamento nas atividades diárias, ajudando a normalizar a situação de estresse e vulnerabilidade associada ao transtorno mental.
Peltzer & Ramlagan (2011)	Avaliar o estigma internalizado entre pessoas que vivem com HIV/AIDS ao longo de 1 ano após o início do tratamento com a terapia antirretroviral.	n= 735; HIV/AIDS	AIDS-related stigma	SSQ	A falta de suporte social estava associada a maiores níveis de estigma internalizado. Altos níveis de estigma internalizado estiveram associados com depressão e baixa qualidade de vida.
Adewuya et al. (2011)	Avaliar a extensão, os domínios e correlações do estigma internalizado entre pacientes psiquiátricos de Lagos, Nigéria	n= 342; Esquizofrenia, Ansiedade, Depressão	ISMI	Mensuração própria	Percepção de baixo suporte social estava associada a altos níveis de estigma internalizado. Os autores destacaram que o estigma internalizado poderia impedir a formação de relações sociais benéficas para pacientes com transtorno mental.
Brohan et al. (2010)	Descrever o nível de estigma experimentado por usuários de serviço de saúde mental e sua associação com variáveis psicossociais.	n= 1229; Esquizofrenia/ Transtorno Esquizoafetivo/ Psicose	ISMI	Mensuração própria	Aumento do número de contatos sociais foi significativamente associado com a redução do estigma internalizado.
Vyavaharkar, et al. (2010)	Explorar a relação entre estigma relacionado ao HIV, suporte social e depressão em uma amostra de mulheres que vivem com HIV/AIDS.	n= 340; HIV/AIDS	ISS	MOS-SSS SSQ	Papel mediador do estigma internalizado entre a avaliação do suporte social e depressão. Encontrou-se que o suporte social poderia afetar o estigma relacionado ao HIV.

Tabela 1 – Descrição das características e principais resultados dos estudos (n=13) (continuação)

Referência	Objetivo	Tamanho da Amostra (n); População	Instrumentos Estigma Internalizado	Instrumentos Suporte Social	Principais Resultados
Person et al. (2009)	Avaliar as experiências de mulheres que vivem com a filariose linfática com linfedemas na perna.	n= 52; Mulheres com filariose linfática	Não apresenta	Não apresenta	A perda das interações sociais devido ao linfedema na perna pareceu contribuir para a internalização do estigma e menor qualidade de vida.
Kalichman et al. (2009)	Construir e validar a Internalized AIDS-Related Stigma Scale (IA-RSS)	n= 2394; HIV/AIDS	IA-RSS	SSQ	O construto de suporte social foi utilizado no estudo como validade discriminante, encontrando-se uma correlação negativa entre estigma internalizado e suporte social.
Sayles et al. (2008)	Desenvolver e avaliar uma medida multidimensional de estigma internalizado do HIV.	n= 202; HIV/AIDS	28-item measure of internalized HIV stigma	Fleishman SSS	O instrumento de estigma internalizado do HIV se correlacionou negativamente com a medida de suporte social. Os autores destacam o efeito negativo do estigma internalizado nas relações sociais.
Simbayi, et al. (2007)	Examinar o estigma internalizado entre pessoas que vivem com HIV/AIDS na cidade de Cape Town, na África do Sul.	n= 1063; HIV/ AIDS	AIDS-RSS	SSQ	Correlação negativa entre estigma internalizado e suporte social. O estigma internalizado tem um efeito negativo no suporte social, podendo levar a experiências de angústia psicológica e depressão.
Mak, Cheung et al. (2007)	Testar um modelo de explicação do estigma internalizado.	n= 150; HIV/AIDS	Mensuração própria	MOS-SSS	Correlações negativas significativas entre estigma internalizado e suporte social. Pessoas que vivem com HIV/AIDS são mais prováveis de perceberem menos apoio por parte dos outros.
Ersoy & Varan (2007)	Avaliar a confiabilidade e validade da versão turca da Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) em pacientes com transtorno mental.	n=203; Transtorno mental	ISMI	MSPSS	Correlação negativa entre estigma internalizado e suporte social. A redução das relações sociais devido ao transtorno mental pode contribuir para a internalização do estigma.

ISMI = Internalized Stigma of Mental Illness; IA-RSS = Internalized AIDS-Related Stigma Scale; AIDS-RSS = AIDS-Related Stigma Scale.

SSRS = Social Support Rating Scale; MSPSS = Multidimensional Scale of Perceived Social Support; SSQ = Social Support Questionnaire; MOS-SSS = Medical Outcomes Study Social Support Survey; Fleishman SSS = Fleishman Social Support Scale.

Principais limitações e direcionamentos para pesquisas futuras

Dentre os estudos analisados, cinco destacaram como principal limitação o pequeno tamanho da amostra, dificultando a generalização dos resultados (Adewuya et al., 2011; Cerit et al., 2012; Lv et al., 2012; Sayles et al., 2008; Zafran et al., 2012). Ainda com relação à amostra, dois estudos destacaram o viés de tratamento, argumentando que a percepção de estigma internalizado e suporte social para participantes engajados no tratamento pode diferir daqueles que não estão em situação de tratamento (Brohan et al., 2010; Zafran et al., 2012). Outras limitações importantes se referiram ao desenho transversal dos estudos, que não permite o estabelecimento de uma relação causal entre as variáveis investigadas (Adewuya et al., 2011; Brohan et al., 2010; Vyavaharkar et al., 2010), e a amostragem por conveniência, comprometendo a validade externa dos estudos (Lv et al., 2012; Sayles et al., 2008; Simbayi et al., 2007).

Como direcionamentos para pesquisas futuras destacou-se como principal a necessidade do desenvolvimento de intervenções apropriadas para prevenir o estigma e reduzir seus efeitos negativos para o indivíduo (Adewuya et al., 2011; Brohan et al., 2010; Peltzer & Ramlagan, 2011; Person et al., 2009; Simbayi et al., 2007). Para isso, os autores ressaltam como alternativa o investimento no desenvolvimento de contatos sociais (Brohan et al., 2010), e na adaptação e ajustamento social (Simbayi et al., 2007). Mak, Cheung et al. (2007) ressaltam ainda a importância de se investigar as dimensões culturais que podem influenciar as percepções sobre a condição de saúde, e a necessidade da realização de mais estudos que avaliem o processo de internalização do estigma no contexto das relações sociais.

7.4 Discussão

O presente estudo buscou sintetizar os resultados de estudos empíricos acerca da relação entre estigma internalizado e suporte social, e as implicações dessa relação para a saúde. Com base nos resultados encontrados, foi possível observar uma associação negativa entre essas variáveis, uma vez que maiores níveis de estigma internalizado estiveram relacionados a menores níveis de suporte social. Essa relação sugere que o estigma internalizado possui um efeito negativo nas dimensões de vida do indivíduo à medida que o afastamento do convívio social, além de restringir as redes sociais e as oportunidades de vida (Adewuya et al., 2011), traz implicações para o contexto da saúde, como a piora na qualidade de vida (Peltzer & Ramlagan, 2011; Person et al., 2009), experiências de angústia psicológica (Person et al., 2009; Simbayi et al., 2007) e presença de sintomas depressivos (Peltzer & Ramlagan, 2011; Simbayi et al., 2007; Vyavaharkar et al., 2010). Independente do diagnóstico, a depressão se mostrou como o principal indicador negativo de saúde mental associado ao estigma internalizado, embora nem sempre seja possível saber ao certo a direção dessa associação já que alguns estudos têm mostrado que o estigma internalizado aumenta os sintomas depressivos, enquanto que outros têm sugerido que a depressão contribui para um maior nível de estigma internalizado (Ritsher et al., 2003; Vyavaharkar et al., 2010).

A comorbidade da depressão com outras condições de saúde consiste em uma importante implicação para o tratamento, uma vez que tende a agravar o estado de saúde, além de ter um impacto negativo na qualidade de vida. Além disso, a presença de sintomas depressivos contribui para o isolamento e evitação social, principalmente daqueles que são significativos em promover assistência e suporte emocional, podendo inclusive interferir na adesão ao tratamento da condição primária (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000; Moussavi et al., 2007).

Estudos anteriores discutiram ainda que a internalização do estigma acarreta em diversas dificuldades para o tratamento, incluindo não só a baixa adesão (Alvidrez, Snowden, & Kaiser, 2008; Kalichman & Grebler, 2010; Tsang et al., 2010), como também o agravamento dos sintomas (Ritsher & Phelan, 2004; Yanos, et al., 2008), inibição para a prontidão para a mudança (Tsang et al., 2010), além de reforçar as expectativas pessoais de rejeição e discriminação (Alvidrez et al., 2008). Assim, o suporte social tem sido um construto descrito como um potencial recurso de enfrentamento ao estigma, na medida em que a disponibilidade e a satisfação com o suporte parecem afetar o ajustamento das pessoas (DiMatteo, 2004; Seidl & Tróccoli, 2006), auxiliando na reestruturação e manutenção das relações sociais (Brohan et al., 2010; Lv et al., 2012; Zafran et al., 2012), além de influenciar positivamente a progressão e a recuperação de uma doença, no que se refere à adoção de comportamentos saudáveis (Mueller et al., 2006; Schwarzer et al., 2003).

A presença de um suporte social pode contribuir significativamente para diminuir o estresse psicológico, os sintomas depressivos e as experiências de estigma (Vyavaharkar et al., 2010). Essas contribuições evidenciam a necessidade de se considerar construtos como o estigma internalizado e o suporte social ao longo do tratamento da condição, além de auxiliar na elaboração de intervenções apropriadas para o enfrentamento ao estigma de forma a diminuir o seu impacto negativo na vida dos indivíduos (Adewuya et al., 2011; Brohan et al., 2010; Peltzer & Ramlagan, 2011; Person et al., 2009; Simbayi et al., 2007 Vyavaharkar et al., 2010).

Fatores sociodemográficos também estiveram associados aos níveis de estigma internalizado e de suporte social, sendo esses resultados consistentes com a literatura que aponta que desemprego, baixa renda e menores níveis de escolaridade atuam como preditores de maiores níveis de estigma internalizado (Li, Lee, Thammawijaya,

Jiraphongsa, & Rotheram-Borus, 2009; Werner, Stein-Shvachman, & Heinik, 2009). O longo curso da doença aumenta a probabilidade de se desenvolver algumas debilidades em função da condição, ao lado de um funcionamento pobre que acabam por contribuir para o desemprego e baixa renda, favorecendo o aumento do estigma internalizado (Adewuya et al., 2011). Em relação ao gênero, observou-se que ser do sexo masculino esteve relacionado a maiores níveis de estigma internalizado. Entretanto, outros estudos revelaram que mulheres apresentam maiores níveis de estigma (Brohan et al., 2010; Werner et al., 2009), o que indica a realização de estudos que investiguem o papel da variável sexo na internalização do estigma.

Por outro lado, ser mulher esteve associado com maiores níveis de suporte social (Cerit et al., 2012; Simbayi et al., 2007), visto que a literatura aponta que mulheres normalmente possuem mais amigos próximos do que os homens, e tendem a desenvolver relações mais íntimas, embora homens tendam a se engajar em grandes grupos. Além disso, as mulheres fornecem mais apoio emocional tanto para homens quanto para mulheres, conseguindo maior ajuda em troca (Schwarzer et al., 2003).

A ausência de uma definição de suporte social pelos estudos analisados revela uma confusão conceitual do construto, uma vez que o termo suporte social é geralmente usado em um sentido amplo, incluindo os conceitos de rede social e integração social que assumem posições teóricas distintas, o que influencia diretamente na escolha dos instrumentos de mensuração. Assim, a falta de clareza do construto não permite a compreensão acerca de quais dimensões de suporte social estão sendo avaliadas (Schwarzer et al., 2003). Por outro lado, o conceito de estigma internalizado foi definido de forma convergente, sendo Patrick Corrigan o principal autor citado. Considerando que o instrumento de medida de estigma internalizado mais utilizado foi a escala *Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)* (Ritsher et al., 2003), é possível destacar

que os autores enfatizam variáveis como o sigilo da condição, desvalorização percebida, vergonha e exclusão social como processos essenciais para a internalização do estigma, diferente do proposto por Corrigan que concebe o estigma internalizado em termos da relação com autoestima e autoeficácia (Corrigan et al., 2006; Soares, Nery, Silveira, Noto, & Ronzani, 2011). Embora tenham sido propostas definições similares acerca do construto, observa-se a presença de bases conceituais distintas o que acarreta em dificuldades para a comparação dos resultados entre os estudos (Link & Phelan, 2001).

Alguns problemas metodológicos puderam ser observados, e foram apontados como limitações das pesquisas. O delineamento dos estudos analisados é um fator que merece destaque, já que a maioria (n=11) optou por um desenho transversal. A realização de estudos longitudinais seria de grande importância para a compreensão da relação entre estigma internalizado e suporte social, e para a avaliação das consequências dessa relação a longo prazo. Considerando que apenas três estudos relataram a estratégia de amostragem probabilística para a seleção dos participantes, há uma dificuldade de generalização dos resultados para a população geral, observada também pela utilização de amostras pequenas. O viés do tratamento também pode ser considerado como uma limitação importante, uma vez que pode influenciar diretamente nas percepções de suporte social e de estigma internalizado de participantes que estão em tratamento.

Tendo em vista os estudos que compuseram a amostra deste artigo, observa-se que apenas três tipos de condições de saúde foram investigados, sendo elas o transtorno mental (n=6), o HIV/AIDS (n=6) e a filariose linfática (n=1). vanBrakel (2006) argumenta que as consequências do estigma têm se mostrado similares entre diversas condições de saúde, no entanto, considera-se fundamental a realização de estudos com populações distintas visto que o impacto da relação entre estigma internalizado e

suporte social pode se apresentar de diferentes formas de acordo com o grau de aceitação social de determinada condição (Link & Phelan, 2001; Mak, Cheung et al., 2007). Estudos apontam que nos casos em que o indivíduo é considerado como responsável pela sua condição, como no abuso e dependência de substâncias, por exemplo, a rejeição social é particularmente forte, sendo que as experiências de discriminação têm um impacto negativo na disponibilidade de suporte social, contribuindo para a deterioração da saúde na medida em que se constitui como uma potencial barreira para o acesso ao cuidado (Ahern et al., 2007; Silveira et al., 2009; Simbayi et al., 2007).

Considerando a importância do tema, sugere-se que mais estudos que avaliem a relação entre suporte social e estigma internalizado entre condições de saúde distintas sejam realizados, uma vez que apenas treze estudos foram encontrados. Entretanto, a presente revisão sistemática traz duas importantes contribuições para a literatura. A primeira se refere ao impacto negativo da internalização do estigma para resultados de saúde, principalmente de pacientes com transtorno mental e de pessoas que vivem com HIV/AIDS, e a necessidade de intervenções e políticas voltadas para a redução do estigma e dos danos associados. A segunda contribuição se refere ao construto de suporte social como uma possível estratégia de enfrentamento ao estigma internalizado, considerando o seu efeito protetor ao amenizar as consequências negativas de eventos estressantes sobre o bem-estar físico e psicológico (Seidl & Tróccoli, 2006), além de favorecer o estabelecimento de relações saudáveis que promovam a reintegração social e melhor qualidade de vida (Vyavaharkar et al., 2010; Zafran et al., 2012).

Limitações

Algumas limitações precisam ser consideradas na interpretação dos resultados do presente estudo. Como o objetivo do estudo consistiu em avaliar a relação entre estigma internalizado e suporte social e o impacto dessa relação para a saúde, aspectos sociais relacionados a categorias sociais como papel do gênero, etnia e orientação sexual não foram investigados. Em segundo lugar, conceitos como ‘rede social’ e ‘integração social’ por serem considerados distintos do conceito de suporte social não foram utilizados como palavras-chave para a busca dos artigos. Da mesma forma, conceitos como vergonha internalizada e homofobia internalizada foram excluídos por representarem apenas dimensões isoladas do estigma internalizado ou fazerem referência a condições sociais, e não de saúde. A terceira limitação se refere à variedade de instrumentos de mensuração de estigma internalizado e suporte social, o que sugere que diferentes domínios dos construtos tenham sido avaliados, requerendo maior atenção na comparação entre os resultados.

8 Estudo 2 - A relação entre estigma internalizado e suporte social entre dependentes de crack em situação de vulnerabilidade social

8.1 Justificativa

Entre os estudos realizados com dependentes de substâncias a maioria tem focado na visão do público em relação a eles, sem examinar diretamente os efeitos da estigmatização para os próprios indivíduos (Livingston et al., 2011). Particularmente em relação aos dependentes de crack, a situação de vulnerabilidade social em que se situam e a moralização do consumo da droga podem influenciar a visão que os dependentes têm sobre si próprios (Oliveira & Nappo, 2008; Silveira, 2010). Pesquisas sugerem que o suporte social é benéfico enquanto estratégia de enfrentamento ao estresse associado à dependência de substâncias, proporcionando melhores resultados de saúde física e psicológica (Cohen et al., 2000; Rogers et al., 2004; Seidl & Tróccoli, 2006; Symister & Friend, 2003). Entretanto, a literatura revela uma lacuna entre o entendimento dos mecanismos de estigma em relação à dependência de substâncias e das estratégias para enfrentá-lo. Assim, o propósito deste estudo é avaliar a relação entre estigma internalizado e suporte social em uma amostra de dependentes de crack em situação de vulnerabilidade social.

8.2 Método

8.2.1 Delineamento da Pesquisa

O presente estudo se caracteriza como um estudo correlacional, de delineamento transversal de metodologia quantitativa, realizado em uma amostra de dependentes de crack em tratamento em uma instituição pública de referência especializada em tratamento para a dependência de substâncias, na cidade de São Paulo – SP. As

modalidades de atendimento oferecidas pelo centro de referência constituem-se em dois níveis: intensivo e semi-intensivo. Ambos os níveis se caracterizam por um atendimento ambulatorial, sendo que na modalidade intensivo, o paciente frequenta o serviço de segunda a sexta por meio-período do dia – nos casos mais graves, recomenda-se que o paciente permaneça no serviço o dia todo, caracterizando-se na modalidade “intensivão”; enquanto que os pacientes do semi-intensivo são aqueles que frequentam o serviço apenas alguns dias da semana, em atividades pontuais.

Como o projeto representa uma parceria entre a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a realização da coleta de dados na cidade de São Paulo seguiu um critério de conveniência em função da logística disponível que proporcionou uma maior agilidade no processo de coleta de dados. Além disso, o centro de referência está localizado na região central da cidade de São Paulo, sendo esta apontada por diversos estudos como de grande concentração dos dependentes de crack (Oliveira & Nappo, 2008; Raupp & Adorno, 2010; Ribeiro et al., 2010).

8.2.2 Participantes

Foram considerados elegíveis para participar deste estudo indivíduos dependentes de crack maiores de 18 anos, escolhidos mediante os seguintes critérios de elegibilidade: a) ter recebido o diagnóstico de dependência para o crack avaliado pelo *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI); b) ser usuário de serviço de tratamento especializado para dependência do tipo ambulatorial (modalidade intensivo ou semi-intensivo); c) ter dado entrada no serviço no mês de coleta para evitar vieses de tratamento. Como critérios de exclusão têm-se: a) estar sob o efeito de substâncias psicoativas no momento da entrevista; b) ter recusado participar da pesquisa.

A amostra do presente estudo foi estimada a partir do coeficiente de correlação de Pearson ($r = 0,38$) encontrado no estudo de Mak, Cheung et al. (2007) entre as variáveis estigma internalizado e suporte social, utilizando os seguintes parâmetros $\alpha=0,05$ e poder do teste de 90% na fórmula apresentada por Cohen (1988). Foram necessários 69 participantes. Com este delineamento, obteve-se uma amostra composta por 114 dependentes de crack.

8.2.3 Instrumentos

Os instrumentos foram compostos por escalas e questionários estruturados, aplicados sob a forma de entrevista e individualmente, garantindo o sigilo aos participantes da pesquisa (**Anexo 2**):

Questionário sóciodemográfico: Esse questionário foi desenvolvido pelos próprios pesquisadores com objetivo de conhecer as características da amostra. As variáveis avaliadas foram: sexo, idade, estado civil, histórico de saúde, número de vezes que deu entrada em serviços para tratamento da dependência e histórico de internação. Para uma caracterização mais detalhada da situação de emprego, renda e escolaridade dos participantes, optou-se por utilizar, para fins de caracterização da amostra, os itens da subescala de Emprego/ Sustento do ASI6 (Escala de Gravidade de Dependência) adaptado para o contexto brasileiro (Kessler, et al., 2007; Sartes, 2010).

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): O MINI, validado para o contexto brasileiro por Amorim (2000), foi utilizado como critério de elegibilidade para avaliar a dependência de crack. É um questionário organizado por módulos diagnósticos independentes de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento. O MINI consiste em um questionário estruturado compatível com os critérios diagnósticos propostos pelo DSM III-R/ IV e pela CID-10, permitindo a

avaliação rápida dos principais transtornos do eixo I do DSM-III/IV, através de respostas dicotômicas (SIM/NÃO).

Versão Brasileira da Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental adaptada para Dependentes de Substâncias (ISMI-BR): Escala que avalia o estigma internalizado composta por 29 itens de uma escala do tipo Likert de 4 pontos variando de discordo totalmente até concordo totalmente (Ritsher et al., 2003). A escala é composta por cinco subescalas, sendo elas: *Alienação (Fator 1)*, composta por 6 itens que se referem à experiência subjetiva de ser avaliado de forma inferior aos demais membros da sociedade, ou ter a identidade deteriorada; *Aprovação do Estereótipo (Fator 2)*, composta por 7 itens que estão relacionados ao grau de concordância com os estereótipos sobre as pessoas com dependência de substâncias; *Percepção de Discriminação (Fator 3)*, composta por 5 itens referentes à percepção dos respondentes da forma como são frequentemente tratados pelos outros; *Evitação Social (Fator 4)*, formada por 6 itens relacionados às estratégias de evitação nas relações sociais; e *Resistência ao Estigma (Fator 5)*, formada por 5 itens que se referem à experiência de resistir ou não ser afetado pelo estigma internalizado. A pontuação da subescala de Resistência ao Estigma é invertida a fim de se verificar a validade das respostas dadas pelos respondentes (Ritsher et al., 2003). O escore total é obtido através da soma dos pontos obtidos em cada item podendo variar de 29 a 116 pontos, sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de estigma internalizado. Esta escala não apresenta a normatização de seus escores. A versão brasileira foi traduzida, adaptada e validada por Soares (2011) para dependentes de substâncias, obtendo boa consistência interna para o escore total da ISMI-BR ($\alpha = 0,83$), e para as subescalas os índices de consistência interna foram de 0,67 (Alienação), 0,53 (Aprovação do Estereótipo), 0,58 (Percepção de Discriminação), 0,69 (Evitação Social) e 0,32 (Resistência ao estigma). Para o presente

estudo os índices de consistência interna da ISMI-BR foi de 0,84, e para as subescalas foram: 0,71 (Alienação), 0,68 (Aprovação do Estereótipo), 0,63 (Percepção de Discriminação), 0,66 (Evitação Social) e 0,44 (Resistência ao estigma).

Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS: Para avaliar o suporte social, optou-se pela versão brasileira (Seidl & Tróccoli, 2006) da escala Social Support Inventory for People who are HIV Positive or Have Aids (Renwick, Halpen, Rudman, & Friedland, 1999) adaptada para dependentes de crack. Embora o instrumento seja destinado a pacientes soropositivos, os itens não estão relacionados exclusivamente a essa condição de saúde, uma vez que se refere ao suporte social em diversas situações crônicas. A utilização da versão brasileira da escala para a população de dependentes de crack foi concedida pela autora responsável pela validação em português. Uma modificação foi feita no instrumento referente à instrução, em que a palavra soropositividade foi retirada, sendo que outra modificação foi feita no Item 3, em que as palavras “atividade doméstica cotidiana” foi substituída apenas por “atividade”. A escala é composta por 24 itens com duas dimensões em sua estrutura fatorial, na versão brasileira: suporte social instrumental e suporte social emocional. O suporte social instrumental se refere à percepção e satisfação quanto à disponibilidade de apoio no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ ou financeira. O suporte social emocional está relacionado à percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional. As respostas são dadas em escalas Likert de cinco pontos: (1) nunca a (5) sempre, para a disponibilidade de suporte, e de (1) muito insatisfeito a (5) muito satisfeito para satisfação com o suporte. Para a avaliação do suporte social emocional é feita a soma dos 12 itens correspondentes e o total é dividido por esse mesmo número, da mesma

forma que para o suporte social instrumental é feita a soma dos 12 itens, cujo total é dividido por 12. Assim, os escores para suporte social instrumental e suporte social emocional podem variar de 1 a 5, sendo que quanto maior o valor, maior o nível de suporte social percebido. Este instrumento não apresenta normatização de seus escores. Para a validação original do instrumento, a consistência interna para a composição de um único escore de suporte social foi de 0,87, 0,84 para o suporte social instrumental e 0,92 para o suporte social emocional. Para o presente estudo, o índice de consistência interna para a versão unifatorial foi de 0,90, 0,84 para o suporte social instrumental e 0,84 para o suporte social emocional.

8.2.4 Procedimentos

Foi feito um contato inicial com os coordenadores do serviço para explicar os objetivos da pesquisa a fim de se obter consentimento para a realização do estudo. As entrevistas foram realizadas no período de julho de 2012 a março de 2013. Os pacientes que deram entrada no serviço nesse período, ou que estavam em tratamento há menos de 1 mês foram convidados a participar do estudo. Como o presente estudo representa um recorte de um estudo longitudinal, os dados coletados são referentes às entrevistas de base (*baseline*) realizadas no momento em que os dependentes de crack dão entrada no serviço para tratamento.

As entrevistas foram realizadas durante o “espaço de convivência”, momento informal destinado à convivência entre os usuários do serviço através de jogos ou conversas, ou enquanto os pacientes aguardavam a consulta médica, de forma a não interromper as atividades formais do serviço. As entrevistas apresentaram uma duração média de 40 minutos. Todos os entrevistadores foram previamente treinados para a aplicação dos instrumentos e para a explicação do protocolo do estudo aos participantes.

8.3 Análise dos dados

Os dados dos questionários foram inseridos por dois digitadores de forma independente em um banco de dados da versão 15.0 do software Statistical Package for Social Science - SPSS®. As duas versões da digitação foram comparadas utilizando o software Epiinfo 6.0 para detectar e corrigir eventuais erros de digitação. Após a consolidação deste banco de dados e organização das variáveis, foram realizadas análises estatísticas exploratórias através de estatísticas descritivas do tipo frequência absoluta (n), frequência relativa (%) para dados qualitativos e média (M) e desvio padrão (DP) para dados quantitativos.

As análises inferenciais para avaliar a relação entre estigma internalizado e suporte social foram o coeficiente de Correlação Linear de *Pearson* para distribuição normal dos dados, e o coeficiente de Correlação Linear de *Spearman* quando o pressuposto de normalidade foi violado, ajustados pela correção da significância de Bonferroni para comparações múltiplas entre os dois grupos formados pela identificação da fonte de suporte. A análise de confiabilidade de cada uma das escalas foi feita através do índice de Alfa de Cronbach. Foi adotado como nível de significância de $p < 0,05$ para rejeição da hipótese nula, sendo as correções de Bonferroni analisadas também no nível de $p < 0,10$.

8.4 Aspectos Éticos

Considerando que este estudo é um desdobramento de um estudo longitudinal desenvolvido pela UNIFESP em parceria com a UFJF, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo, parecer nº0965/10 (**Anexo 3**).

Todos os participantes consentiram sobre a realização da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que esclareceu aos participantes os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como o caráter voluntário de sua participação, não prevendo qualquer ressarcimento ou prejuízo de qualquer natureza (**Anexo 4**). Ainda através do TCLE foi garantido aos participantes o caráter sigiloso da pesquisa, uma vez que a divulgação dos resultados em meios públicos manteria o nome dos participantes em anonimato.

8.5 Resultados

8.5.1 Características dos Participantes

Entre os 114 pacientes entrevistados, 94,7% eram do sexo masculino. A idade variou de 19 a 62 anos, sendo que a média de idade da amostra foi de 36,5 anos (DP=8,2). A maioria dos participantes relatou não ter nenhum nível de instrução formalmente completo (39,5%). Cerca de 70% dos participantes declararam estar desempregados no momento em que as entrevistas foram realizadas, sendo que destes, apenas 14% relataram estarem procurando por emprego. No que se refere ao estado civil, 85% declararam não estar vivendo com algum companheiro/a.

Os participantes revelaram diversos problemas de saúde, além da dependência de crack, sendo o problema respiratório crônico o principal relatado por 22,8% (n=26) da amostra. Cerca de 75% dos participantes apresentaram dependência de crack e álcool. A média de idade do primeiro uso de crack na vida foi de 24 anos (DP=7,6), variando de 12 a 48 anos. O consumo de outras substâncias ilícitas foi prevalente na amostra, sendo a cocaína (pó) a substância mais utilizada (71,0%), seguida pela maconha (65,8%). Para as substâncias ilícitas consumidas, além do crack, não foram avaliados os critérios para dependência, sendo esses dados referentes apenas ao uso nos

últimos 12 meses. A média de idade da primeira substância utilizada na vida, seja ela lícita ou ilícita, foi de 14,5 anos (DP=4,2), variando de 4 a 25 anos. As substâncias lícitas foram as mais apontadas como as substâncias de primeiro uso na vida, sendo o álcool relatado por 43,8% e o tabaco por 30,7% da amostra. Entre as substâncias ilícitas, a maconha foi identificada como a substância de primeiro uso na vida por 24,7% dos participantes. Apenas 3,5% revelaram ser o crack a primeira substância de uso na vida. Cerca de 74% da amostra eram pessoas em situação de rua.

Considerando o número de vezes em que os participantes buscaram tratamento para a dependência, foi encontrada uma média de 4,2 vezes (DP=7,9), variando de 1 a 68 vezes. A maioria dos participantes (75,4%) relatou já ter dado entrada em algum serviço para tratamento além desta vez. Destes, 58,8% já permaneceram internados. A média de idade em que os participantes relataram buscar tratamento pela primeira vez na vida foi de 31,4 anos (DP=8,9), variando de 14 a 62 anos. Cerca de 85% dos participantes revelaram que o principal motivo que os levou a buscar tratamento para sua condição naquele momento foi por vontade própria. Essas informações estão sumarizadas na **Tabela 2**.

Tabela 2 – Descrição das características sociodemográficas dos participantes (n=114)

Variáveis		M (DP) ou %
Idade em anos		36,5 (8,2)
Idade em anos do primeiro uso de crack na vida		24 (7,6)
Idade em anos do primeiro uso na vida de alguma substância psicoativa		14,5 (4,2)
Sexo	Masculino	94,7%
	Feminino	5,3%
Vivia com companheiro	Não	85,1%
	Sim	14,0%
	Não respondeu	0,9%
Escolaridade	Algum nível de instrução incompleto	39,5%
	Ensino Fundamental Completo	30,7%
	Ensino Médio Completo	28,0%
	Ensino Superior Completo	1,8%
Situação de emprego	Fora do mercado de trabalho	56,1%
	Desempregado procurando por trabalho	14,1%
	Bicos	23,7%
	Meio-turno	3,5%
	Turno integral	2,6%
Dependência de substâncias	Álcool e Crack	74,6%
	Crack	26,4%
Outros problemas de saúde além da dependência	Problema respiratório crônico	22,8%
	Hipertensão Arterial	17,5%
	Tuberculose	10,5%
	Hepatite	10,5%
	HIV/AIDS	7,9%
	Epilepsia ou convulsões	6,1%
	Doenças cardíacas	3,5%
	Outros	10,3%

Tabela 2 – Descrição das características sociodemográficas dos participantes (n=114)
(continuação)

Variáveis		M (DP) ou %
Pessoas em situação de rua	Sim	73,7%
	Não	25,4%
Número de vezes na vida que buscou tratamento para a dependência		4,2 (7,9)
Idade em anos de quando buscou tratamento para dependência pela 1ª vez		31,4 (8,9)
Primeira vez na vida que buscou tratamento para a dependência	Sim	24,6%
	Não	75,4%
Internação como modalidade de tratamento	Sim	58,8%
	Não	25,4%
	Não se aplica	23,7%

8.5.2 Relação entre estigma internalizado e suporte social entre dependentes de crack

A média de pontos da amostra na ISMI-BR foi de 80,9 (DP=10,0), variando de 54 a 110 pontos, com distribuição normal dos seus escores. Para o suporte social, a média de pontos para a versão unifatorial (24 itens) da Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS adaptada para dependentes de crack foi de 3,1 pontos (DP=0,80; amplitude de 1,63 a 4,75; n=114). Para um melhor detalhamento da percepção da disponibilidade e satisfação com o suporte social, optou-se em utilizar a versão bifatorial do instrumento. A **Tabela 3** apresenta as médias das pontuações para as subescalas da ISMI-BR e da Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS adaptada para dependentes de crack.

Tabela 3 – Médias para as subescalas da ISMI-BR e da Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS adaptada para dependentes de crack (n=114)

	Subescalas	M (DP) n=114	Mínimo e máximo de pontos dos participantes	Mínimo e máximo de pontos possíveis
ISMI-BR	Alienação (F1)	18,5 (2,8)	11-24	6-24
	Aprovação do Estereótipo (F2)	18,0 (3,5)	8-28	7-28
	Percepção de Discriminação (F3)	14,0 (2,5)	8-20	5-20
	Evitação Social (F4)	17,8 (2,7)	12-24	6-24
	Resistência ao estigma (F5)	12,3 (2,2)	6-20	5-20
Suporte Social	Suporte Social Instrumental	3,1 (0,86)	1-5	1-5
	Suporte Social Emocional	3,2 (0,84)	1-5	1-5

No que se refere às fontes de suporte social relatadas observa-se que os profissionais de saúde e de assistência parecem ter um papel em destaque na percepção dos dependentes de crack, embora os dependentes estivessem recentemente no tratamento. A fonte de *Suporte Social Instrumental* relatada com maior frequência foi profissionais de saúde/assistência, seguida pelos familiares que não moravam com o dependente e dos amigos (ambos citados 27 vezes), parceiro, familiares que residiam com o paciente, chefe ou colega de trabalho e, por fim, vizinhos. No que se refere à categoria ‘outros’, os participantes fizeram referência, principalmente, a pessoas de instituições religiosas, outros usuários de substâncias e ex-mulheres.

Quanto ao *Suporte Social Emocional*, os profissionais de saúde também foram mencionados em primeiro lugar, seguido por amigos, depois os familiares que não residiam com o dependente, depois os parceiros, familiares que residiam com o dependente e, por fim, vizinhos e chefe ou colega de trabalho. Em relação à categoria ‘outros’, os participantes mencionaram, principalmente, pessoas de instituição religiosa e outros usuários de substâncias. A **Tabela 4** apresenta a frequência das fontes de suporte social citadas.

Tabela 4 – *Frequência das fontes de Suporte Social (n=114)*

Fontes de Suporte Social	Instrumental	Emocional
	Frequência	Frequência
Profissional(is) de saúde/assistência	73	72
Amigo(s)	27	44
Familiares que não residem com o dependente	27	21
Outros(s)	21	19
Esposa(o), companheira(o) ou namorada(o)	12	12
Familiares que residem com o dependente	12	12
Colega(s) de trabalho	4	3
Vizinho(s)	3	3

Nota: Mais de uma fonte de suporte social poderia ser mencionada pelos participantes.

A relação entre estigma internalizado (medido pela ISMI-BR) e suporte social (medido pela Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS) foi avaliada pelos coeficientes de Correlação Linear de *Pearson* e de Correlação Linear de *Spearman*. Análises preliminares foram realizadas para garantir que os pressupostos de normalidade, linearidade e homoscedasticidade não fossem violados. Os resultados revelaram que, em contraponto às hipóteses de que maiores níveis de estigma internalizado estariam negativamente correlacionados com menor suporte social, as correlações entre essas variáveis não foram estatisticamente significativas. Os coeficientes de correlação estão apresentados na **Tabela 5**.

Tabela 5 – Coeficientes de Correlação entre Estigma Internalizado e Suporte Social (n=114)

	Suporte Social Instrumental	Suporte Social Emocional	Suporte Social Escala Geral
ISMI-BR total	-0,054 ^a	-0,098 ^a	-0,085 ^a
Alienação (F1)	0,022 ^b	0,014 ^b	0,016 ^b
Aprovação do Estereótipo (F2)	-0,144 ^b	-0,082 ^b	-0,135 ^b
Percepção de Discriminação (F3)	-0,122 ^b	-0,096 ^b	-0,128 ^b
Evitação Social (F4)	0,018 ^b	0,004 ^b	0,017 ^b
Resistência ao Estigma (F5)	-0,007 ^b	-0,080 ^b	-0,061 ^b

a p-valor dado pelo coeficiente linear de Pearson

b p-valor dado pelo coeficiente linear de Spearman

Em seguida, optou-se por avaliar a relação entre estigma internalizado e suporte social a partir das três principais fontes de Suporte Social Instrumental e de Suporte Social Emocional relatada pelos participantes, sendo elas os profissionais de saúde/assistência, amigos e familiares que não residiam com o dependente.

Em relação ao Suporte Social Instrumental, encontrou-se que ter apoio de profissionais de saúde e de amigos não esteve significativamente correlacionado aos escores obtidos na ISMI-BR. No entanto, entre os dependentes que relataram receberem apoio de familiares que não residiam com eles, encontrou uma associação positiva com o fator 1 (Alienação) ($r=0,41$; $p<0,05$) e com o fator 3 (Percepção de Discriminação) ($r=0,39$; $p<0,05$). Após a aplicação de Bonferroni para o nível de significância, essas correlações deixam de ser estatisticamente significativas no nível de $p<0,05$, mantendo-se no nível de $p<0,10$. Por outro lado, não receber apoio de familiares que não residiam com o dependente esteve negativamente correlacionado com o escore total da ISMI-BR ($r=-0,25$; $p<0,05$) e com o fator 3 (Percepção de Discriminação) da ISMI-BR ($r=-0,37$; $p<0,01$). Os resultados estão descritos na **Tabela 6**.

Tabela 6 - Correlações entre as fontes de Suporte Social Instrumental e Estigma Internalizado (n=114)

Estigma Internalizado	Suporte Social Instrumental					
	Apoio de Profissionais de Saúde/ Assistência		Apoio de Amigos		Apoio de Familiares que não moram com a pessoa	
	Sim (n=73)	Não* (n=40)	Sim (n=27)	Não* (n=86)	Sim (n=27)	Não* (n=86)
ISMI-BR total	-0,12	-0,004	-0,08	-0,07	0,39	-0,25 ^a
Alienação (F1)	-0,02	0,02	-0,03	0,005	0,41 ^b	-0,15
Aprovação do Estereótipo (F2)	-0,21	-0,08	-0,11	-0,16	-0,15	-0,15
Percepção de Discriminação (F3)	-0,17	0,01	-0,15	-0,13	0,39 ^c	-0,37 ^d
Evitação Social (F4)	0,05	-0,04	-0,004	0,03	0,21	-0,12
Resistência ao Estigma (F5)	-0,18	0,18	0,13	-0,09	0,35	-0,16

a Pearson $p < 0,05$ ($P_{\text{Bonferroni}} = 0,04$); b Spearman $p < 0,05$ ($P_{\text{Bonferroni}} = 0,06$); c Spearman $p < 0,05$ ($P_{\text{Bonferroni}} = 0,09$); d Spearman $p < 0,05$ ($P_{\text{Bonferroni}} = 0,002$).

* Significa que o apoio deriva de outras fontes.

No que se refere ao Suporte Social Emocional, as análises revelaram que receber apoio de profissionais de saúde/assistência, amigos e familiares que não residiam com o dependente não esteve estatisticamente correlacionado com as variáveis de estigma internalizado. No entanto, não receber apoio de profissionais de saúde/assistência esteve negativamente correlacionado ao fator 2 (Aprovação do Estereótipo) da ISMI-BR ($r = -0,33$; $p < 0,05$). Ao se ajustar a correlação pela correção de Bonferroni, observa-se que a correlação deixa de ser significativa no nível de $p < 0,05$, mantendo seu nível de significância em $p < 0,10$. Os resultados estão sumarizados na **Tabela 7**.

Tabela 07 – Correlações entre as fontes de Suporte Social Emocional e Estigma Internalizado (n=114)

Estigma Internalizado	Suporte Social Emocional					
	Apoio de Profissionais de Saúde/ Assistência		Apoio de Amigos		Apoio de Familiares que não moram com a pessoa	
	Sim (n=72)	Não* (n=38)	Sim (n=44)	Não* (n=66)	Sim (n=21)	Não* (n=89)
ISMI-BR total	-0,04	-0,31	-0,13	-0,15	-0,07	-0,18
Alienação (F1)	0,01	-0,11	-0,02	-0,06	-0,04	-0,05
Aprovação do Estereótipo (F2)	0,04	-0,33 ^a	-0,06	-0,01	-0,2	-0,1
Percepção de Discriminação (F3)	-0,03	-0,26	-0,16	-0,09	-0,04	-0,2
Evitação Social (F4)	0,07	-0,19	-0,04	-0,01	-0,13	-0,11
Resistência ao Estigma (F5)	-0,15	-0,17	-0,18	-0,12	-0,04	-0,11

^a Spearman $p < 0,05$ ($P_{\text{Bonferroni}} = 0,09$).

* Significa que o apoio deriva de outras fontes

8.6 Discussão

A dependência de crack representa um dos grandes problemas atuais de saúde pública no contexto brasileiro, devido às implicações e impactos negativos que o consumo traz não só para os dependentes, mas também para a sociedade como um todo (Guimarães et al., 2008; Oliveira & Nappo, 2008; Raupp & Adorno, 2011). A complexidade dos fatores econômicos, sociais e psicológicos associados à dependência de crack, somados às dificuldades de abordagem do problema nos serviços de saúde ressalta a necessidade de se avaliar aspectos psicossociais que podem contribuir para o sucesso do tratamento, mas também aqueles que podem constituir potenciais barreiras para o acesso aos serviços e recuperação.

Tomando como base as hipóteses de que maiores níveis de estigma internalizado estariam relacionados a menores níveis de suporte social geral, suporte social instrumental e suporte social emocional, as análises revelaram que a associação entre as

variáveis não foi estatisticamente significativa, não corroborando as hipóteses. Em relação ao estigma internalizado, é importante ressaltar que embora a escala utilizada para mensurar esse construto não apresente a normatização dos escores, os dados sugerem que uma parcela da amostra experimentou algum nível de estigma internalizado relacionado à condição de dependente de crack haja vista que a média de pontuação na *ISMI-BR* foi de aproximadamente 81 pontos (DP=10,0). Da mesma forma, no que se refere ao suporte social, os participantes pareceram apresentar algum nível de percepção e satisfação com o suporte, uma vez que a média para a versão unifatorial da *Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS adaptada para dependentes de crack* foi de 3,1 pontos (DP=0,80), 3,1 pontos (DP=0,86) para a subescala de *Suporte Social Instrumental* e média de pontos de 3,2 (DP=0,84) para a subescala de *Suporte Social Emocional*. A ausência de correlação entre as variáveis sugere que, embora os dependentes relatem a percepção e satisfação com algum nível de suporte social, apresentam ainda algum nível de estigma internalizado.

Um ponto essencial para a compreensão dos resultados se refere às fontes de suporte social relatada pelos participantes. A principal fonte de suporte citada foi profissional de saúde/assistência, refletindo o contexto de vulnerabilidade dos dependentes de crack que se apoiam principalmente nas redes de assistência como forma de se obter apoio e ajuda material. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado com dependentes de substâncias revelando que o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) se apresentou como a principal rede de vínculos e suporte para os dependentes, principalmente em relação ao auxílio no manejo de situações de crise (Souza, Kantorski, & Mielke, 2006).

Uma possível razão para esse fato consiste em que a maioria dos participantes entrevistados para o presente estudo estava em situação de rua (73,7%). O estilo de vida

comumente adotado pelos dependentes de crack em situação de rua retrata o contexto de insegurança e instabilidade social em que se encontram que vai desde o descuido com a própria saúde e cuidados pessoais, ao possível envolvimento em atividades ilícitas e atividades sexuais de risco como forma para conseguir a droga (Domanico, 2006; Varanda & Adorno, 2004). Ao passo que o consumo da droga passa a ser considerado como uma das principais atividades do dependente de crack, os vínculos familiares e sociais do dependente são altamente prejudicados, o que pode atuar como motivação para a ida para às ruas (Domanico, 2006; Varanda & Adorno, 2004). O contexto de rua faz com que as relações sociais dos dependentes de crack se limite a formas de se conseguir a droga e de se proteger das consequências adversas do consumo (Cruz et al., 2012). No entanto, na medida em que necessitam de apoio para questões relacionadas à saúde e situações agudas de crise decorrentes do consumo, os dependentes tendem a recorrer a outras fontes que consideram mais seguras como os serviços de saúde.

Ao se avaliar a relação entre estigma internalizado e suporte social a partir dos profissionais da rede de saúde/assistência, encontrou-se uma confirmação parcial para hipótese de que maior percepção de disponibilidade e satisfação com o suporte social emocional estaria associada a menores níveis de estigma internalizado, porém levantando alguns questionamentos em relação aos aspectos abordados no tratamento para a dependência. Foi observada uma correlação negativa entre o suporte social emocional e o Fator 2 (Aprovação do Estereótipo) da ISMI-BR ($r = -0,33$; $p < 0,10$). Embora o coeficiente de correlação indique uma correlação fraca entre as variáveis, os resultados sugerem que quando o suporte social emocional era percebido de outras fontes que não os profissionais de saúde/assistência, os dependentes de crack apresentavam menor grau de concordância com os estereótipos sobre as pessoas com dependência de substâncias.

O estigma internalizado tem sido considerado uma das principais barreiras para a adesão e para o sucesso do tratamento de diversas condições de saúde, principalmente da dependência de substâncias que é vista como uma das condições mais estigmatizadas e associadas a estereótipos negativos (Collins et al., 2010; Silveira, 2010; Silveira et al., 2009). À medida que o indivíduo aplica os estereótipos negativos a si próprio, o impacto negativo da baixa autoestima e baixa autoeficácia reflete em um desencorajamento dos dependentes de substâncias em relação à adesão ao tratamento, podendo fazer com que eles se sintam incapazes de se recuperar e alcançar seus objetivos de vida. Sentimentos de desvalor e de incapacidade fazem com que eles pensem que não existem razões para se recuperar (Corrigan & Rao, 2012).

Embora o suporte social venha sendo apresentado na literatura como uma ferramenta importante para diminuir o estresse associado à condição de saúde e o estigma internalizado (Chronister et al., 2013; Mueller et al., 2006), o suporte social emocional oferecido pelos profissionais de saúde/assistência não parece permitir que os dependentes de crack desafiem as crenças negativas que têm sobre si próprios, o que além de contribuir para um baixo comprometimento com o tratamento pode, ainda, prejudicar as possibilidades de reinserção social. Além de criar um ambiente positivo para os dependentes de crack, os profissionais de saúde e da rede de assistência devem ser capazes de avaliar as percepções dos dependentes acerca de si próprios e de seu problema de saúde, de forma a contribuir para diminuir as expectativas de rejeição e favorecer a adesão ao tratamento, de modo a oferecer recursos para promover uma inserção social e produtiva.

Houve também uma confirmação parcial da hipótese de que maior percepção de disponibilidade e satisfação com o suporte social instrumental estaria associado com menores níveis de estigma internalizado ao se considerar os familiares que não residiam

com os dependentes de crack como fontes de suporte. Encontrou-se uma correlação negativa entre o suporte social instrumental com a ISMI-BR ($r=-0,25$; $p<0,05$) e com o Fator 3 (Percepção de Discriminação) da ISMI-BR ($r=-0,37$; $p<0,05$) quando esse suporte era proveniente de outras fontes que não os familiares que não residiam com o dependente de crack. Por outro lado, correlações positivas moderadas foram encontradas entre o suporte social instrumental com o Fator 1 (Alienação) ($r=0,41$; $p<0,10$) e com o Fator 3 (Percepção de Discriminação) da ISMI-BR ($r=0,39$; $p<0,10$) na medida em que os familiares que não residiam com o dependente de crack fossem apontados como fontes de suporte.

Apesar das correlações negativas observadas entre as variáveis serem consideradas fracas, os resultados sugerem que quando o suporte social instrumental era provido por outras fontes que não os familiares, os dependentes de crack experienciaram menores níveis de estigma internalizado e perceberam menos discriminação por parte dos outros. Entretanto, ter suporte social instrumental provido pelos familiares fazia com que os dependentes apresentassem maior experiência subjetiva de serem avaliados de forma inferior aos demais membros da sociedade e percebessem maior discriminação por parte dos outros.

Os dados sugerem que embora forneçam algum tipo de suporte para os dependentes de crack, os familiares podem atuar como fontes de estigma e de discriminação, reforçando as crenças negativas que o dependente possui sobre si mesmo, acarretando em consequências prejudiciais para sua recuperação. É importante observar que após ajustar o nível de significância das correlações pela correção de Bonferroni, algumas correlações deixam de ser estatisticamente significativas no nível de $p<0,05$, mas se mantêm significativas no nível de $p<0,10$, o que sugere a realização de estudos com amostras maiores a fim de demonstrar se essas relações se mantêm.

Levando em conta que os dependentes de crack investigados no presente estudo se encontram em situação de instabilidade social e apresentam sérios prejuízos em seus relacionamentos sociais, esse contexto disfuncional pode influenciar na percepção de descrédito dos familiares em relação ao dependente. O ponto chave do suporte social é oferecer recursos psicológicos e materiais de modo a beneficiar a capacidade do indivíduo para lidar com as situações adversas (Cohen, 2004). Entretanto, algumas relações sociais podem refletir em um impacto negativo para o bem-estar psicológico na medida em que se torna fonte de estresse (Rodriguez & Cohen, 1998).

Sabe-se que a dependência de substâncias reflete negativamente no ambiente familiar comumente resultando na perda de vínculos significativos devido às situações de instabilidade a que os familiares são expostos, gerando incertezas em relação às perspectivas de futuro. Nesse sentido, os familiares frequentemente experimentam sentimentos de ambivalência em relação ao dependente, pois ao mesmo tempo em que sentem vontade de amparar, muitas vezes desistem de ajudá-lo devido à sua persistência no consumo (Domanico, 2006; Siqueira et al., 2012).

É importante ressaltar que embora os familiares tenham sido apontados como fonte de suporte social, indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade social tendem a possuir vínculos bastante frágeis que podem se romper ou fortalecer de acordo com as dificuldades apresentadas e com as experiências vividas (Raupp & Adorno, 2011). Considerando que a relação entre dependentes de crack e seus familiares é frequentemente marcada por momentos de tensão, ao mesmo tempo em que a família pode fornecer apoio, reduzir os sentimentos de isolamento e aumentar o repertório de estratégias de enfrentamento, pode também apresentar um efeito paradoxal de contribuir para o aumento de emoções negativas (Rodriguez & Cohen, 1998).

Interações familiares improdutivas podem desencadear sentimentos de desamparo, desesperança e descrédito que podem contribuir para a internalização do estigma. Um estudo realizado com 197 dependentes de substâncias encontrou que 45% dos participantes se sentiram abandonados pelos seus familiares depois que eles descobriram o consumo de substâncias e apresentavam estratégias de ocultar a condição dos outros na tentativa de evitar experiências de estigmatização (Luoma et al., 2007). Um outro estudo realizado com usuários de drogas em situação de rua revelou que como consequência do consumo de substâncias, os participantes descreveram incidentes de serem cortados de suas famílias, perda de apoio e carinho, ficando sujeitos a rótulos negativos e julgamentos degradantes. A alienação de suas famílias proporcionou um efeito particularmente negativo para a autoestima e para o autovalor, afetando também as habilidades dos indivíduos para lidar com as questões relacionadas ao uso de drogas (Collins et al., 2010). As experiências de discriminação, além de reforçar a estigmatização dos dependentes de crack, prejudicam seu potencial de organização interna inibindo o fortalecimento de recursos pessoais considerados essenciais para o processo de recuperação (Raupp & Adorno, 2011).

O contexto familiar tem sido considerado um dos principais fatores capazes de influenciar a vulnerabilidade do indivíduo para iniciar e atingir padrões problemáticos de consumo de substâncias, tanto de forma direta - por questões biológicas ou pela exposição ao consumo dentro do ambiente familiar - quanto indireta, por meio de um ambiente familiar desestruturado, com relações de violência, abuso e estresse continuados, marcado por relações sociais insatisfatórias de insegurança e abandono. Por outro lado, relacionamentos familiares positivos são considerados protetores e reforçadores de comportamento saudáveis, podendo reduzir a vulnerabilidade dos

indivíduos para o consumo de drogas, e atuando como fontes de suporte e incentivo para a recuperação (Lemos et al., 2012).

Embora a dependência de álcool e outras drogas seja considerada prejudicial para os relacionamentos interpessoais e para o suporte social, alguns autores sugerem que muitas vezes as razões para a cessação do consumo provêm justamente de estruturas familiares protetivas. Dessa forma, a dependência de substâncias deve ser considerada também como um problema familiar, ressaltando a necessidade da inclusão dos familiares como parte do tratamento, contribuindo para que os dependentes alcancem os objetivos do tratamento e monitorando os comportamentos de risco (Lemos et al., 2012).

Os resultados do presente estudo trazem importantes contribuições para a compreensão do contexto de recuperação dos dependentes de crack em situação de vulnerabilidade social. Têm-se, de um lado os dependentes de crack e suas famílias em situação de vulnerabilidade e fragilidade e, de outro, a necessidade de um tratamento complexo com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, em serviços muitas vezes pouco estruturados e pouco experientes no atendimento a esta clientela (Rodrigues et al., 2012). O aumento do consumo de crack refletiu diretamente nos serviços de saúde que precisaram se adequar para atender essa demanda, uma vez que muitos profissionais e instituições de saúde se sentiam despreparados e com receio para lidar com os dependentes em tratamento (Gabatz et al., 2013).

É importante ressaltar que, embora muitos usuários de crack acessem os serviços de saúde, os objetivos podem não estar necessariamente voltados para o tratamento da dependência, sendo apenas uma forma de se conseguir algum tipo de assistência social, como distribuição de alimento, cuidados de saúde e higiene, e como alternativa à ociosidade das ruas (Brasil, 2013), o que representa mais um desafio para os

profissionais da rede de assistência. Considerando que os dependentes de crack são vistos como difíceis de serem tratados devido a baixa adesão ao tratamento e o fato de serem particularmente propensos a recaídas (McKay et al., 2013), investigar os aspectos facilitadores e os obstáculos para o comprometimento com o tratamento é fundamental para guiar a abordagem do problema e para se desenvolver estratégias de enfrentamento.

Nesse sentido, o estudo do estigma em relação à dependência de substâncias se justifica na medida em que seus efeitos danosos exacerbam a alienação social, tendo o potencial de afetar negativamente todos os domínios da vida, tais como o emprego, condições de habitação e as relações sociais. Os estudos mostram ainda que o estigma contribui para uma série de resultados adversos para a vida de pessoas com transtornos por abuso de substâncias, incluindo saúde física e mental pobres, abandono precoce do tratamento, envolvimento em comportamentos de risco e atrasos na reintegração social (Livingston et al., 2011). O estigma internalizado, em particular, está relacionado ao agravamento da condição de saúde, uma vez que os sentimentos de raiva, culpa e auto-reprovação fazem com que o dependente deixe de acreditar no seu processo de recuperação (Silveira, 2010; Corrigan & Rao, 2012). Dessa forma, reduzir o estigma e a discriminação tem sido considerado como uma importante estratégia para beneficiar a saúde dos dependentes de substâncias, tanto no que se refere ao acesso aos serviços de saúde como nas crenças de que eles não só podem, como merecem ser saudáveis (Collins et al., 2010).

Tendo em vista que os dependentes de crack participantes deste estudo relataram experienciar algum nível de estigma internalizado, destaca-se a necessidade desse construto ser abordado ao longo do tratamento. É fundamental reconhecer que a internalização do estigma é reflexo do impacto do estigma social sobre a vida desses

dependentes. A associação da dependência de crack a comportamentos desviantes e marginais afeta negativamente as redes de suporte, levando esses indivíduos ao isolamento social tornando-os vulneráveis à internalização do estigma e, conseqüentemente, prejudicando a adesão ao tratamento.

Assim, conhecer a realidade desses dependentes, suas crenças bem como as expectativas em relação ao tratamento é essencial para que se possa oferecer uma rede de cuidado e suporte adequados. Como os profissionais de saúde/assistência foram apontados pelos participantes como a principal fonte de apoio acredita-se que conhecer as redes sociais dos pacientes pode ajudá-los a se tornarem conscientes da qualidade de suas relações interpessoais e auxiliar o profissional a fornecer suporte apropriado para a intervenção (Chronister et al., 2008).

Os achados acerca da percepção e satisfação com o suporte social em relação ao estigma internalizado levantam alguns questionamentos importantes ao se considerar o contexto terapêutico. A ideia de se pensar em incluir o suporte social no tratamento de dependentes de crack consiste em aumentar a qualidade da sua rede de suporte incentivando interações sociais positivas que sejam capazes de otimizar a relação entre as necessidades psicossociais do indivíduo e o fornecimento de recursos de suporte (Rodriguez & Cohen, 1998). Um paciente com redes sociais limitadas pode se beneficiar de um suporte de grupo e de atividades sociais mais estruturadas (Chronister et al., 2008).

Entretanto, as pessoas que são diagnosticadas com dependência de substâncias podem ser particularmente ambivalentes em relação ao suporte que recebem, não tendo certeza se consideram esse suporte como algo reconfortante ou estigmatizante (Yanos et al., 2001). O suporte provido pelos familiares para os dependentes de crack

entrevistados se mostrou como algo preocupante, uma vez que esteve associado com maiores percepções negativas dos dependentes em relação a si próprios.

Contudo, é preciso considerar que o apoio ao dependente de crack pode ser algo extremamente desafiador para os familiares, especialmente quando não existe interface com os serviços de saúde que podem prover alguma assistência às famílias (Collins et al., 2010). O que é comum de se observar é que os familiares acabam colocando a responsabilidade pela recuperação sobre os profissionais e instituições de saúde, uma vez que não se sentem amparados e tem suas crenças na recuperação abaladas devido ao estilo de vida adotado pelos dependentes de crack.

No entanto, não se pode deixar de considerar que a família, na medida em que é capaz de prover experiências positivas, se mostra como uma importante ferramenta para a recuperação dos dependentes. Além de fornecer um ambiente seguro, os familiares podem promover a crença na capacidade pessoal, atuando como motivador para que o dependente trabalhe em direção à sua reintegração social (Zafran et al., 2012). Assim, ao identificar os familiares como uma rede de suporte relatada pelos dependentes de crack, os serviços de saúde devem ser capazes de fortalecer essa relação de modo que ela possa atuar como um aspecto positivo para a recuperação, assegurando o sucesso do tratamento.

O presente estudo apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas em pesquisas futuras. A primeira limitação se refere ao desenho transversal do estudo que não permite uma relação causal entre as variáveis investigadas. Sugere-se a realização de estudos longitudinais de forma que a interação entre as variáveis de estigma internalizado e suporte social possam ser investigadas ao longo do tratamento. A segunda limitação consiste no viés do tratamento, uma vez que a percepção de estigma internalizado e suporte social para os participantes que buscam tratamento pode

diferir daqueles que não estão em situação de tratamento. Em terceiro lugar, a generalização dos resultados pode ser limitada dado que os dependentes de crack entrevistados no presente estudo representam uma parcela específica de dependentes que vivem em situação de vulnerabilidade social. Entretanto, recentemente, no estudo realizado pela SENAD em parceria com a FIOCRUZ encontrou-se que os usuários regulares de crack são, em sua maioria, adultos jovens, do sexo masculino, com média de idade de 30 anos, solteiros, com baixa escolaridade, sem emprego formal e com possibilidades de viver em situação de rua (Brasil, 2013). O perfil dos dependentes de crack investigados no presente estudo corrobora os dados apresentados no estudo realizado pela SENAD e pela FIOCRUZ (Brasil, 2013), uma vez que a maioria dos participantes era do sexo masculino, com média de idade de 36,5 anos, não vivia com companheiro, apresentava baixa escolaridade, encontrava-se desempregada e em situação de rua, sugerindo que de alguma forma a amostra estudada se parece com a população brasileira usuária de crack. A quarta limitação consiste na utilização de um instrumento de suporte social que não teve suas propriedades psicométricas avaliadas para dependentes de crack, embora os índices de confiabilidade tenham se mostrado bastante satisfatórios no presente estudo. Por fim, os instrumentos utilizados não apresentam normatização dos seus escores, o que dificulta a classificação dos níveis de estigma internalizado e de suporte social percebido.

9 Considerações Finais

Os resultados do presente estudo confirmaram parcialmente as hipóteses de que maior percepção de disponibilidade e satisfação com o suporte social instrumental e com o suporte social emocional esteja associado com menores níveis de estigma internalizado ao se investigar essa associação pelas fontes de suporte relatadas.

Embora inicialmente não se tenha encontrado uma relação direta entre as variáveis de estigma internalizado e suporte social, os resultados revelaram que as fontes de suporte parecem ter um importante papel para a forma com que os dependentes de crack percebem a sua condição de saúde e a forma com que veem a si próprios. Ainda que os profissionais de saúde/assistência tenham sido apontados como a principal fonte de suporte social, no contexto do tratamento, as visões e estereótipos negativos relacionados à dependência não parecem ser aspectos abordados no início do tratamento, uma vez que na medida em que o suporte social emocional era provido por outras fontes que não os profissionais, os dependentes pareciam concordar menos com os estereótipos negativos acerca de sua condição de saúde. Nesse sentido, o estigma se apresenta como uma questão importante a ser abordada ao longo do tratamento do dependente de crack, de forma que os profissionais da rede de assistência sejam capazes de contribuir para a diminuição das expectativas de discriminação, oferecendo os recursos necessários para a reinserção social desses dependentes.

Outro resultado importante está relacionado à qualidade do suporte oferecido pelos familiares dos dependentes de crack, uma vez que os dados sugerem que os familiares podem atuar como fonte de estigma e reforçar as crenças negativas que os dependentes possuem acerca de si próprios, podendo acarretar em prejuízos para a recuperação. Quando os familiares eram vistos como fonte de suporte social instrumental, os dependentes de crack apresentavam maior expectativa de serem

avaliados de forma negativa e de serem discriminados pelos outros. Entretanto, na medida em que o suporte social instrumental era provido por outras fontes que não os familiares, os dependentes relataram menores níveis de estigma internalizado e menos percepção de discriminação. Considera-se essencial que os familiares sejam incluídos no tratamento dos dependentes de crack de forma a contribuir para a melhora do dependente, oferecendo condições para uma inserção social proveitosa.

Embora os resultados do presente estudo não corroborem o direcionamento encontrado na literatura para as variáveis de estigma internalizado e suporte social, acredita-se que esses resultados têm importantes implicações para os serviços de saúde em termos de intervenções voltadas para os dependentes de crack. O fato de que uma parcela considerável de dependentes de crack se encontra em situação de rua, destaca-se a necessidade de maior atenção a essa parcela da população de forma que as ações direcionadas sejam adequadas ao contexto, minimizando os fatores de risco associados à condição e garantindo recursos que favoreçam a reintegração social. Nesse sentido, são necessárias intervenções que possam desafiar o estigma internalizado de ser um dependente de crack, fornecendo um suporte adequado que seja capaz de promover o ajustamento e a reintegração social desses dependentes.

10 Referências

- Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C., Moss, P., Baici, W., Dabby, L., Gautam, M., & Paré, M. (2011). Stigma and Discrimination. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(10), 1-9.
- Adewuya, A. O., Owoeye, A. O., Erinfolami, A. O., & Ola, B. A. (2011). Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(4), 418-427. doi: 10.1177/0020764010363522
- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 88*, 188–196.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*(3), 106-115.
- Andrade, A. G., Duarte, P. C. A. V., & Oliveira, L. G. (2010). *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).
- Alvidrez, J., Snowden, L. R., & Kaiser, D. M. (2008). The experience of stigma among black mental health consumers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 19*(3), 874-893.
- Bahls, F. C., & Bahls, S. C. (2002). Cocaína: origens, passado e presente. *Interação em Psicologia, 6*(2), 177-181.
- Beck, A., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy on Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.
- Bordignon, J. S., da Silveira, C. C. S., Delvivo, E. M., Araújo, C. P., Dalla Lasta, L., & Weiller, T. H. (2013). Adultos em situação de rua: Acesso aos Serviços de Saúde e Constante Busca Pela Ressocialização. *Revista Contexto & Saúde, 10*(20), 629-634.

- Brasil. (2004). *A política do Ministério da Saúde de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília.
- Brasil (2010). *Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Retirado de: <http://www2.planalto.gov.br/>. Acesso em 14 de setembro de 2013.
- Brasil. (2013). *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).
- Brock, D., Sarason, I., Sarason, B., & Pierce, G. (1996). Simultaneous assessment of perceived global and relationship-specific support. *Journal of Social and Personal Relationships, 13*, 143-152.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & Grp, G. A.-E. S. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research, 122*(1-3), 232-238.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Fonseca, A. M., Carlini, C. M., Oliveira, L. G. d., et al. (2007). *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).
- Carlini, E. A., Nappo, S. A., & Galduróz, J. C. (1993). A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. *Revista ABP-APAL, 15*, 121-7.
- Carlini, E. A., Nappo, S. A., Galduróz, J. C. F., & Noto, A. R. (2001). Drogas Psicotrópicas - O Que São E Como Agem. *Revista IMESC, 3*, 9-35.

- Carlini, E. A., Noto, A. R., Galduróz, J. C. F., & Nappo, S. A. (1996). Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(4), 227-236.
- Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cavalcante, L. P., Falcão, R. S. T., Lima, H. P., Marinho, A. M., Macedo, J. Q., & Braga, V. A. B. (2012). Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. *Rev. Rene*, 13(2), 321-331.
- Cerit, C., Filizer, A., Tural, Ü., & Tufan, A. E. (2012). Stigma: A core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 484-489.
- Chou, C. C., Robb, J. L., Clay, M. C., & Chronister, J. A. (2013). Social Support as a mediator between Internalized Stigma and Coping Behaviors of Individuals with Substance Abuse Issues. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, 27(3), 104-107.
- Chronister, J., Chou, C. C., Frain, M., & Cardoso, E. D. S. (2008). The relationship between social support and rehabilitation related outcomes: a meta-analysis. *Journal of Rehabilitation*, 74(2), 16-32.
- Chronister, J., Chou, C. C., & Liao, H. Y. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 582-600.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

- Cochrane Collaboration. (2013). Systematic Review - Glossary | The Cochrane Collaboration. Recuperado de <http://www.cochrane.org/glossary>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the Study and Application of Social Support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*. San Francisco: Academic Press.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention: a guide for health and scientists*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Collins, D., Dukes, M., Etherington, N., Reardon, C., & Sheperd, S. (2010). *Stigma, Discrimination & Substance Use: Experiences of people who use alcohol and other drugs in Toronto*. Toronto, Ontario: Toronto Drug Strategy Implementation Panel.
- Cornish, J. W., & O'Brien, C. P. (1996). Crack Cocaine Abuse: An Epidemic with Many Public Health Consequences. *Annual Review of Public Health*, 17, 259-73.
- Corrigan, P., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied & Preventive Psychology*, 11(3), 179 -190.
- Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A., & O'Shaughnessy, J. (2009). The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction Findings from a Stratified Random Sample. *Journal of Social Work*, 9(2), 139-147.

- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 481-491.
- Corrigan, P. W., Morris, S., Larson, J., Rafacz, J., Wassel, A., Michaels, P., Wilkniss, S., Batia, K., & Rüsçh, N. (2010). Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal of Community Psychology*, *38*(3), 259–275. doi: 10.1002/jcop.20363
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(8), 464-469.
- Corrigan, P. W., River, L., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Gagnon, C., Bergman, M., & Kubiak, M. A. (1999). Predictors of participation in campaigns against mental illness stigma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*, 378–380.
- Corrigan, P. W., Sokol, K. A., & Rüsçh, N. (2011). The Impact of Self-Stigma and Mutual Help Programs on the Quality of Life of People with Serious Mental Illnesses. *Community Mental Health Journal*, *49*(1), 1-6. doi: 10.1007/s10597-011-9445-2.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology-Science and Practice*, *9*(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(8), 875-884. doi:10.1521/jscp.2006.25.8.875
- Cruz, V. D, Campos, R. Z., Silva, P. M., Al Alam, M. C. L., Goulart, G. L., & Oliveira, M. M. (2012). Rede de apoio social dos usuários de crack em Pelotas – RS. *Journal of Nursing and Health*, *2*, 127-140.

- DiMatteo, M. R. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology, 23*(2), 207–218.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Archives of Internal Medicine, 160*(14):2101-2107.
- Domanico, A. (2006). *Craqueiros e cracados: Bem vindo ao mundo dos nóias! – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projeto-piloto do Brasil* (tese de Doutorado). Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA.
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2003). Stigma: Introduction and Overview. In: T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp 1-28). New York: The Guilford Press.
- Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). Reliability and validity of the Turkish version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *Turk Psikiyatri Dergisi, 18*(2), 163-171.
- Fife, B. L., & Wright, E. R. (2000). The Dimensionality of Stigma: A Comparison of its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer. *Journal of Health and Social Behavior, 48*, 50-67.
- Fontanella, B. J. B., & Turato, E. R. (2002). Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Revista de Saúde Pública, 36*(4), 439-447.
- Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X., & Booth, B. M. (2004). Factors Associated With Perceived Stigma for Alcohol Use and Treatment Among At-Risk Drinkers. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 31*(4), 418-429.

- Gabatz, R. I. B., Schmidt, A. L., Terra, M. G., Padoin, S. M. M., Silva, A. A., & Lacchini, A. J. B. (2013). Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 140-146.
- Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170-195.
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136(2), 169-178.
- Goffman, E. (1978). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (2^a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., & Araujo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria*, 30(2), 101-108.
- Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S., & Dovidio, J. (2009). How does stigma “get under the skin”? The mediating role of emotion regulation. *Psychological Science*, 20(10), 1282-1289.
- Hinshaw, S. P. (2007). What is Mental Disorder and What is Stigma? In S. P. Hinshaw (Ed.), *The Mark of shame* (pp. 3-27). New York: Oxford University Press.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Johansen, A. B., Brendryen, H., Darnell, F. J., & Wennesland, D. K. (2013). Practical support aids addiction recovery: the positive identity model of change. *BMC Psychiatry*, 13(1), 201.

- Kalichman, S. C., & Grebler, T. (2010). Stress and Poverty Predictors of Treatment Adherence Among People With Low-Literacy Living With HIV/AIDS. *Psychosomatic Medicine*, 72(8), 810-816. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181f01be3
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N., & Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: the Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care*, 21(1), 87-93. doi: 10.1080/09540120802032627
- Kelly, J. F., & Westerhoff, C. M. (2010). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 202-207.
- Kessler, F., Cacciola, J., Faller, S., Souza-Formigoni, M. L., Cruz, M., Brasiliano, S. & Pechansky, F. (2007). Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) para o Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 335-336.
- Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 96-98.
- Lemos, V. D. A., Antunes, H. K. M., Baptista, M. N., Tufik, S., De Mello, M. T., & Formigoni, M. L. O. S. (2012). Low family support perception: a 'social marker' of substance dependence?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 52-59.
- Li, L., Lee, S. J., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C., & Rotheram-Borus, M. J. (2009). Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 21(8), 1007-1013.
- Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: an Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.

- Link, B. G. & Phelan, J.C. (1999). Labeling and Stigma. In C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of Sociology of Mental Health* (pp 481-494). New York: A. P. Publishers.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363 - 385.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367, 528-529.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177-190.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M.L., & Amari, E. (2011). The Effectiveness of Interventions for Reducing Stigma Related to Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Addiction*, 107(1), 39-50.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S. Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*, 16, 149-165.
- Luoma, J. B, Nobles, R. H., Drake, C. E., Hayes, S. C., O'Hair, A., & Kohlenberg, B. S. (2013). Self-Stigma in Substance Abuse: Development of a New Measure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 223–234. doi:10.1007/s10862-012-9323-4

- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., et al. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors, 32*, 1331-1346.
- Lv, Y., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experienced stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, in press. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.07.007.
- Mak, W. W. S., Cheung, R. Y. M., Law, R. W., Woo, J., Li, P. C. K., & Chung, R. W. Y. (2007). Examining attribution model of self-stigma on social support and psychological well-being among people with HIV+/AIDS. *Social Science & Medicine, 64*(8), 1549-1559.
- Mak, W. W. S., Poon, C. Y. M., Pun, L. Y. K., & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine, 65*, 245–261.
- Marinho, M. B. (2005). O demônio nos “paraísos artificiais”: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação, 9*(17), 343-54.
- Marques, A. C. P. R., & Cruz, M. S. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*, 32-36.
- Martins, L. F., Silveira, P. S., Soares, R. G., Gomide, H. P., & Ronzani, T. M. (2010). Moralização sobre o uso de álcool entre estudante de curso de saúde. *Estudos de Psicologia, 15*(1), 33-41.
- McKay, J. R., Van Horn, D., Rennert, L., Drapkin, M., Ivey, M., & Koppenhaver, J. (2013). Factors in sustained recovery from cocaine dependence. *Journal of Substance Abuse and Treatment, 45*, 163-172.

- Measelle, J. R., Stice, E., & Springer, D. W. (2006). A Prospective Test of the Negative Affect Model of Substance Abuse: Moderating Effects of Social Support. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*(3), 225–233.
- Michalak, E., Livingston, J. D., Hole, R., Suto, M., Hale, S., & Haddock, C. (2011). ‘It’s something that I manage but it is not who I am’: reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness, 0*(0) 1–16. doi: 10.1177/1742395310395959
- Mickelson, K. D. (2001). Perceived Stigma, Social Support, and Depression. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(8), 1046-1056. doi: 10.1177/0146167201278011
- Miller, C. R., & Kaiser, C. R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues, 51*, 73–92.
- Ministério da Saúde (2010). *Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva, 13*(1), 121-133.
- Moraes, T. P. R., & Dantas, R. A. S. (2007). Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: Subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*(2), 323-329.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet, 370*, 851–58.

- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P. C., & Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, 62, 39–49.
- Nappo, S. A., Sanchez, Z. M., Oliveira, L. G., Santos, S. A., Coradete-Junior, J., Pacca, J. C., & Lacks, V. (2004). *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação à DST/AIDS*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (CEBRID – UNIFESP).
- Noto, A. R., Baptista, M. C., Faria, S. T., Nappo, S. A., Galduróz, J. C. F., & Carlini, E. A. (2003). Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 69-79.
- Noto, A. R., Pinsky, I., & Mastroianni, F. C. (2006). Drugs in the Brazilian print media: an exploratory survey of newspaper and magazine stories in the year 2000. *Substance Use and Misuse*, 41, 1263-1276.
- Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2008). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 664-71.
- Oliveira, C. B. D., & Souza, M. R. D. (2013). Dependência química do 'crack' como gerador da criminalidade no âmbito patrimonial. *Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública*, 1(1), 1-7.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2008). *Classificação Estatística Internacional De Doenças E Problemas Relacionados À Saúde*, 10ª Revisão (7 Ed.). São Paulo: Edusp.
- OPAS/OMS (2013). *Nota técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas*. Retirado de: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opasoms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-

- peessoas-que-usam-drogas&catid=1016:bra-01-noticias. Acesso em 18 de Setembro de 2013.
- Palm, J. (2006). *Moral concerns - treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems* (Doctoral Dissertation). University of Stockholm, Stockholm.
- Peixoto, C., Prado, C. H. d. O., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T. d., & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 317-321.
- Peltzer, K., & Ramlagan, S. (2011). Perceived stigma among patients receiving antiretroviral therapy: a prospective study in KwaZulu-Natal, South Africa. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 23(1), 60-68. doi: 10.1080/09540121.2010.498864
- Person, B., Bartholomew, L. K., Gyapong, M., Addiss, D. G., & van den Borne, B. (2009). Health-related stigma among women with lymphatic filariasis from the Dominican Republic and Ghana. *Social Science & Medicine*, 68(1), 30-38. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.040
- Pinho, P. H., Oliveira, M. A. D., & Almeida, M. M. D. (2008). A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(supl. 1), 82-88.
- Pulcherio, G., Stolf, A. R., Pettenon, M., Fensterseifer, D. P., & Kessler, F. (2010). Crack – da pedra ao tratamento. *Revista da AMRIGS*, 54(3), 337-343.
- Rae Olmsted, K. L., Brown, J. M., Vandermaas-Peeler, J. R., Tueller, S. J., Johnson, R. E., & Gibbs, D. A. (2011). Mental health and substance abuse treatment stigma among soldiers. *Military Psychology*, 23(1), 52.

- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *30*, 88-95.
- Raup, L., & Adorno, R. C. F. (2011). Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(5), 2613-2622.
- Reinarman, C., & Levine, H. G. (1997). *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. Berkeley: University of California Press.
- Renwick, R., Halpen, T., Rudman, D., & Friedland, J. (1999). Description and validation of a measure of received support specific to HIV. *Psychological Reports*, *84*, 663-673.
- Ribeiro, L. A., Sanchez, Z. V. D. M., & Nappo, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *59*(3), 210-218. doi:10.1590/S0047-20852010000300007
- Rigotto, S. D., & Gomes, W. B. (2002). Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, *18*(1), 95-106.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*, 31-49.
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, *129*(3), 257-265.
- Rodrigues, D. S., Backes, D. S., Freitas, H. M. B., Zamberlan, C., Gelhen, M. H., & Colomé, J. S. (2012). Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(5), 1247-58.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, *3*, 535-544.

- Rogers, E. S., Anthony, W., & Lyass, A. (2004). The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses. *Community Mental Health Journal, 40*(5), 437-450.
- Romanini, M., & Roso, A. (2012). Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. *Psicologia: Ciência e Profissão, 32*(1), 82-97.
- Ronzani, T. M., Fernandes, A. G. B., Gebara, C. F. P., Oliveira, S. A., Scoralick, N. N., & Lourenço, L. M. (2009). Media and drugs: a documental analysis of the Brazilian writing media between 1999 and 2003. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(5), 1751-1761.
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social science & medicine, 69*(7), 1080-1084.
- Room, R. (2006). Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. *Research Report, 101*(1), 31-39.
- Sanchez, Z. V. D. M., & Santos, M. G. R. (2013). Classificação e efeito farmacológico das drogas. In T. M. Ronzani (Ed.), *Ações Integradas sobre Drogas – Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas. Juiz de Fora, MG: Editora UFJF.*
- Sartes, L. M. A. (2010). *Propriedades psicométricas da versão brasileira do Addiction Severity Index 6(ASI6): uma abordagem pela teoria da resposta ao item.* (tese de Doutorado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Sayles, J. N., Hays, R. D., Sarkisian, C. A., Mahajan, A. P., Spritzer, K. L., & Cunningham, W. E. (2008). Development and psychometric assessment of a multidimensional measure of internalized HIV stigma in a sample of HIV-positive adults. *Aids and Behavior, 12*(5), 748-758. doi: 10.1007/s10461-008-9375-3
- Scambler, G. (2009). Health-related stigma. *Sociology of Health & Illness, 31*(3), 441-455.

- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, *114*(1), 12-17.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007) Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, *42*(4), 243–252. doi: 10.1080/00207590701396641
- Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2003). Social support. In: A. Kaptein & J. Weinman (Eds.). *Introduction to health psychology*. Oxford, England: Blackwell.
- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral Persons living with HIV/AIDS: factors associated with adherence to antiretroviral. *Caderno de Saúde Pública*, *23*(10), 2305-2316.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *22*(3), 317-326.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, *32*(6), 705-714.
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B., Benesch, T., Schulze, B., & Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, *26*(1), 28-33. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.08.010
- Silveira, P. S. (2010). *Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de Juiz de Fora* (dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

- Silveira, P. S., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2009). Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. *Psicologia Teoria e Prática*, *11*, 62-75.
- Simbayi, L. C., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqeketo, A. (2007). Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social Science & Medicine*, *64*(9), 1823-1831.
- Siqueira, D. F. D., Moreschi, C., Backes, D. S., Lunardi, V. L., Lunardi, W. D., & Dalcin, C. B. (2012). Repercussões do uso de crack no cotidiano familiar. *Cogitare Enfermagem*, *17*(2), 248-254.
- Soares, R. G. (2011). *Validação da versão brasileira da “Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental (ISMI) adaptada para Dependentes de Substâncias”* (dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Soares, R. G., Nery, F. C., Silveira, P. S., Noto, A. R., & Ronzani, T. M. (2011). A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, *16*(4), 635-645.
- Soares, R. G., Silveira, P. S., Martins, L. F., Gomide, H. P., Lopes, T. M., Ronzani, T. M. (2011). Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de psicologia (Natal)*, *16* (1).
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000100012>.
- Souza, J. D., Kantorski, L. P., & Mielke, F. B. (2006). Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. SMAD. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, *2*(1), 0-0.

- Ssebunnya, J., Kigozi, F., Lund, C., Kizza, D., & Okello, E. (2009). Stakeholder perceptions of mental health stigma and poverty in Uganda. *BMC International Health and Human Rights*, 9(1), 1-9.
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67, 351-7.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22(2), 123.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53-79.
- Tsang, H. W. H., Fung, K. M. T., & Chung, R. C. K. (2010). Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 180(1), 10-15. doi: 10.1016/j.psychres.2009.09.001
- United Nations Office on Drugs, & Crime (UNODC). (2012). *World Drug Report 2012*. United Nations Publications.
- United Nations Office on Drugs, & Crime (UNODC). (2013). *World Drug Report 2013*. United Nations Publications.
- vanBrakel, W. H. (2006). Measuring health-related stigma - A literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3).
- Varanda, W., & Adorno, R. C. F. (2004) Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 56-69.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71-80.

- Vaz, M. J. (2013). Cratod e Internação Compulsória. In Abramd, *Boletim da Abramd*, 20. Retirado de <http://www.abramd.org.br/LinkClick.aspx?fileticket=oqCPQdLVeTQ%3D&tabid=59&mid=510>
- Vyavaharkar, M., Moneyham, L., Corwin, S., Saunders, R., Annang, L., & Tavakoli, A. (2010). Relationships Between Stigma, Social Support, and Depression in HIV-Infected African American Women Living in the Rural Southeastern United States. *Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 21(2), 144-152. doi: 10.1016/j.jana.2009.07.008
- Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. R., & Chermack, St. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 627–642.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. doi: 10.1093/schbul/sbl076
- Werner, P., Stein-Shvachman, I., & Heinik, J. (2009). Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1180-1189. doi: 10.1017/S1041610209990470
- WHO. (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment*.
- WHO. (2009). *Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*.
- Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F., & Komiti, A. (2005). Role of Stigma and Attitudes Toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 514-521.

- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalised stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services, 59*, 1437–1442. doi: 10.1176/appi.ps.59.12.1437
- Yanos, P. T., Rosenfield, S., & Horwitz, A. V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 37*(5), 405-419.
- Zafran, H., Tallant, B., & Gelinas, I. (2012). A first-person exploration of the experience of academic reintegration after first episode psychosis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 16*(1), 29-46.

ANEXOS

ANEXO 1 - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO “*IMPLICAÇÕES DA RELAÇÃO ENTRE ESTIGMA INTERNALIZADO E SUPORTE SOCIAL PARA A SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA*” PARA A REVISTA ESTUDOS DE PSICOLOGIA (NATAL)



[PÁGINA INICIAL](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [NOTÍCIAS](#) [ARQUIVO](#)

Página inicial > Usuário > Autor > Submissões > #124752 > **Resumo**

#EPSIC-877 Implicações da Relação entre Estigma Internalizado e Suporte Social para a Saúde: uma revisão sistemática da literatura

RESUMO | [AVALIAÇÃO](#) | [EDIÇÃO](#)

Submissão

Autores

Título Gabriela Correia Lubambo Ferreira, Pollyanna Santos da Silveira, Ana Regina Neto Faria, Telmo Moza Ronzani
Implicações da Relação entre Estigma Internalizado e Suporte Social para a Saúde: uma revisão sistemática da literatura

Documento original EPSIC-877-124752-624577-2-5MLDOCX 2013-10-08

Docs. sup. Nenhum(a)

[INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR](#)

Submetido por

Dr. Telmo Moza Ronzani

outubro 8, 2013 - 12:06

Seção

Artigos

Jose Pinheiro

Apoio Editorial

Comentários do Autor

Caro editor, junto a esta mensagem está o artigo intitulado "Implicações da Relação entre Estigma Internalizado e Suporte Social para a Saúde: uma revisão sistemática da literatura". Por favor, aceite-o como um candidato para publicação na revista Estudos de Psicologia como um estudo original. Este trabalho contém material original que não foi apresentado ou publicado em nenhum outro lugar, sob qualquer forma. Cada um dos autores do manuscrito contribuiu significativamente para escrever e editar este artigo. Todos os autores afirmam não ter qualquer conflito de interesses.

Situação

Situação Em avaliação

Iniciado 2013-10-08

Última alteração 2013-10-08

Metadados da submissão

USUÁRIO

Logado como:
telmo_ronzani
Meus perfis (0)
Perfil
Sair do sistema

AUTOR

Submissões
Ativo (1)
Arquivo (0)
Nova submissão

IDIOMA

Português (Brasil) ↓

ANEXO 2 – INSTRUMENTOS

A) Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (M.I.N.I)

➤ **Ir diretamente ao(s) quadro(s) diagnóstico(s), assinalar não em cada um e passar ao módulo seguinte.**

A1	Nos últimos 12 MESES , por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...) ?	Sim	Não	1
A2	Durante os últimos 12 MESES:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	Sim	Não	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado(a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca?	Sim	Não	3
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO				
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	Sim	Não	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	Sim	Não	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo, ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	Sim	Não	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	Sim	Não	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	Sim	Não	8




h	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A2 ?	Sim	Não
----------	--	------------	-----

Dependência

Ir diretamente ao(s) quadro(s) diagnóstico(s), assinalar não em cada um e passar ao módulo seguinte

B. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

B1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 MESES , usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar " de cabeça feita / chapado"?	Sim	
			Não

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes: anfetaminas, "speed", ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, "coca", crack, pó, folha de coca.

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina.

Alucinogêneos: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, "pó de anjo", "cogumelos", ecstasy.

Solventes voláteis: "cola", éter.

Canabinóides: cannabis, "erva", maconha, "baseado", haxixe, THC.

Sedativos (sem receita médica): Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos.

Diversos: Anabolizantes, esteróides, "poppers". Toma outras substâncias?

a) ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S):

b) ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):

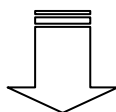
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

B2	Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], durante os últimos 12 MESES :			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito?	Sim	Não	1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso(a), irritável ou deprimido(a)? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor?	Sim	Não	2
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO				
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia?	Sim	Não	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	Sim	Não	4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 HORAS tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?	Sim	Não	5
f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s)?	Sim	Não	6
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	Sim	Não	7



h	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTA "SIM" EM B2 ? ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____	Sim	Não
---	---	-----	-----



B) Auto-Estigma (ISMI)

Neste questionário, será usado o termo “dependente de substâncias”, mas, por favor, **PENSE NISTO USANDO O TERMO QUE VOCÊ ACHA QUE MELHOR SE APLICA.**

Para cada questão, por favor, diga se você discorda totalmente (1), discorda (2), concorda (3), ou concorda totalmente (4).

Proposições	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Você se sente fora de lugar no mundo por ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
2. Pessoas com dependência de substâncias tendem a ser violentas.	1	2	3	4
3. As pessoas te discriminam por você ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
4. Você evita se aproximar das pessoas que não tem dependência de substâncias para evitar rejeição.	1	2	3	4
5. Você fica envergonhado ou constrangido por ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
6. Pessoas com dependência de substâncias não deveriam se casar.	1	2	3	4
7. As pessoas com dependência de substâncias fazem importantes contribuições para a sociedade.	1	2	3	4
8. Você se sente inferior aos outros que não possuem dependência de substâncias.	1	2	3	4
9. Você não se socializa tanto quanto você costumava porque sua dependência de substâncias poderia te fazer parecer ou se comportar “estranho”.	1	2	3	4
10. Pessoas com dependência de substâncias não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória.	1	2	3	4
11. Você não fala muito sobre você mesmo porque você não quer incomodar os outros com a sua dependência de substâncias.	1	2	3	4

Proposições	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
12. Imagens negativas sobre a dependência de substâncias te mantém afastado do mundo “normal”.	1	2	3	4
13. Estar rodeado por pessoas que não tem uma dependência de substâncias te faz sentir fora de lugar ou inadequado.	1	2	3	4
14. Você se sente à vontade quando está em público na companhia de uma pessoa considerada dependente de substâncias.	1	2	3	4
15. As pessoas freqüentemente te tratam com condescendência, ou te tratam como criança apenas porque você tem uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
16. Você está desapontado consigo mesmo por ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
17. Ter uma dependência de substâncias tem prejudicado sua vida.	1	2	3	4
18. As pessoas percebem que você tem uma dependência de substâncias pela sua aparência.	1	2	3	4
19. Por você ter uma dependência de substâncias você precisa que os outros tomem a maioria das decisões por você.	1	2	3	4
20. Você evita situações sociais para proteger sua família ou amigos do constrangimento.	1	2	3	4
21. Pessoas sem dependência de substâncias possivelmente não conseguiriam te compreender.	1	2	3	4
22. As pessoas te ignoram ou não te levam a sério apenas porque você tem uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
23. Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
24. Viver com uma dependência de substâncias te tornou um forte sobrevivente.	1	2	3	4

Proposições	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
25. Ninguém se interessaria em se aproximar de você porque você tem uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
26. Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.	1	2	3	4
27. Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de sua dependência de substâncias.	1	2	3	4
28. Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida por você ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
29. As imagens sobre os dependentes de substâncias se aplicam a você.	1	2	3	4

C) Escala de suporte social

Instrução: Este questionário é sobre o apoio que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido e sua satisfação em relação a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração.

1. Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde? (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

1.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

2. Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

2.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

3. Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia a dia? (Exemplo: arrumação da casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer atividade).

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

3.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

4. Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde? (Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou qualquer outra situação).

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

4.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

5. Você tem recebido apoio de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

5.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

6. Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia-a-dia? (Exemplo: alimentos, objetos como roupas, produtos de higiene pessoal, entre outras coisas).

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

6.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões 1 a 6), marque na lista abaixo com um X a (s) pessoa (s) que tem dado esse tipo de apoio a você.

- () esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a).
- () pessoa(s) da família que mora (m) comigo. Quem? _____
- () pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
- () amigo(s)
- () chefe ou colega(s) de trabalho
- () vizinho(s)
- () profissionais da saúde
- () outra pessoa. Quem? _____

7. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

7.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

8. Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

8.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

9. Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu conhecimento sobre o seu problema de saúde?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

9.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

10. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

10.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

11. Você tem recebido apoio de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor, seu astral?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

11.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

12. Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

12.1 Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)

Com base nos tipos de apoio mencionados nas perguntas 7 a 12, marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.

- () esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a).
 () pessoa(s) da família que mora (m) comigo. Quem? _____
 () pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
 () amigo(s)
 () chefe ou colega(s) de trabalho
 () vizinho(s)
 () profissionais da saúde
 () outra pessoa. Quem? _____

Você tem recebido algum outro tipo de apoio?

Você gostaria de fazer algum comentário?

D) ASI – Emprego/ Sustento

As questões seguintes são sobre a sua educação, emprego e finanças.

<p>1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> 4. Bacharelado</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Ensino Médio <input type="checkbox"/> 5. Mestrado ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Ensino Superior (Faculdade) <input type="checkbox"/> 6. Nenhum</p>	<p>2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não</p>
<p>3. Qual a última série ou ano que você completou?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não alfabetizado</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 1ª à 4ª série</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 5ª à 8ª série</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 1º e/ou 2º ano do E.M</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 3º ano do E.M</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 1º e/ou 2º ano de faculdade</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 3º e/ou 4º ano de faculdade</p> <p><input type="checkbox"/> 8. 5º e/ou 6º ano de faculdade</p> <p><input type="checkbox"/> 9. 1º ao 2º ano de pós-g. (mestrado)</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Doutorado completo ou não</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Pós-doutorado completo ou não</p>	<p>4. Você prestou serviço militar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p> <p>5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Meio-turno <input type="checkbox"/> 2. Turno integral</p> <p>6. Você tem carteira de motorista válida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p> <p>7. Você usa ou tem um carro ou moto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p>
<p>8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/ escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p>	<p>9. Você lê/ escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego? (Nota: Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p>

D) ASI – Emprego/ Sustento (continuação)

<p>10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? (Marque uma)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Turno Integral (TI) (35+h/ trabalho) →p/ 12</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Meio Turno (< 35 h/ trabalho) →p/ 12</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho “dispensa temporária” →p/ 14</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura ativamente por trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)</p>	<p>11. Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda: (Nota: Marque uma ou duas e passe para 14)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Dona de casa/ do lar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Estudante</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Incapaz</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Aposentado</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não procura por trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Procura por trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Institucionalizado</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Outro _____</p>
<p>12. Que tipo de trabalho você faz (Trabalho principal)?</p> <p>Especifique: _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nota: Codifique uma categoria nas caixas. Lista em anexo.</p> <p>13. Este trabalho é sem carteira assinada? (informal)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p> <p>14. Quanto tempo durou seu trabalho de turno integral mais longo?</p> <p>- com um empregador ou como autônomo</p> <p>Em meses: _____ Se 000 → p/ 17</p>	<p>15. Há quanto tempo ele terminou? (Nota: coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo)</p> <p>Em meses: _____ Se 000 → p/ 17</p> <p>16. Qual era o seu trabalho/ ocupação então?</p> <p>Especifique: _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nota: Codifique uma categoria nas caixas. Lista em anexo.</p> <p>17. Nos últimos 6 meses (desde _____) quantas semanas você teve um trabalho pago?</p> <p>- inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos</p> <p>Em semanas: _____ (Max. 26) Se 00 → p/ 22</p>
<p>18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)?</p> <p>- incluir bicos R\$ _____</p> <p>Nos últimos 30 dias (19-22):</p> <p>19. Quantos dias remunerados você trabalhou?</p> <p>- inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos</p> <p>Em dias: _____ Se 00 → p/ 22</p> <p>20. Quanto dinheiro você ganhou? (renda bruta)</p> <p>- incluir bicos R\$ _____</p>	<p>21. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho?</p> <p>Ex: baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, etc.</p> <p>Em dias: _____</p> <p>22. Você procurou algum emprego?</p> <p>Ex: mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego, falou com um possível empregador</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p>

D) ASI – Emprego/ Sustento (continuação)

<p>23. Neste momento, quão importante é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais? - assistência atual ou adicional</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nada <input type="checkbox"/> 3. Consideravelmente <input type="checkbox"/> 1. Levemente <input type="checkbox"/> 4. Extremamente <input type="checkbox"/> 2. Moderadamente</p>	<p><u>As próximas perguntas são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda (24-36)</u></p> <p>24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p>
<p><u>Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:</u></p> <p>25. Pensão, seguro social, seguro desemprego? Ex: previdência social ou INSS R\$ _____</p> <p>25b. ...últimos 6 meses? R\$ _____</p> <p>26. Assistência pública? Ex: bolsa família, bolsa escola/ moradia/ roupas R\$ _____</p> <p>26b. ...últimos 6 meses? R\$ _____</p> <p>27. Outra assistência? Ex: vale-refeição ou vale-transporte R\$ _____</p> <p>27b. ...últimos 6 meses? R\$ _____</p> <p>28. Sustento ou pensão alimentícia para crianças? Ex: do pai da criança ou ex- cônjuge R\$ _____</p> <p>28b. ...últimos 6 meses? R\$ _____</p>	<p>29. Atividades ilegais? Ex: tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$ _____</p> <p>29b. ...últimos 6 meses? R\$ _____</p> <p>29c. Bicos? R\$ _____</p> <p>29d. ...últimos 6 meses? R\$ _____</p> <p>30. Alguma outra fonte? Ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$ _____</p> <p>30b. ...últimos 6 meses? R\$ _____</p>
<p>31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? (Marque todas que se aplicam)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Emprego <input type="checkbox"/> 2. Aposentadoria (Ex: pensão, seguro social –INSS) <input type="checkbox"/> 3. Invalidez/ Incapacidade (Ex: pensão, seguro social –INSS, indenização) <input type="checkbox"/> 4. Seguro desemprego <input type="checkbox"/> 5. Assistência pública ou governamental (Ex: previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada) <input type="checkbox"/> 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança <input type="checkbox"/> 7. Família, amigos ou sócios <input type="checkbox"/> 8. Dinheiro ilegal <input type="checkbox"/> 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão (Ex: hospital, pensão protegida, albergue ou pensão) <input type="checkbox"/> 10. Outras (Ex: economias, etc.) Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Bicos <input type="checkbox"/> 12 Nenhuma</p> <p>32. Você alguma vez já declarou falência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p>	<p>33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? (Ex: crédito educativo, casa, empréstimos bancários) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p> <p>34. Você está mais do que 1 mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? (Ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p> <p>35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular? (Ex: para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc., inclua pessoas que o sujeito sustente, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar) Nº de pessoas: _____</p> <p>36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? (Exclua dinheiro de atividades ilegais) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 0. Não</p>

E) Questionário Sociodemográfico

<p>1. Gênero</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino</p> <p>2. Estado Civil</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. Casado(a)/Vive com companheiro(a) <input type="checkbox"/> 3. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4. Viúvo(a)</p>	<p>3. Idade</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 60%;">Anos</td> </tr> </table> <p>3.1 Que idade você tinha quando fez uso de substâncias pela primeira vez? (Incluir álcool e tabaco)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 60%;">Anos 3.1.1 Qual? _____</td> </tr> </table> <p>3.2 Que idade você tinha quando fez uso de crack pela primeira vez?</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 60%;">Anos</td> </tr> </table>			Anos			Anos 3.1.1 Qual? _____			Anos
		Anos								
		Anos 3.1.1 Qual? _____								
		Anos								
<p>4. Qual cor você se considera?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Preta <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 2. Branca <input type="checkbox"/> 6. Outros <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 7. Não soube responder <input type="checkbox"/> 4. Parda/ Mestiça</p> <p>5. Alguma vez você já morou na rua em consequência do seu uso de álcool e drogas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, mas não moro mais <input type="checkbox"/> 2. Sim, ainda moro <input type="checkbox"/> 3. Não, nunca morei</p>	<p>6. Alguma vez algum médico ou profissional de saúde lhe disse que você tinha alguma dessas doenças? Marque todas que se aplicam.</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Pressão alta <input type="checkbox"/> 2. Diabetes <input type="checkbox"/> 3. Doença cardíaca <input type="checkbox"/> 4. Derrame/ Isquemia (AVC) <input type="checkbox"/> 5. Epilepsia ou convulsões <input type="checkbox"/> 6. Câncer <input type="checkbox"/> 7. HIV/ AIDS <input type="checkbox"/> 8. Tuberculose <input type="checkbox"/> 9. Hepatite <input type="checkbox"/> 10. Cirrose ou outra doença crônica do fígado <input type="checkbox"/> 11. Doença renal crônica <input type="checkbox"/> 12. Problema respiratório crônico <input type="checkbox"/> 13. Outros 9.13.1 Qual? _____</p>									
<p>7. Você faz uso de algum medicamento regular?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>7.1 Se sim, qual? _____</p> <p>7.2 Tem receita médica?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica</p>	<p>8. Qual sua religião ou culto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não tem <input type="checkbox"/> 2. Católica <input type="checkbox"/> 3. Evangélica <input type="checkbox"/> 4. Espírita <input type="checkbox"/> 5. Outra 8. 5.1 Qual? _____</p> <p>8.1 Você é praticante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p>									

E) Questionário Sociodemográfico (continuação)

9. Qual o principal motivo que o levou a buscar tratamento para a dependência de drogas?

1. Família ou cônjuge
 2. Você mesmo
 3. Amigos
 4. Instituição de saúde ou profissional de saúde
 5. Sistema penal ou pelo juiz
 6. Serviço comunitário
 7. Instituição ou pessoa ligada ao tratamento de álcool e drogas
 8. Trabalho
 9. Outros **9.9.1 Qual?** _____

10. Essa é a primeira vez que você dá entrada em algum serviço para o tratamento da dependência de álcool e drogas?

1. Sim 2. Não

10.3 Alguma dessas outras vezes você permaneceu internado?

1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

10.4 Tempo máximo

Dias

10.5 Tempo mínimo

Dias

13. O quanto você se sente motivado para o tratamento da dependência?

1. Nada 4. Consideravelmente
 2. Levemente 5. Extremamente
 3. Moderadamente

10.1 Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em algum serviço para o tratamento de álcool e drogas?

_____ Anos

10.2 Quantas OUTRAS vezes, exceto esta, que você deu entrada em algum serviço para o tratamento de dependência de álcool e drogas?

_____ Vezes

Não se aplica

11. O quão sério você considera o seu problema com álcool e/ou drogas?

1. Nada 4. Consideravelmente
 2. Levemente 5. Extremamente
 3. Moderadamente

12. Nesse momento, o quanto o tratamento é importante para você?

1. Nada 4. Consideravelmente
 2. Levemente 5. Extremamente
 3. Moderadamente

14. O quanto você acredita que o tratamento pode te ajudar?

1. Nada 4. Consideravelmente
 2. Levemente 5. Extremamente
 3. Moderadamente

LEMBRE-SE DE ANOTAR O TEMPO DE TÉRMINO DA APLICAÇÃO

OBSERVAÇÕES:

ANEXO 3 - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 13 de Agosto de 2010.
CEP 0965/10

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) ANA REGINA NOTO
Co-Investigadores: Telmo Ronzani, Pollyanna Santos da Silveira, Ana Regina Noto (orientadora)
Disciplina/Departamento: Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **“Estigma internalizado entre dependentes de álcool e drogas em tratamento”**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Risco mínimo, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Estudo 1- Avaliar a relação entre estigma internalizado e características psicossociais dos dependentes de substâncias ao procurarem tratamento para esta condição. Estudo 2- Avaliar a relação entre estigma internalizado, entre pacientes dependentes de álcool e outras drogas, ao longo de um processo terapêutico de base cognitivo-comportamental.

RESUMO: Serão realizados dois estudos, sendo um transversal e outro longitudinal. No estudo 1-transversal - Serão selecionados pacientes com diagnóstico de Dependência de substâncias atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Juiz de Fora, estimando-se 140 casos por grupo. São critérios de inclusão: indivíduos dependentes de substâncias psicoativas, com diagnóstico de dependência, ser usuário de serviços de tratamento especializados em dependência e ter dado entrada no serviço no mês de coleta para evitar vieses de tratamento. Serão utilizados os seguintes instrumentos: questionário sócio-demográfico, MINI, Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36), escala de esperança de Herth, Unifesp-Epm/Rosenberg, Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI), Resiliência, Inventário de habilidades sociais. Estudo 2- Longitudinal- Serão selecionados pacientes com diagnóstico de Dependência de Substâncias atendidos pela Unidade de Dependência de Drogas, em São Paulo, de acordo com os seguintes critérios: ter recebido o diagnóstico de dependência, ter procurado o tratamento por iniciativa própria, ter dado entrada no serviço no mês de coleta para evitar vieses de tratamento, não estar frequentando concomitantemente outro tratamento para dependência, ter disponibilidade de comparecer semanalmente ao tratamento. Serão utilizados os seguintes instrumentos: Escala de gravidade de dependência, Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health survey (SF-36), Internalizes Stigma of Mental Illness (ISMI). Os pacientes serão entrevistados na primeira consulta do serviço, onde será aplicado inicialmente o questionário. O seguimento será realizado após intervalo de 1 mês e ao final do tratamento, que corresponde a 4 meses após o início do tratamento, utilizando o mesmo questionário..

ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ANA REGINA NOTO

ENDEREÇO: RUA NAPOLEÃO DE BARROS, 925 – 1º ANDAR – VILA CLEMENTINO, SÃO PAULO, SP

Telefone: (11) 2149- 0555 E-MAIL: ananoto@psicobio.epm.br

POLLYANNA SANTOS DA SILVEIRA

ENDEREÇO: RUA NAPOLEÃO DE BARROS, 925 – 1º ANDAR – VILA CLEMENTINO, SÃO PAULO, SP

TELEFONE: (11) 2149- 0555 E-MAIL: pollyannassilveira@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Estigma internalizado entre dependentes de álcool e drogas em tratamento”. Estão sendo convidados todos os indivíduos que derem estrada neste serviço e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o serviço de saúde. O objetivo deste estudo é avaliar o estigma internalizado, entre pacientes dependentes de álcool e outras drogas, ao longo de um processo terapêutico de base cognitivo-comportamental, contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento do conhecimento sobre estigma internalizado e suas implicações. A sua participação na pesquisa consistirá em três entrevistas com cerca de 30 minutos cada, separadas com intervalos de 1 mês (entre a 1ª e 2ª entrevistas) e 3 meses (entre a 2ª e 3ª entrevistas). Todas serão realizadas no próprio local onde você está sendo atendido.

Os benefícios relacionados com a sua participação são para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa são considerados mínimos, entretanto, caso ocorra algum tipo de prejuízo, você poderá entrar em contato com o pesquisador principal e/ou Comitê de Ética.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que os questionários são sigilosos, e não são identificados, estando à sua disposição quando finalizada a pesquisa.

Os dados e os materiais utilizados na pesquisa ficarão na UDED (Unidade de Dependência de Drogas), onde estará seguro e trancado, visto que ninguém terá o acesso, somente os pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e artigos científicos da área.

Você receberá uma cópia deste Termo, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Estigma internalizado entre usuários de álcool e drogas em tratamento”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo, e autorizo o acesso às informações contidas no meu prontuário disponível no serviço. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar: CEP- Comitê de Ética em Pesquisa – Unifesp - Rua Botucatu, 572 - 1º andar conj 14 - tel 55 (11) 5571-1062 / 55 (11) 5539-7162
Horário de atendimento: das 9:00 as 12:00hs - e:mail cepunifesp@unifesp.br