



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da
Saúde**

JANELISE BERGAMASCHI PAZIANI COSTA

**Caracterização sociodemográfica,
psicossocial e clínica de usuários de
substâncias psicoativas atendidos em
Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e
Drogas (CAPSad)**

**São José do Rio Preto
2012**

JANELISE BERGAMASCHI PAZIANI COSTA

**Caracterização sociodemográfica,
psicossocial e clínica de usuários de
substâncias psicoativas atendidos em
Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e
Drogas (CAPSad)**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto para
obtenção do título de Mestre no Curso
de Pós-graduação Stricto Sensu em
Ciências da Saúde, Eixo Temático:
Medicina e Ciências Correlatas.**

Orientador: Prof. Dr. Nelson Iguimar Valerio

**São José do Rio Preto
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA

Costa, Janelise Bergamaschi Paziani

Caracterização sociodemográfica, psicossocial e clínica de usuários de substâncias psicoativas atendidos em Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad)/ Janelise Bergamaschi Paziani Costa
São José do Rio Preto, 2012, p. 258

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP
Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. Nelson Iguimar Valerio

1. Uso de álcool e/ou outras drogas; 2. Transtorno por Uso de Substâncias; 3. CAPSad; 4. Fatores sociodemográficos, psicossociais e clínicos.

JANELISE BERGAMASCHI PAZIANI COSTA

**Caracterização sociodemográfica,
psicossocial e clínica de usuários de
substâncias psicoativas atendidos em
Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e
Drogas (CAPSad)**

**BANCA EXAMINADORA
DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE**

Presidente e Orientador: **Prof. Dr. Nelson Iguimar Valerio**

2º Examinador: **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**

3º Examinador: **Profa. Dra. Maria Cristina O. S. Miyazaki**

Suplentes: **Profa. Dra. Andréia Mara A. G. Luiz**

Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares

São José do Rio Preto, 15/06/2012.

SUMÁRIO

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Epígrafe	vi
Lista de Figuras	vii
Lista de Tabelas e Quadros	ix
Lista de Abreviaturas e Símbolos	xii
Resumo	xiv
Abstract.....	xvii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Uso de substâncias psicoativas: cenário mundial e brasileiro	1
1.2 Transtornos por Uso de Substâncias: caracterização, epidemiologia, comorbidades, complicações do quadro clínico	3
1.3 Substâncias psicoativas e Sistema Nervoso Central (SNC)	7
1.4 Consumo de álcool e/ou outras drogas e Transtornos por Uso de Substâncias: fatores de risco e fatores de proteção.....	8
1.5 Transtornos por Uso de Substâncias: tratamentos	11
1.6 Transtornos por Uso de Substâncias: tratamento no contexto da Saúde Pública	12
1.7 Objetivos	15
1.7.1 Objetivo Geral	15
1.7.2 Objetivos Específicos	15
2. CASUÍSTICA E MÉTODO	16
2.1 Delineamento do Estudo	16

2.2 Participantes	16
2.3 Materiais e Instrumentos de Coleta dos Dados	18
2.4 Local de Coleta de Dados.....	19
2.5 Procedimento de Coleta dos Dados	21
2.6 Aspectos Éticos	22
2.7 Análise dos Dados	23
3. RESULTADOS	26
3.1 Dados Sociodemográficos	26
3.2 Dados sobre Encaminhamentos para o tratamento de problemas relacionados ao Álcool e/ou outras Drogas no CAPSad	30
3.3 Dados sobre a História Pessoal e Familiar	32
3.4 Dados sobre a História Escolar	45
3.5 Dados sobre História Profissional	50
3.6 Dados sobre História Social	56
3.7 Dados sobre História Marital	61
3.8 Dados sobre os Filhos	67
3.9 Dados sobre História de Risco	71
3.10 Dados sobre História de Comportamentos Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas	73
3.11 Dados sobre problemas relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas	84
4. DISCUSSÃO	89
4.1 Dados Sociodemográficos	89

4.2 Dados sobre Encaminhamentos para o Tratamento de Problemas Relacionados ao Álcool e/ou outras Drogas no CAPSad	94
4.3 Dados sobre a História Pessoal e Familiar	104
4.4 Dados sobre a História Escolar	116
4.5 Dados sobre História Profissional.....	121
4.6 Dados sobre História Social	125
4.7 Dados sobre História Marital	138
4.8 Dados sobre os Filhos	148
4.9 Dados sobre Riscos	151
4.10 Dados sobre História de Comportamentos Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas e Problemas Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas	153
5. CONCLUSÕES	188
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	201
7. APÊNDICES	244
8. ANEXOS	257

Ao meu filho, Hugo.

Razão pela qual me dedico a um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo o que me concedeu até aqui, em especial por esta oportunidade de aprender e conviver com pessoas maravilhosas durante o período da Pós-Graduação.

Ao meu orientador Prof. Dr. Nelson Iguimar Valerio, de quem o olhar, a escuta, a paciência e a disponibilidade permitiu o desenvolvimento desta pesquisa. Meu especial agradecimento por me orientar incansavelmente e por compartilhar momentos tão especiais da minha vida, sempre demonstrando carinho e compreensão. Por fim, obrigada por me mostrar a paixão e o compromisso de ser um pesquisador.

Ao meu marido, fonte inesgotável de apoio, incentivo, paciência e cumplicidade. Muito obrigada por compreender a privação momentânea de minha companhia e por ser meu companheiro durante minha caminhada em prol dos meus ideais.

À Prof^a Dr^a Maria Cristina S. O. Miyazaki, por ser disponível em todos os momentos de pedido de ajuda e de compartilhamento de idéias. Com muita simplicidade, foi a primeira pessoa a ouvir meu desejo pelo mestrado e a me direcionar para sua conquista. Meu profundo agradecimento a todo auxílio no desenvolvimento da pesquisa.

Aos professores e coordenadores do curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, pelo esforço e dedicação na tarefa de ensinar.

Aos professores, colegas e funcionários do Laboratório de Psicologia e Saúde pelo sincero acolhimento, pelos bons momentos que passamos juntos e por toda colaboração e carinho para com o trabalho, em especial para Prof^a Dr^a Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz, Prof^a Dr^a Neide Aparecida Micelli Domingos, Prof. Randolpho Santos Junior, Prof^a Ms Leda Maria Branco, Prof. Dr. Marcos Ricardo Datti Micheletto, Nilmara de Oliveira Barbosa, Adriana Freire Rocha, Carla R. Zanin, Elina B. Ciribelli.

Às juízas, Prof^a Dr^a Maria Cristina S. O. Miyazaki e Prof^a Dr^a Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz, por atuarem nas análises dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa.

Aos examinadores, Prof^a Dr^a Maria Cristina S. O. Miyazaki e Prof. Dr. Marcos Ricardo Datti Micheletto, pela análise cuidadosa do trabalho ao fazerem parte da banca de qualificação do meu mestrado.

À minha mãe, por ter dedicado sua vida a construir nossa maravilhosa família e por suas orações, luz iluminando e aquecendo todos os caminhos de minha vida.

Ao meu pai, modelo de determinação, autonomia, perseverança e amor pelo que faz.

À minha irmã Julimeire, por constantes incentivos e contribuições, me dando fôlego para executar tal tarefa.

Aos profissionais do CAPSad, pela dedicação com que executam seu trabalho, pelo apoio e pela prontidão em ajudar nas diversas etapas da pesquisa. E, aos usuários do CAPSad, pelo convívio, que se transformou em aprendizado, e pela contribuição na realização deste estudo.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram na execução deste trabalho.

Como cidadãos conscientes do valor da pessoa humana e da periculosidade das drogas, é preciso fazer, primeiramente, um grande mutirão de trabalho preventivo.

CNBB – Campanha da Fraternidade 2001 (“Vida sim, drogas não”)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Correlação entre cor/etnia e naturalidade	29
Figura 2. Correlação entre religião e estado civil	29
Figura 3. Correlação entre tempo de tratamento no CAPSad e idade dos participantes	31
Figura 4. Correlação entre anos de estudos e ocupações dos responsáveis - Grupo 7 (CBO)	35
Figura 5. Correlação entre anos de estudos dos participantes e categoria 'Apanhava/ Maus tratos/ Abuso sexual' (como era sua vida na infância)	38
Figura 6. Correlação entre idade dos participantes e familiares sem problemas com a lei	43
Figura 7. Correlação entre escolaridade atual dos entrevistados e anos de estudos na infância e adolescência	46
Figura 8. Correlação entre escolaridade dos participantes e quantidade de escolas estudadas	48
Figura 9. Correlação entre anos de estudo dos participantes e categoria 'dispensado/ empresa faliu/ empresa fechou/ caiu produção/ estava fraco o serviço – dispensaram' como fatores relacionados ao término dos empregos mais duradouros	52
Figura 10. Correlação entre idade dos participantes e amigos sem problemas com a lei	59
Figura 11. Correlação entre escolaridade dos participantes e justificativa para término do relacionamento conjugal de mudança de cidade/ incompatibilidade de local de moradia	64
Figura 12. Correlação entre idade dos participantes e idade dos filhos	68
Figura 13. Correlação entre idade dos participantes e filhos com problemas de álcool e/ou outras drogas	71
Figura 14. Correlação entre escolaridade dos participantes e tipo de droga consumida: derivados de cocaína	74
Figura 15. Correlação entre escolaridade dos participantes e categoria 'curiosidade/ queria experimentar' como fator associado ao início do uso de drogas	75

Figura 16. Correlação entre escolaridade dos participantes e a vida adulta para o início do uso contínuo de álcool e/ou outras drogas	76
Figura 17. Correlação entre escolaridade dos participantes e categoria 'AA/ NA/ Amor Exigente' para tipo de tratamento utilizado pelos participantes	80
Figura 18. Correlação entre escolaridade dos participantes e categoria 'não abstêmios' após tratamento	81
Figura 19. Correlação entre escolaridade dos participantes e categoria 'não uso de álcool' para tipos de drogas utilizadas no último mês pelos participantes	84

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1. Dados Sociodemográficos – sexo, idade, cor/etnia, estado civil, anos de estudos, religião, naturalidade e renda mensal em salários mínimos (SM)	28
Tabela 2. Dados sobre Encaminhamento para o CAPSad - fontes de encaminhamentos e tempo de tratamento em meses (m)	31
Tabela 3. Dados sobre Encaminhamento para o CAPSad - razões para buscar ajuda	32
Tabela 4. Dados da História Pessoal e Familiar - ‘Foi criado por’, ‘O que estes responsáveis faziam para sobreviver’, ‘Como eram os pais e/ou responsáveis’.....	37
Tabela 5. Dados da História Pessoal e Familiar - ‘Como era sua vida na infância e adolescência’, ‘Sofreu abusos físicos, sexuais ou emocionais quando criança e/ou adolescente’.....	39
Tabela 6. Dados da História Pessoal e Familiar - ‘Tem irmãos ou irmãs’, ‘Convivência com irmãos na infância e adolescência’, ‘Familiares com problemas de álcool e/ou outras drogas’ ou ‘com a lei’.....	42
Tabela 7. Dados da História Pessoal e Familiar - ‘Como vê o relacionamento com a família na atualidade’, ‘Frequência dos contatos’ e ‘Com quem reside’.....	45
Tabela 8. Dados sobre a História Escolar - ‘ciclos e anos de estudos na infância e adolescência’, ‘o que fez depois’ e ‘estudou ou voltou a estudar na vida adulta’.....	48
Tabela 9. Dados sobre História Escolar - ‘em quantas escolas estudou’ e ‘motivos das mudanças’.....	49
Tabela 10. Dados sobre a História Escolar - ‘gostava de estudar’ e ‘comportamento na escola’.....	50
Tabela 11. Dados da História Profissional - ‘tipos de trabalho e ocupações que já exerceu’, ‘quantos empregos teve’, ‘emprego mais duradouro’, ‘emprego mais duradouro: o que aconteceu’, ‘emprego mais breve’, ‘emprego mais breve: o que aconteceu’	53
Tabela 12. Dados da História Profissional - ‘demitido ou abandonou o trabalho’, ‘atualmente está trabalhando’, ‘em que’, ‘há algum negócio, ofício, emprego ou ocupação que gostaria de ter/exercer’.....	56

Tabela 13. Dados sobre História Social - 'atividades de lazer na atualidade', 'tem amigos', 'fica com amigos nas horas livres', 'amigos usam álcool e/ou outras drogas' e 'amigos tem problemas com a lei'	59
Tabela 14. Dados sobre História Social - 'se sentiu rejeitado pelas pessoas' e 'amigos se afastaram'	61
Tabela 15. Dados sobre História Marital - 'quantidade de relacionamentos conjugais', 'tempo do último relacionamento conjugal' e 'como era ou é o relacionamento'.....	63
Tabela 16. Dados sobre História Marital - 'por que o relacionamento acabou', 'uso de álcool e/ou outras drogas contribuiu para o término' e 'já se relacionou com mais de uma pessoa ao mesmo tempo'.....	66
Tabela 17. Dados sobre História Marital - 'atitudes do(a) parceiro(a) frente ao problema de álcool e/ou outras drogas' e 'algum(a) parceiro(a) com problema de álcool e/ou outras drogas'.....	67
Tabela 18. Dados sobre Filhos - 'filhos biológicos, adotivos e enteados', 'idade' e 'quem é a mãe'.....	70
Tabela 19. Dados sobre Filhos - 'relacionamento com filhos quando crianças e/ou adolescentes', 'relacionamento na atualidade' e 'filhos com problemas de álcool e/ou outras drogas'.....	71
Tabela 20. Dados da História de Risco - 'injetou alguma droga', 'compartilhou seringas/agulhas', 'trocou sexo por drogas ou dinheiro (se prostituiu)', 'já tentou suicídio'.....	72
Tabela 21. Dados da História de Comportamentos Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas - 'drogas que consumiu e/ou experimentou', 'idade de início do uso de drogas', 'com quem usava', 'como foi o início do uso de drogas'.....	77
Tabela 22. Dados da História de Comportamentos Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas - 'quando começou a usar todos os dias', 'parou de usar por alguns períodos', 'uso direto por alguns dias', 'primeira vez que teve sintomas de abstinência', 'atitudes dos familiares frente ao uso'.....	79
Tabela 23. Dados da História de Comportamentos Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas - 'tipos de tratamentos e/ou serviços utilizados', 'abstêmio depois de fazer tratamento ou ter largado por conta própria', 'fatores relacionados às recaídas'.....	83
Tabela 24. Dados da História de Comportamentos Relacionados ao Uso	

de Álcool e/ou outras Drogas - 'uso de medicamentos/quais', 'padrão de uso no último mês'..... 84

Tabela 25. Dados sobre Problemas Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas – 'De uma forma geral, como as drogas interferem e/ou prejudicam sua vida'..... 86

Tabela 26. Dados sobre Problemas Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas - 'físicos', 'cognitivos', 'psicológicos'..... 87

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AA	Alcoólicos Anônimos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS I	Centro de Referência Especializado em Assistência Social I
DSM -IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LSD	Dietilamina do Ácido Lisérgico
NA	Narcóticos Anônimos
NAPS	Núcleos de Apoio Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PSF	Programa da Saúde da Família
PTI	Plano Terapêutico Individual
SJRP	São José do Rio Preto
SNC	Sistema Nervoso Central
SUJ	Sujeito
SUS	Sistema Único de Saúde

TC	Transtorno de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPAS	Transtorno de Personalidade Antissocial
TUS	Transtornos por Uso de Substâncias
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

.

RESUMO

Introdução: Considera-se o uso de substâncias psicoativas um fenômeno complexo, com origens e consequências biológicas, psicológicas e sociais. **Objetivos:** Descrever, analisar e comparar características sociodemográficas, psicossociais e clínicas apresentadas por uma população com Transtornos por Uso de Substâncias. **Casuística e Método:** Participou da pesquisa uma amostra de conveniência com 50 pacientes adultos, sexo masculino, atendida no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Foram utilizados: Ficha de Identificação, contendo características pessoais e sociodemográficas e Roteiro de Entrevista Semidirigida para pessoas com problemas relacionados ao álcool e/ou outras drogas. Os dados foram analisados por meio de provas da estatística não paramétrica e por análise qualitativa a partir de frequências e porcentagens de categorias de respostas com mesma semântica de enunciados. **Resultados:** Pode-se destacar uma população adulta (28-37 e 48-58 anos), negra (62%), sem companheiro(a) (72%), com 5 a 8 anos de estudos (42%), evangélica (44%), natural da região administrativa da cidade alvo do estudo (44,68%), com renda mensal familiar de 3 a 5 salários mínimos (47,73%) e desempregada (59,18%). 68% estavam em tratamento no período de 'até um mês', principalmente os entrevistados mais jovens da pesquisa (18-37 anos). Houve equilíbrio entre participantes que foram encaminhados ao CAPSad e os que buscaram ajuda por conta própria, sendo os principais motivos: cessar o consumo, problemas psicológicos,

emocionais e dependência química. 43,18% sofreram abusos (principalmente físicos) na infância e/ou na adolescência e 74% relataram possuir familiares com problemas de álcool e/ou outras drogas. Uso de substâncias psicoativas foi um fator contribuinte para prejuízos na qualidade dos relacionamentos com família de origem, cônjuge e filhos. Os participantes referiram significativa mudança e redução do repertório social e parte das fontes de lazer esteve relacionada ao próprio uso de substâncias ou atividades afins. 76,60% relataram possuir amigos que faziam uso de álcool e/ou outras drogas. Álcool (98%), nicotina (84%), derivados de coca (72%) e de canabinóides (72%), inalantes (48%), alucinógenos (22%), medicamentos psicotrópicos (12%) foram os tipos de drogas mais consumidas durante a vida. Maconha, cocaína e crack foram associadas estatisticamente à população mais jovem da pesquisa. 64% iniciaram o uso de substâncias na adolescência, sendo os principais motivos amizades, frequência em festas e curiosidade e 38% já faziam uso contínuo nessa mesma fase da vida. 66% relataram ‘turma, amigos, colegas’ como companheiros de uso, 72,92% uso ininterrupto de drogas por alguns dias e 86%, períodos sem o consumo. Principais fatores relacionados à recaída foram solidão, distância dos familiares, impressão de poder beber sem consequências negativas ou de estar bem, vontade e prazer no uso e características psicológicas próprias dos entrevistados. Tratamentos mais utilizados para problemas com álcool e/ou outras drogas foram CAPSad, Internação, Pronto Socorro, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor exigente e Religioso. 96% dos participantes relataram prejuízos psicológicos, 90% físicos, e 71,92% cognitivos, relacionados ao consumo de substâncias.

Conclusões: Na vida adulta foram evidenciados, para quase a totalidade dos participantes do presente estudo, significativos prejuízos relacionados ao abuso/dependência de álcool e/ou outras drogas, em todas as áreas de funcionamento dos indivíduos. Embora os resultados não permitam evidenciar fatores considerados como preditores na infância para o início do uso de substâncias, uma vez que características da amostra foram variadas entre piores e melhores condições socioeconômicas e de vida, para a adolescência, houve predomínio de sujeitos com prejuízos relevantes, mudanças e sofrimentos, em contato com amigos usuários, demonstrando características comuns para a manutenção do abuso. Há a necessidade de programas eficazes de promoção e prevenção de saúde, tratamentos e reabilitações mais efetivos que levem em consideração a heterogeneidade da população usuária.

Palavras-chaves: 1. Substâncias Psicoativas; 2. Uso de álcool e/ou outras drogas; 3. Transtorno por Uso de Substâncias; 4. CAPSad; 5. Fatores sociodemográficos, psicossociais e clínicos.

ABSTRACT

Introduction: The use/consumption of psychoactive substances is considered a complex phenomenon, which has biological, psychological and social origins and consequences. **Objectives:** Describing, analyzing and comparing socio-demographic, psychological and clinical characteristics presented by a population having a Substance Use Disorder. **Casuistic and Method:** A convenience sample comprising 50 adult male patients who took part in the present study were seen in a Psychosocial Attention Center – Alcohol and Drugs (CAPSad) – based in a medium-sized city located in São Paulo State countryside. An Identification Form containing personal and socio-demographic features, as well as a Semi-directed Interview Script, were used for people with alcohol and/or drug-related problems. Data were analyzed by means of non-parametric statistic evidences and qualitative analysis of frequency and percentage of answer category having the same semantic meaning. **Results:** The study group mostly comprised an adult (28-37 and 48-58 years old), negroid (62%), not engaged (72%), evangelic (44%), unemployed (59,18%) population born in areas around the target city (44,68%), with 5 to 8 years of study (42%) and a monthly family income of 3-5 minimum salaries (47,73%). 68% of these patients had been under treatment for at most a month, especially the youngest interviewed ones (18-37 years old). There has been balance between the participants directed to CAPSad and the ones who have searched for help on their own. Some of the main reasons for this search were: willingness to quit consuming, psychological and emotional problems, as well as

chemical addiction. 43,18% of the patient sample were abused (esp. physically) in childhood and/or adolescence, and 74% reported having family problems involving alcohol and/or others drugs. Psychoactive substances use was a contributing factor to damages in the quality of relationship with family of origin, spouse and children. Participants reported significant changes and social repertoire and part of leisure activities was associated to the very use of substances or related activities. 76,60% declared having friends who made use of alcohol and/or other drugs. Alcohol (98%), nicotine (84%), cocaine (72%) and cannabis (72%) derivates, inhalants (48%), hallucinogens (22%) and psychotropic medicine (12%) were the most commonly consumed drugs in a lifetime found among patients. Marijuana, cocaine and crack were statistically associated to research youngest population. 64% started using substances in adolescence, mainly due to friendship, party attendance and curiosity and 38% of these youngsters already made continuous use of them in this very life stage. 66% indicated 'group, friendship circle, friends' as usage partners, 72,92% declared uninterrupted use of drugs for some days and 86% of them reported having had periods without any drug contact. The main factors encountered to relapse were loneliness, family distance, belief of being able to drink with no negative consequences, as well as of feeling fine, use willingness and pleasure and individual psychological characteristics. The most common treatments for problems with alcohol and/or other drugs were CAPSad, Hospitalization, Emergency Room, "Alcoólicos Anônimos", "Narcóticos Anônimos", "Amor Exigente" and religion. Participants reported psychological (96%), physical (90%) and cognitive (71,92%) damages related to substance use.

Conclusions: It has been observed that a great percentage of the total number of adult participants in the present study presented significant damages related to alcohol and other drugs abuse/dependence, compromising all individual's functioning areas. Although the results are not conclusive to predicting factors in childhood to drug use, considering sample characteristics varied from worse to better socioeconomics and life conditions. In adolescence, individuals with significant damages, changes and sufferings, in touch with user friends and presenting common features for abuse maintenance were predominant. We may conclude that efficient health promoting and prevention programs and more effective treatments and rehabilitation programs must take into consideration users' population heterogeneity.

Key words: 1. Psychoactive Substances; 2. Drug and alcohol use; 3. Substance Use Disorder; 4. CAPSad; 5. Socio-demographic, psychological and clinical factors.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Uso de substâncias psicoativas: cenário mundial e brasileiro.

O uso de substâncias capazes de alterar estados de consciência e modificar o comportamento dos indivíduos parece ser um fenômeno humano universal. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o consumo de substâncias psicoativas¹ tais como álcool, opióides, canabinóides, sedativos, cocaína, anfetaminas e outros estimulantes, cafeína, alucinógenos, nicotina e inalantes é um problema crescente e preocupante em todo o mundo.⁽¹⁻²⁾

O ser humano sempre buscou nas substâncias psicoativas uma maneira de modificar o humor, as percepções e as sensações, com finalidades culturais, religiosas, relaxantes, curativas, ou pela simples busca de prazer. Primeiramente, sob o controle da coletividade, o uso de drogas era parte de hábitos sociais e integrava as pessoas na comunidade por meio de cerimônias, rituais e festividades, não se mostrando tão perigoso.⁽³⁾ Segundo Bergeret,⁽⁴⁾ as drogas tornaram-se um problema de saúde pública a partir da metade do século XIX.

De acordo com o *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*,⁽⁵⁾ realizado em 2005, 74,6% da população pesquisada já havia feito uso de álcool no decorrer da vida, 44% de tabaco e outros 22,8%, de alguma outra substância psicoativa.

¹ No presente trabalho, os termos droga ou substância psicoativa serão utilizados na seguinte acepção: substâncias que, ao entrarem em contato com o organismo, sob diversas vias de administração, atuam no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e percepção, podendo ser lícitas ou ilícitas [Carlini EA, Nappo AS, Galduróz JCF, Noto AR. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. Rev IMESC. 2001;(3): 9-35].

Em outro estudo de abrangência nacional realizado por Bastos et al.,⁽⁶⁾ no qual foram entrevistados 5040 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 16 e 65 anos, a fim de analisar os padrões de consumo de álcool e drogas na população urbana brasileira, constatou-se que 86,7% dos entrevistados já haviam ingerido bebidas alcoólicas em algum período de suas vidas, com contato inicial na idade média de 17 anos. No mesmo estudo, aproximadamente 9% dos entrevistados declararam ser usuários de drogas ilícitas (que não o álcool ou o tabaco), principalmente maconha/haxixe e cocaína, com casos raros de uso de drogas injetáveis. Neste grupo, o número de usuários do sexo masculino suplantou o do sexo feminino (13,2% para 5%, respectivamente), e o de jovens entre 16-24 (11,7%) e 25-36 anos (12,1%) foi maior do que os de faixas etárias mais altas (8,8% entre 34-46 e 3,1% entre 47-65 anos de idade).

Comparando-se os dados acerca da prevalência de uso de substâncias psicoativas na população brasileira com dados obtidos em estudos⁽⁷⁻⁹⁾ realizados em outros países, verificou-se que as taxas de frequência e proporção de consumo dessas substâncias não apresentam diferenças significativas entre eles. Em sua maioria, os indivíduos do sexo masculino tendem a consumir mais drogas ilícitas e os do sexo feminino costumam apresentar índices mais elevados de consumo de tabaco.⁽¹⁰⁾

Estudos⁽¹¹⁻¹²⁾ comprovam que os padrões de uso de substâncias psicoativas têm mudado ao longo dos anos, especialmente no que diz respeito à idade em que se dá o contato inicial com as drogas. Tem crescido consideravelmente o número de jovens e adolescentes que fazem uso ou são

dependentes de algum tipo de substância psicoativa^(8,13-18) e, proporcionalmente, observa-se significativa redução na média de idade dos pacientes submetidos a tratamento por abuso de substâncias.⁽¹³⁾

No que tange às bebidas alcoólicas, pode-se afirmar que seus “padrões de consumo variam conforme a cultura, o país, o gênero, a faixa etária, as normas sociais vigentes e o subgrupo social considerado” (p.8)⁽¹⁹⁾ e, da mesma forma, o risco associado a eles. Nos países ricos, apesar das medidas regulatórias exercidas sobre seu consumo, das políticas nacionais de preços, do controle de promoções, propagandas e campanhas educacionais na mídia, e os problemas relacionados ao seu consumo, a grande disponibilidade de álcool coloca essa droga como terceiro maior fator de risco para os problemas de saúde, gerando significativos custos sociais.⁽¹⁹⁾ A falta desses controles em países de economias intermediárias, como o Brasil, facilita ainda mais o acesso ao álcool, inclusive aos indivíduos mais jovens, elevando os números e os riscos relacionados ao seu consumo⁽¹⁹⁾ e tornando-o um dos principais fatores limitantes ao desenvolvimento social e econômico dessas nações.⁽²⁰⁾

1.2 Transtornos por Uso de Substâncias: caracterização, epidemiologia, comorbidades, complicações do quadro clínico.

O uso de substâncias psicoativas constitui uma das maiores e mais significativas taxas de morbidade e mortalidade no mundo todo.⁽²¹⁻²⁸⁾ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR),⁽²⁹⁾ utiliza a terminologia ‘Transtornos Relacionados a Substâncias’ para designar tanto os efeitos de medicamentos e exposição de toxinas quanto os transtornos por

consumo de drogas de abuso. Por ser uma categoria muito ampla, ela é subdivida em dois grupos: os Transtornos Induzidos por Substâncias e os Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), foco de atenção do presente trabalho.

Os TUS, por sua vez, são divididos em Dependência de Substâncias e Abuso de Substâncias. O DSM-IV-TR estabelece critérios para que se realize o diagnóstico, representando "um grupo de sinais e sintomas comportamentais e fisiológicos que resultam de um padrão do uso continuado de drogas, apesar dos problemas importantes que elas causam" (p. 547).⁽³⁰⁾

Apesar de ser possível observar um padrão de uso mal adaptativo que gera prejuízos clinicamente relevantes tanto em relação à dependência quanto ao abuso de substâncias, os critérios para abuso de substâncias são formulados para focar as consequências negativas do uso de drogas, enquanto os critérios para dependência focalizam aspectos como o padrão de uso compulsivo relacionados ao consumo das drogas, a tolerância e a abstinência.⁽²⁹⁾

Segundo Silva e Serra (p.33),⁽³¹⁾ os TUS resultam de uma "interação complexa entre cognições - pensamentos, crenças, idéias, esquemas, valores, opiniões, expectativas e suposições; comportamentos; emoções; relacionamentos familiares e sociais; influências culturais e processos biológicos e fisiológicos".

Estudo⁽³²⁾ epidemiológico focado no contexto da atenção primária em saúde, realizado pela OMS em 14 países, demonstrou que os TUS encontram-se entre os transtornos psiquiátricos mais diagnosticados (2,7%), juntamente

com casos de depressão (10,4%) e ansiedade (7,9%); estes foram mais frequentemente encontrados em mulheres, enquanto os TUS mostraram-se, novamente, mais comuns no sexo masculino.

Pesquisa⁽³³⁾ estimou a prevalência dos transtornos por uso de álcool (abuso e dependência) em adultos em cerca de 1,7% em todo mundo, variando nas diferentes regiões do planeta, desde níveis muito baixos em países do Oriente Médio até mais de 5% na América do Norte e partes da Europa Oriental. Em casos de abuso e dependência de drogas ilícitas (tais como heroína, cocaína e cannabis), a prevalência varia de 0,4% a 4%, sendo o tipo de droga utilizada diferente de uma região para outra.⁽³⁴⁾

No Brasil, de acordo com levantamento coordenado por Laranjeira e colaboradores em 2007,⁽³⁵⁾ acerca do padrão nacional brasileiro de consumo de álcool, no qual foram realizadas 3007 entrevistas envolvendo adolescentes e adultos em todo o território, 3% dos entrevistados apresentavam problemas de abuso e 9% de dependência em relação ao álcool, perfazendo 12% da população avaliada com 18 anos ou mais.

Estima-se que mais de 430 mil fumantes morram por ano nos Estados Unidos, e no mundo, mais de 1 milhão de mortes - além de diversas outras comorbidades psiquiátricas - são atribuídas a causas relacionadas ao fumo.⁽³⁶⁻³⁹⁾ Existem cerca de 14,6 milhões de usuários de maconha apenas nos Estados Unidos, e é alto o índice dos mesmos que, ao receber tratamento para abuso ou dependência de *cannabis*, apresentam, ao menos, uma comorbidade psiquiátrica, tal como transtorno de conduta ou transtorno por déficit de atenção/hiperatividade.^(13,40) Além disso, a maconha pode induzir a psicoses

permanentes em indivíduos que apresentam vulnerabilidade para esquizofrenia ou psicose.^(16,41)

Dentre os distúrbios mentais mais comuns relacionados ao uso de substâncias psicoativas, podem ser citados, sintomas depressivos, desordens alimentares, distúrbios obsessivo-compulsivos e transtornos de personalidade.
(42-47)

Na Alemanha, as taxas de prevalência de distúrbios relacionados ao consumo de drogas lícitas ou ilícitas são de 7,3% para dependência de tabaco, 2,4% para dependência e 3,8% para abuso de álcool, e 0,6% para substâncias ilegais em relação ao total geral de doenças, estando os distúrbios associados ao álcool entre as dez doenças com maior impacto sobre o quadro geral de enfermidades.⁽⁴⁹⁾

Segundo diversos pesquisadores da área, os dados referentes ao volume médio e aos padrões de consumo de substâncias, em especial o álcool, podem ser correlacionados às diversas categorias de problemas de saúde, as quais incluem: danos físicos - hipertensão arterial, isquemia miocárdica, doença cerebrovascular, presença de vasculites, diabetes, cirrose hepática, baixo peso ao nascimento, perda de peso e desnutrição, câncer bucal e orofaríngeo, câncer esofágico, câncer hepático e intoxicações; danos cognitivos - dificuldade de reter novas informações, prejuízo da memória de fixação, alterações na forma do pensamento; e danos psicológicos - depressão unipolar, psicose, esquizofrenia e outras desordens psiquiátricas, danos auto infligidos e homicídios.^(2,19,42-44,50-54)

Embora considerada por Klingemann⁽⁵⁵⁾ ‘a dimensão esquecida’, o consumo de substâncias também gera diversos danos sociais, como vandalismo, desordem pública, violência doméstica,⁽⁵⁶⁻⁶¹⁾ acidentes de trânsito⁽⁶²⁻⁶³⁾ e crimes⁽⁶⁴⁾, além de problemas familiares, conflitos conjugais e divórcio, abuso de menores, dificuldades educacionais e baixo rendimento escolar.^(19,33,35,65-66) Além disso, em muitos casos, a situação de violência física, aliada à dependência ou abuso de substâncias (álcool e drogas ilícitas), encontra-se associada a comportamentos sexuais de risco.⁽⁶⁷⁾

Pode-se dizer então que, de forma geral, os TUS causam prejuízos sérios e complicações graves ao indivíduo nos contextos pessoal, social e profissional, além de sofrimentos físicos, psíquicos e morais aos usuários, às famílias e à comunidade, acarretando um alto custo social.^(10,17,26,68-69)

1.3 Substâncias psicoativas e Sistema Nervoso Central (SNC).

As substâncias psicoativas atuam de formas diversas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC). O álcool, por exemplo, logo após sua ingestão, causa efeitos estimulantes, como euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade para falar), mas, em alguns casos, pode originar efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono, que costumam ficar exacerbados quando o consumo é frequente e muito exagerado, podendo, até mesmo, provocar o estado de coma.⁽⁷⁰⁾ Já o tabaco - ou nicotina - atua sobre o SNC elevando levemente o humor (estimulação) e diminuindo o apetite.⁽⁷⁰⁾ As anfetaminas, o êxtase e a cocaína, considerados estimulantes, tornam o funcionamento do cérebro mais rápido, com estado de alerta exagerado,

causando euforia e bem-estar, com o conseqüente aumento da disposição para o trabalho e outras atividades. Os depressores, como os tranquilizantes e os barbitúricos, ao contrário, fazem com que o SNC funcione de forma mais lenta, produzindo uma sensação de tranquilidade e de desligamento da realidade. Já a maconha e os alucinógenos, como o LSD e o chá de cogumelos, atuam perturbando o funcionamento do cérebro, pois não aceleram nem diminuem o ritmo do SNC, mas podem provocar delírios, ilusões e alucinações, acompanhados por períodos de relaxamento ou euforia.⁽⁷¹⁾

1.4 Consumo de álcool e/ou outras drogas e Transtornos por Uso de Substâncias: fatores de risco e fatores de proteção.

Podem ser citados, como fatores potencializadores do consumo de substâncias ilícitas, de acordo com o Ministério da Saúde,⁽⁷²⁾ elevados níveis de desemprego entre os jovens, dificuldades de moradia, restritas oportunidades de desenvolvimento educacional, serviços de saúde deficitários e elevada taxa de criminalidade, roubos e prostituição, aspectos geralmente encontrados em países economicamente mais pobres, onde o consumo de drogas tem aumentado nos últimos anos.

Entre jovens e adolescentes, dentre as principais razões apontadas para o primeiro contato com drogas lícitas ou ilícitas, encontram-se a influência da família e a pressão dos pares, os conflitos familiares, a curiosidade e solidariedade, o sentimento de invulnerabilidade, ou seja, a crença de que podem se expor a comportamentos de risco sem que nada lhes aconteça, além da busca pelo prazer, ou fuga dos problemas.^(3,12,73) Além disso, aspectos

como relaxamento, sentimento de prazer e aceitação social podem ser encarados como 'benefícios' para o consumo de substâncias, e o hábito e o vício são geralmente relacionados a barreiras para abandonar o consumo.⁽⁷⁴⁾

Para pesquisadores e profissionais que atuam na área, o uso de substâncias, em alguns casos, é considerado um sintoma da falha no sistema familiar.⁽⁷⁵⁾ Apesar de passar a conviver mais em outros ambientes, é neste contexto que jovens e adolescentes adquirem a maioria dos seus valores morais e padrões de conduta. Caso esses princípios não sejam adequadamente adquiridos durante a infância, outros ambientes poderão influenciar negativamente esses indivíduos.⁽⁷⁶⁾ Assim, por ser o primeiro núcleo de desenvolvimento a oferecer modelo, aprendizagem e socialização, é provável que a maior influência para o início do consumo de drogas provenha da própria família, como demonstram alguns estudos.⁽¹¹⁾

Observa-se que as famílias de adolescentes e jovens usuários de drogas possuem, em sua maioria, características disfuncionais como supervisão parental inadequada - negligência, abandono, permissividade ou autoritarismo extremos - maus tratos e agressão física, brigas e falta de diálogo,^(73,76-78) além de “laços familiares conflitivos, pouca proximidade entre os membros, falta de uma hierarquia bem definida e pais que não dão exemplo positivo quanto ao uso de drogas” (p.69).⁽⁷⁶⁾

Aspectos como atmosfera familiar precária, onde não há felicidade, além do tipo de família, o número de integrantes e a falta de apoio e limites também podem ser percebidos negativamente, favorecendo o consumo de substâncias, especialmente na adolescência, período marcado por várias e profundas

mudanças físicas e psíquicas que tornam o indivíduo mais vulnerável e susceptível ao apelo das drogas.^(3,11)

A família constitui o elo entre as diversas esferas da sociedade⁽⁷⁸⁾ e, assim como pode ser considerada um fator de risco², também pode desempenhar um papel fundamental de proteção³ para o uso de substâncias.⁽⁷⁹⁾ Aspectos como estabilidade emocional, sentimento de união, bom relacionamento, respeito e afeto entre os membros da família, além de uma comunicação eficiente entre pais e filhos geram um clima de coesão e segurança que oferece, aos jovens e adolescentes, as competências sociais necessárias para enfrentar as ocasiões em que o consumo lhes seja apresentado e desenvolver resistência às adversidades.^(11,78,80) Assim, ambientes em que os pais se interessam pela vida dos filhos, discutem com eles as decisões a tomar e há uma clara definição de limites, geram nos jovens sentimentos de maior competência social, autonomia e independência.⁽⁷⁷⁾

Entretanto, por ser o uso de drogas considerado um fenômeno complexo, com origens e consequências biológicas, psicológicas e sociais, a busca pela utilização de qualquer tipo de substância psicoativa não provém de uma única causa isolada, mas de um conjunto de fatores que, ao atuarem no

² Os fatores de risco constituem características familiares que podem gerar maior vulnerabilidade em seus integrantes, sendo potencialmente influentes e/ou favorecedoras do consumo de drogas. (Mosqueda-Díaz A, Ferriani MGC. *Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2011; 19 Spe n:789-95).

³ Os fatores de proteção constituem características familiares que podem gerar maior resiliência de seus integrantes em relação ao uso de drogas, anulando os fatores de risco e sendo desfavoráveis ou desestimulantes à aparição do problema. (Mosqueda-Díaz A, Ferriani MGC. *Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2011; 19 Spe n:789-95).

contexto no qual se insere um determinado indivíduo, acaba predispondo-o à sua utilização.⁽³⁾

Da mesma forma, os TUS emanam de uma combinação de fatores que diferem de uma pessoa para outra. Além de aspectos genéticos que podem predispor certos indivíduos ao desenvolvimento de uma drogadição, uma série de condições de ordem pessoal, problemas psicológicos ou uma maior vulnerabilidade social podem aumentar a probabilidade de que o uso de substâncias se torne problemático e prejudicial.

1.5 Transtornos por Uso de Substâncias: tratamentos.

A heterogeneidade da população que apresenta TUS, tais como, aspectos relacionados à prontidão do usuário/dependente para a mudança, seu estado emocional e psicológico, suas crenças e valores, bem como suas histórias e referências culturais e familiares, além do nível de gravidade dos problemas relacionados ao uso, são fatores a serem considerados no tratamento dos indivíduos diagnosticados com tais transtornos.

As abordagens mais tradicionais, que consideram a abstinência e a aceitação da identidade de 'viciado' ou 'alcoolista' como o único caminho possível para a recuperação do indivíduo com TUS, em geral, não contemplam as diferenças individuais, e, por isso, nem sempre se mostram eficazes no tratamento de toda a população de usuários/dependentes. Segundo Wahton et al. (p.15),⁽⁸¹⁾ "a grande diversidade de pessoas que buscam ajuda para problemas de álcool e drogas claramente aponta para a necessidade de uma abordagem mais flexível, inclusiva e abrangente".

Diversos estudos evidenciam que a combinação de abordagens tem auxiliado na obtenção de melhores resultados no tratamento dos TUS, já que facilita a adesão do paciente e aumenta sua chance de sucesso. Tratamentos farmacológicos têm sido aliados a intervenções de grupos de autoajuda (Alcoólicos Anônimos - AA, Narcóticos Anônimos - NA), terapia conjugal,⁽⁸⁰⁾ intervenções clínicas e psicoterápicas - tais como controle de beber, manejo da moderação, redução de danos e treinamentos de autocontrole.⁽²⁾

1.6 Transtornos por Uso de Substâncias: tratamento no contexto da Saúde Pública.

No contexto da saúde pública brasileira, houve também, nas últimas décadas, uma mudança do foco de atenção no tratamento aos usuários de álcool e/ou outras drogas. Na busca de superar o modelo hospitalocêntrico de atenção aos indivíduos que sofrem de transtornos mentais, modelo este que tem por características a exclusão social, a desterritorialização e o afastamento familiar, o movimento chamado Reforma Psiquiátrica, inicializado no final da década de 1970 e norteado pelo princípio da garantia dos direitos dos pacientes psiquiátricos e da consolidação de uma rede de assistência em saúde mental focada em práticas psicossociais,⁽⁸³⁾ “prevê, entre outras propostas, a desinstitucionalização, com diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a oferta de serviços próximos ao território dos sujeitos” (p.324).⁽⁸⁴⁾

Congruente a esse movimento, desde 2002, o Ministério da Saúde, por meio das Portarias 336/GM e 816/GM, regulamentou o atendimento às

peessoas com consumo prejudicial de álcool e/ou outras drogas e instituiu os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como espaços responsáveis e “estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território” (p.11).⁽⁸⁵⁾

Nesta nova proposta de atenção em saúde mental, NAPS E CAPS estão inseridos dentro de uma ampla rede de cuidados, que dispõe ainda de ambulatorios de saúde mental, centros de convivências e cultura, equipes matriciais de referência em saúde mental na atenção básica, residências terapêuticas, hospitais-dia e leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

A Rede em Saúde Mental tornou-se, desta maneira, complexa, diversificada, extensa e de base territorial e comunitária, que busca, principalmente, a reabilitação e reinserção social daqueles indivíduos acometidos por transtornos mentais.⁽⁸⁵⁾

O documento do Ministério da Saúde, intitulado *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*, traz o entendimento de que “somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais” (p.11).⁽⁸⁵⁾

De acordo com este entendimento, para se definir e ampliar a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, em 2004, foi estabelecida, pela Portaria nº 2197 do Ministério da Saúde, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Por meio desta, definiu-se que, além da assistência a esses usuários concentrarem-se nos dispositivos da rede em

saúde mental, esta deve se estender às outras áreas da saúde⁽⁸³⁾ (p.ex.: rede básica de saúde, especialmente Programas de Saúde da Família, rede de DST/AIDS, redução de danos) e às redes de suporte social.

O trabalho em rede supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território. A interlocução entre os setores de atenção deve estar baseada no atendimento em conjunto e não apenas em encaminhamentos. Exemplo disso é a possibilidade de treinamento sobre álcool e outras drogas realizado pela equipe dos CAPS ad para a equipe da atenção básica (p.ex.: o Programa Saúde da Família), uma vez que estes estão em contato direto com a comunidade e necessitam de capacitação para identificar e manejar os casos de pacientes com TUS.^(83,86)

No entanto, mesmo com as melhores propostas de atenção aos usuários de álcool e/ou outras drogas e com a expansão da rede (em 2002 havia 42 CAPSad em todo o território nacional, em 2006 eram 138, e em 2011, 268),⁽⁸⁷⁾ os tratamentos para esta problemática ainda apresentam prognósticos pouco favoráveis, sendo ainda menos otimista para pacientes com maior cronicidade.⁽²⁾

Apesar das informações existentes das características epidemiológicas relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas, aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais correlacionados a tais epidemiologias ainda se demonstram insipientes na literatura, em especial na brasileira, e requerem maior quantidade de investigações para elaboração de programas efetivos neste campo do saber. Tomando por base as

considerações anteriormente apresentadas, foram formulados os objetivos para o presente trabalho, conforme se seguem.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo Geral

Caracterizar uma população de pacientes adultos do sexo masculino com Transtornos por Uso de Substâncias, atendida no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

1.7.2 Objetivos Específicos

- Descrever e analisar características sociodemográficas, psicossociais, e clínicas da população alvo; e
- Comparar as variáveis sociodemográficas, psicossociais e clínicas entre os participantes.

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1 Delineamento do Estudo

Estudo descritivo, transversal, comparativo, com dados analisados por meio de provas da estatística não paramétrica e por análise qualitativa a partir de frequências e porcentagens de categorias de respostas com mesma semântica de enunciados.

2.2 Participantes

Participou da pesquisa, uma amostra de conveniência, composta por 50 pacientes com Transtornos por Uso de Substâncias (abuso ou dependência de substâncias psicoativas), em tratamento no período de maio a setembro de 2009, no Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPSad), de São José do Rio Preto, SP.

Como critérios de inclusão, foram considerados: 1) ser do sexo masculino⁴; 2) ter idade igual ou maior que 18 anos⁵.

Como critérios de exclusão foram considerados:

1) Presença de atraso mental e/ou transtornos psiquiátricos e/ou outros transtornos ou doenças que poderiam impedir os pacientes de participar da pesquisa. Tais variáveis foram avaliadas por meio de dados colhidos nos

⁴ Foram indicados pacientes do sexo masculino para integrar a população da pesquisa por serem, na sua maioria, os que buscam por atendimento no serviço mencionado e por apresentarem maior correlação com o transtorno foco do estudo atual e com os transtornos dos estudos subsequentes: Transtorno de Conduta (TC) e Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS).

⁵ Idade mínima para diagnóstico de TPAS.

prontuários dos pacientes e/ou por entrevistas prévias com os técnicos que os acompanhavam e/ou pela própria observação diagnóstica da pesquisadora/terapeuta, e;

2) Funcionários do CAPSad que também eram usuários de álcool e/ou outras drogas e estavam em tratamento no Serviço.

Os participantes foram selecionados conforme rotina do Serviço; desta maneira, foram escolhidas pessoas que compareceram à unidade no momento em que a pesquisadora estava no local para a coleta dos dados e que concordaram em participar da entrevista após explicação prévia dos objetivos da mesma.

O tamanho amostral foi definido a partir de uma combinação de variáveis: a) limitações do tipo de delineamento do estudo (p.ex.: entrevista de longa duração); b) local de coleta de dados (p.ex.: bairro afastado, muitas vezes distante da residência dos pacientes, salas indisponíveis, baixa frequência de usuários, período de férias de funcionários); c) características do programa do CAPSad (p.ex.: participação voluntária); d) condições externas ao programa (p.ex.: suspensão de vale-transporte); e) dinâmica dos próprios participantes (p.ex.: dificuldade de adesão, baixa renda, sem dinheiro para transporte, pouco tempo de permanência na Unidade, recusa em participar da pesquisa com justificativas de trabalho, horários de refeição, ou simplesmente porque não podiam ou não queriam); f) outras variáveis ambientais (p.ex.: mudanças climáticas, epidemia de gripe suína); e, g) tempo estabelecido no cronograma do projeto do programa de mestrado.

2.3 Materiais e Instrumentos de Coleta dos Dados

Os Instrumentos utilizados para a coleta dos dados, obedecendo a ordem cronológica de aplicação junto aos pacientes, estão descritos a seguir:

. **Ficha de Identificação:** elaborada pelos próprios pesquisadores, a partir da literatura na área, contém informações sobre características pessoais e sociodemográficas como: origem, endereço, sexo, idade, estado civil, religião, profissão, escolaridade, cor/etnia, renda familiar (Apêndice 1);

. **Roteiro de Entrevista Semidirigida para pessoas com problemas relacionados ao álcool e/ou outras drogas:** trata-se de um roteiro semiestruturado de entrevista, fundamentado em dados da literatura pertinente e de outros roteiros, além da prática clínica dos próprios pesquisadores, com a finalidade de conhecer fatores relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas dos pacientes inseridos no programa.

A entrevista contém informações sobre o encaminhamento para tratamento de uso prejudicial de substâncias psicoativas; condições clínicas e psicossociais, como: história familiar, pessoal, escolar, social, marital, de filhos, médica; história de comportamentos relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas; tratamento do problema; história de risco; história profissional; perspectiva de futuro e problemas físicos, cognitivos e psicológicos relacionados ao álcool e/ou outras drogas (Apêndice 2).

Para verificar a consistência e adequação deste roteiro semidirigido foram utilizados juízes independentes (profissionais acadêmicos especializados) que analisaram: afinidade entre objetivos da pesquisa e

proposta de coleta do instrumento; organização gramatical, semântica, ortográfica e estrutura de construção das frases.

2.4 Local de Coleta dos Dados

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPSad)/ Secretaria de Saúde do Município de São José do Rio Preto/SP, devidamente autorizada pelo seu Coordenador, conforme Anexo 1.

Este programa, do Sistema Único de Saúde (SUS), oferece atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. O CAPSad foco do estudo está localizado no Distrito de Saúde V⁶, em bairro situado na região noroeste do município. O Distrito de Saúde V possui população estimada em 54.256 habitantes, sendo 5844 maiores de 60 anos (10%) e 14920 (27%) crianças e adolescentes.

A estrutura física do local era composta por salas para atendimentos individuais, uma sala para atendimento em grupo, uma ampla sala onde eram realizadas as oficinas de artes e salas intermediárias para atender outras oficinas terapêuticas e o projeto de alfabetização; além disso, havia uma sala de espera, cozinha, despensa e três salas administrativas. No quintal desse terreno havia uma horta que era mantida pelos usuários sob coordenação dos funcionários/técnicos.

A unidade funcionava das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, tendo, diariamente, um profissional técnico de plantão para acolhimento dos usuários.

⁶ Na estruturação do modelo de saúde local, o Sistema Municipal está hierarquizado, e estão definidos cinco distritos de saúde, denominados Distritos de Saúde.

O atendimento era realizado por equipe interdisciplinar, com profissionais de diversas áreas, sendo composta por: uma assistente social, uma enfermeira, uma pedagoga, três psicólogos (sendo uma, a coordenadora do programa), uma médica psiquiatra, uma médica clínica-geral, três arte-educadores, técnicos administrativos e funcionários para a prática de redução de danos.

Os usuários, ao serem acolhidos no Serviço, passavam de rotina por atendimento médico, psicológico, do serviço social e de enfermagem. Nestes atendimentos definia-se o Plano Terapêutico Individual (PTI), com o objetivo de especificar as atividades a serem realizadas, de acordo com as necessidades de cada usuário, com as aptidões e as preferências destes e opiniões da equipe técnica, podendo sofrer alterações de acordo com a evolução e necessidade do cliente. Cada atividade observava dias e horários definidos.

Os serviços desenvolvidos neste CAPSad compreendiam desde avaliação/atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, social, de orientação) e grupal (psicoterápico, psiquiátrico, familiar, de enfermagem), até orientações familiares, oficinas terapêuticas (marcenaria, jardinagem, artes, bijuteria, percussão), oficinas informativas, palestras, alfabetização, prevenção, visitas domiciliares e redução de danos, todos sob a perspectiva de minimizar os prejuízos provocados pelo abuso/dependência de álcool e/ou outras drogas e reinserir os pacientes em seu contexto social.

As atividades abrangiam moradores do município alvo e seus distritos, atendendo todos aqueles que procuravam por conta própria ou eram encaminhados ao Serviço. Para isto, utilizava-se o critério de acolhimento e reacolhimento, entendendo-se por acolhimento a busca de ajuda pela primeira

vez, e, recolhimento, nova procura ao serviço após a pessoa ter sido desligada por ausentar-se no período mínimo de um mês aos atendimentos agendados, sem justificativas.

2.5 Procedimento de Coleta dos Dados

Antes de se iniciar a coleta dos dados propriamente dita, os instrumentos foram aplicados em 10 pacientes (estudo piloto), a fim de realizar a adequação de linguagem à amostra pesquisada e de avaliar o tempo necessário para a aplicação dos mesmos junto aos participantes, de modo a não prejudicá-los com uma quantidade excessiva de perguntas, e evitar possíveis vieses do estudo. O roteiro original, a partir do estudo piloto, sofreu reformulações/adequações em algumas de suas perguntas.

Os participantes desta primeira fase também foram integrados na amostra definitiva, uma vez que julgou-se que os instrumentos utilizados nas entrevistas-piloto não foram modificados a ponto de necessitarem ser desconsiderados/descartados.

Os pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão, e se encontravam presentes no Serviço nas mesmas datas que a pesquisadora, foram convidados verbalmente por esta, com a ajuda dos funcionários do CAPSad, a participar da pesquisa. Em sala privativa do Serviço, cada participante foi abordado individualmente pela própria pesquisadora e esclarecido acerca do estudo: finalidade, procedimento de pesquisa, ética, sigilo profissional.

Pacientes que manifestaram claramente compreensão e entendimento do conteúdo e finalidade da pesquisa preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 3), em duas vias de igual teor e responderam, no mesmo dia e em forma de entrevista, os instrumentos selecionados para o estudo.

Desta forma, os dados foram coletados e registrados pela própria pesquisadora, a partir do relato verbal dos participantes nas entrevistas individuais, com duração média de uma hora e meia a duas horas, cada.

Para maior fidedignidade dos registros, as informações foram gravadas e analisadas pela própria pesquisadora. Todavia, para não interferir na auto exposição dos entrevistados, o uso do gravador não foi obrigatório e o mesmo foi utilizado somente com autorização do participante. Quando foi possível utilizá-lo, este serviu como instrumento de apoio à pesquisa. As entrevistas não foram transcritas na íntegra e os dados foram abstraídos da descrição elaborada pela entrevistadora no momento da coleta.

2.6 Aspectos Éticos

O projeto do presente estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos/FAMERP e aprovado em reunião do dia 08 de janeiro de 2009, de acordo com o parecer n.º 007/2009 (Anexo 2).

Após a referida aprovação foi iniciada a coleta dos dados, respeitando devidamente os princípios científicos e éticos preconizados: foram incluídos no estudo somente os pacientes que aceitaram em participar do mesmo e assinaram o TCLE. Este termo foi elaborado seguindo as orientações da

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Como os participantes já estavam em tratamento psicológico no Serviço, não houve a necessidade de encaminhamentos para acompanhamento especializado para aqueles que foram observadas necessidades de intervenções psicológicas imediatas. Entretanto, como recurso de proteção aos indivíduos avaliados, a pesquisadora estabeleceu contato prévio com os funcionários responsáveis pelos atendimentos e acordou que, caso algum paciente envolvido no estudo apresentasse necessidade de intervenção, a pesquisadora faria solicitação oficialmente para os mesmos.

2.7 Análise dos Dados

Os resultados foram agrupados em dois focos principais, interligados: 1) descrição do conjunto total (n-50) dos participantes a partir das variáveis estudadas; e, 2) comparação, por meio de testes estatísticos não paramétricos.

Dados sobre os participantes, obtidos a partir das informações sociodemográficas e da entrevista semidirigida, foram analisados qualitativamente. As respostas individuais às questões semiabertas passaram, inicialmente, com base na técnica de análise de conteúdo temático-categorial^{7, (88)} por segmentação e redução de seu conteúdo, sendo, em

⁷ Segundo Oliveira,⁽⁸⁸⁾ a técnica de Análise de Conteúdo Temático-Categorial se caracteriza como um instrumento de pesquisa que objetiva a descrição analítica do conteúdo das mensagens, a partir de procedimentos sistemáticos. As etapas de análise consistem em: pré-análise (desenvolvimento de operações preparatórias para a análise propriamente dita), exploração do material ou codificação (processo por meio do qual os dados brutos são sistematicamente transformados e agregados em unidades) e tratamento dos resultados

seguida, agrupadas: a) de acordo com a aproximação da semântica; b) em conformidade com os significados de seus temas; e, c) em frequências e porcentagens dos enunciados nas categorias.

Estas categorias foram identificadas, organizadas e analisadas pelos pesquisadores interdependentes (autora e orientador do presente trabalho), com base nos objetivos e método do estudo.

As verbalizações dos participantes incluíram, muitas vezes, mais de um tema e puderam ser agrupadas em distintas categorias. Para o agrupamento em categorias de respostas, houve um esforço para manter os enunciados dos sujeitos em sua originalidade – respeitando o fenômeno como ele se apresentava, sem julgamento intencional de valor por parte dos pesquisadores. Desta forma, não houve necessidade de operacionalizar os termos das categorias, pois se tratavam das próprias falas dos participantes.

Para a avaliação quantitativa foi realizada, inicialmente, uma análise descritiva dos dados com relação à frequência e porcentagem de respostas nas respectivas categorias e, posteriormente, análises estatísticas para verificar comparações entre dados de uma mesma variável e associações significativas de dados entre as diversas variáveis do estudo. Estimação e comparação de frequência de um evento por teste e intervalo de confiança exatos foram utilizados para realizar a análise comparativa e, estimação e comparação de frequências de mais de um evento por tabelas de frequências cruzadas e teste qui-quadrado de Pearson, e/ou quando recomendado, teste exato de Fisher, para verificar associações entre as variáveis (análise

(interpretação, quantificação e apresentação das informações fornecidas pela análise, por meio de tabelas, diagramas, figuras, dentre outros).

correlacional). Foi considerado como critério para decisão do nível de significância estatística, $p \leq 0,05$.

3. RESULTADOS

3.1 Dados Sociodemográficos

Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 1. Os principais resultados indicam que, dos 50 participantes avaliados, todos foram do sexo masculino, uma vez que este foi um critério de inclusão para a participação do trabalho; a faixa etária variou entre 18 (idade mínima estabelecida para o estudo) e 58 anos, tendo duas faixas de maior concentração (28-37 anos=40% e 48-58 anos=26%). Referente à etnia, 31(62%) participantes tinham características compatíveis com a origem negra (negroides), seguida por caucasoides (19=38%).

Dados sobre estado civil, segundo denominações dadas pelos próprios participantes, demonstram que 36 (72%) dos avaliados estavam sem companheiro(a) no momento atual da entrevista, sendo que destes: seis (12%) eram divorciados, sete (14%) separados, oito (16%) solteiros (que nunca tiveram um relacionamento conjugal), 14 (28%) solteiros (que já foram casados ou moraram junto) e um (2%) viúvo. Quatorze (28%) dos entrevistados estavam com companheiro(a), sendo 12 (24%) casados e dois (4%) amasiados.

Os dados sobre a escolaridade referem-se ao total de anos estudados e finalizados pelos indivíduos durante toda a sua vida, podendo, alguns dos entrevistados, terem completado os anos de estudos por meio de supletivo. Os principais resultados nesta área foram: 13 (26%) participantes com até '4 anos de estudos', 21 (42%) entre '5 a 8 anos', e 16 (32%) com '9 anos ou mais'.

Nesta última categoria, apenas um participante realizou mais de 11 anos de estudos, fez o ensino superior e pós-graduação.

Para religião, 22 (44%) manifestaram ser evangélicos (considerando-se praticantes e não praticantes de todas as Igrejas Evangélicas citadas), 11 (22%) católicos (praticantes e não praticantes), 11 (22%) referiram não ter religião, três (6%) designaram-se espíritas e três (6%) de outras religiões.

Dados sobre naturalidade ilustram que, dos 47 respondentes para esta variável, 21 (44,68%) referiram a região administrativa de São José do Rio Preto, SP (compreendendo cidades circunvizinhas e SJRP), 12 (25,53%) outros estados, nove (19,15%) outros locais dentro do Estado de São Paulo, e, cinco (10,64%), a capital.

A maior concentração da renda mensal familiar mencionada pela população respondente (n=44) esteve entre 1 a 5 salários mínimos ('até 2 SM', 17=38,64%; '3-5', 21=47,73%); mais que 5 salários mínimos, 2 (4,55%), e não souberam, 4 (9,09%).

Das variáveis sociodemográficas estudadas, foi constatada diferença estatisticamente significativa para sujeitos sem companheira ($p=0,003$); evangélicos ($p=0,011$); naturalidade na região administrativa de SJRP ($p=0,008$), e renda mensal familiar entre 3 a 5 salários mínimos ($p=0,016$). As demais variáveis não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Na análise correlacional, foi encontrada associação entre etnia e naturalidade ($p=0,028$ /Teste qui-quadrado de Pearson), evidenciando que caucasoides são provenientes do interior do Estado de São Paulo e negroides da capital e outros estados (Figura 1), e associação entre estado civil e religião

($p=0,033$ /Teste Exato de Fisher), apontando que a categoria 'com companheiro(a)' está associada estatisticamente às religiões evangélica e espírita (Figura 2).

Tabela 1. Dados Sociodemográficos – sexo, idade, cor/etnia, estado civil, anos de estudos, religião, naturalidade e renda mensal em salários mínimos (SM).

Áreas	f	%
Sexo (n=50)		
. Masculino	50	100
Idade (n=50)		
. 18-27	9	18
. 28-37	20	40
. 38-47	8	16
. 48-58	13	26
Cor/Etnia (n=50)		
. Negroide	31	62
- Negro	10	20
- Moreno	19	38
- Pardo	2	4
. Caucazoide	19	38
- Branco	19	38
Estado Civil (n=50)		
. Sem companheiro(a)	36	72
- Divorciado	6	12
- Separado	7	14
- Solteiro	8	16
- Solteiro (*)	14	28
- Viúvo	1	2
. Com companheiro(a)	14	28
- Casado	12	24
- Amasiado	2	4
Anos de Estudos (n=50)		
. até 4 anos	13	26
. 5 a 8 anos	21	42
. 9 ou + anos	16	32
Religião (n=50)		
.Evangélica	22	44
.Católica	11	22
.Não tem	11	22
.Espírita	3	6
.Outras	3	6
Naturalidade (n=47)		
. Região Administrativa de SJRP (**)	21	44,68
- Municípios circunvizinhos	13	27,65
- São José do Rio Preto	8	17,03

Tabela 1. Dados Sociodemográficos – sexo, idade, cor/etnia, estado civil, anos de estudos, religião, naturalidade e renda mensal em salários mínimos (SM) (cont.).

. Outros estados	12	25,53
- Minas	5	10,64
- Paraná	2	4,25
- Bahia	2	4,25
- Alagoas	1	2,13
- Santa Catarina	1	2,13
- Rio Grande do Norte	1	2,13
. Outros locais dentro do Estado de São Paulo	9	19,15
. Capital (SP)	5	10,64
Renda mensal familiar (***) (n=44)		
. Até 2	17	38,64
. 3 ou +	23	52,28
- Entre 3 e 5	21	47,73
- + que 5	2	4,55
. Não sabe	4	9,09

(*) Que já foi casado ou morou junto.

(**) Conjuntura socioeconômica – SJRP – 2010;

(***) Considerou-se o valor do salário mínimo vigente na época das entrevistas (R\$ 460,00).

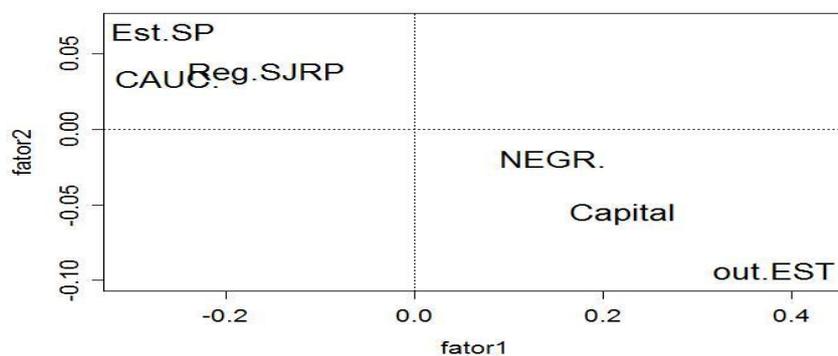


Figura 1. Correlação entre cor/etnia e naturalidade.

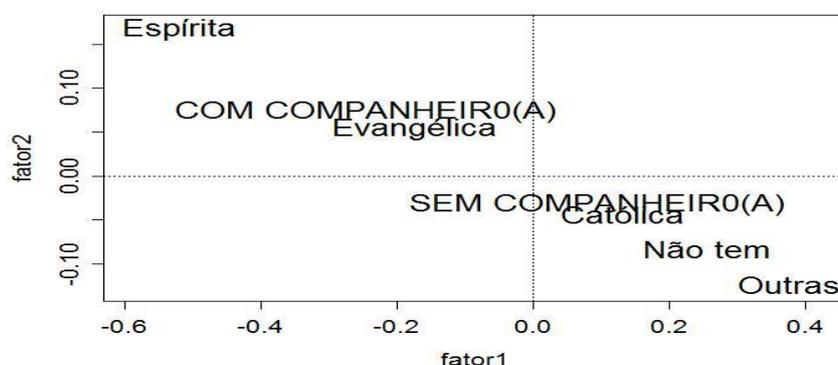


Figura 2. Correlação entre religião e estado civil.

3.2 Dados sobre Encaminhamentos para o Tratamento de Problemas Relacionados ao Álcool e/ou outras Drogas no CAPSad

Fontes de encaminhamentos e tempo de tratamento de problemas relacionados ao álcool e/ou outras drogas no CAPSad, estão apresentados na Tabela 2. Vinte e quatro (48%) entrevistados buscaram esse Serviço encaminhados por alguém ou alguma instituição, tendo como fontes principais Pronto Atendimento, Programa da Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde - 'PA/PSF/UBS'. Com menor frequência, as categorias: 'Hospital Psiquiátrico', 'Levado por familiares', 'Saúde Mental', 'Polícia/Sistema Judicial' e 'Profissionais da saúde desvinculados da saúde pública e hospitalar'. Os outros 26 (52%) entrevistados disseram ter procurado o tratamento por conta própria, sem menção alguma de encaminhamentos, apenas influências ('Influência de amigos e familiares'). Os resultados demonstram que não houve diferença estatística significativa ($p \geq 0,05$) entre as principais fontes de encaminhamento e a busca espontânea pelo serviço na unidade.

Trinta e quatro (68%) participantes estavam em tratamento vigente no período de 'até um mês' (19=38% representavam acolhimentos e 15=30%, reacolhimentos), oito (16%) de 1 a 6 meses, e oito (16%) maior que seis meses. Houve diferença estatisticamente significativa para o tempo de tratamento vigente, com evidência de maior frequência para a categoria de 'até 1 mês' ($p < 0,0005$). Esta, esteve correlacionada com a idade de 18-37 anos dos participantes ($p = 0,008$ /Teste qui-quadrado de Pearson) (Figura 3).

O tempo de tratamento mencionado pelos entrevistados refere-se ao vigente no CAPSad (do último acolhimento até o momento da entrevista). Este

parâmetro foi escolhido por conter dados mais fidedignos e exatos, pela possibilidade de padronizar o tempo tanto para aqueles que iniciaram o tratamento na atualidade (acolhimentos) como para aqueles que estavam voltando (reacolhimentos) e por estar condizente com a proposta do CAPSad.

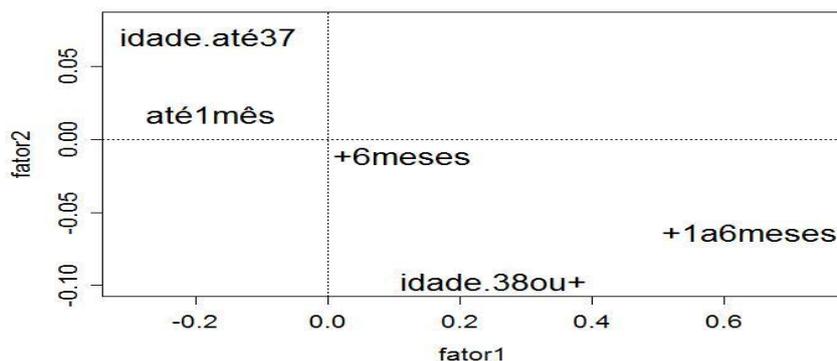


Figura 3. Correlação entre tempo de tratamento no CAPSad e idade dos participantes.

Tabela 2. Dados sobre Encaminhamento para o CAPSad - fontes de encaminhamentos e tempo de tratamento em meses (m).

Áreas	f	%
Fontes de encaminhamentos (n=50)		
. Encaminhamento/Indicação	24	48
- Encaminhado por PA/ PSF/UBS	12	24
- Encaminhado por Hospital Psiquiátrico	4	8
- Levado por familiares	3	6
- Encaminhado por Saúde Mental	2	4
- Encaminhado por polícia/ Sistema judicial	2	4
- Encaminhado por profissionais da saúde (desvinculados da saúde pública e hospitalar)	1	2
. Por conta própria	26	52
- Por conta própria	21	42
- Por conta própria após influência de amigos e familiares	5	10
Tempo de tratamento em meses (m) (n=50)		
. Até 1 m	34	68
- primeira vez	19	38
- recolhimentos	15	30
. 1 a 6 m	8	16
. + 6 m	8	16

Diversas foram as razões apresentadas pelos participantes para buscar ajuda no CAPSad. As mais relatadas estão nas categorias: 'Parar o uso de

bebidas e drogas/ Diminuir/ Largar/ Eliminar/ Libertar/ Recuperar/ Manter-se limpo/ Não conseguir parar sozinho' (17=34%); 'Aspecto emocional/ Psiquiátrico/ Neurológico/ Psicológico/ Depressão (15=30%) e 'Por uso de bebidas e drogas/ Por dependência química' (15=30%) (Tabela 3).

Análise de correlações estatísticas demonstra que razões para buscar ajuda no CAPSad relacionadas ao físico esteve associada à idade de 38-58 anos ($p=0,025$ /Teste Exato de Fisher), e à desesperança e cansaço, ao estado civil com companheiro(a) ($p=0,044$ /Teste Exato de Fisher).

Tabela 3. Dados sobre Encaminhamento para o CAPSad - razões para buscar ajuda.

Razões para buscar ajuda neste serviço (n=50)	f	%
. Parar o uso de bebidas e drogas/Diminuir/Largar/Eliminar/Libertar/Recuperar/ Manter-se limpo/Não conseguir parar sozinho	17	34
. Aspecto emocional/Psiquiátrico/Neurológico/Psicológico/Depressão	15	30
. Por uso de álcool e drogas/ Por dependência química	15	30
. Razões relacionadas ao físico	4	8
. Busca por medicação	4	8
. Já frequentou Caps/ Outros tratamentos	4	8
. Encaminhamento/Indicação/Influência	4	8
. Razões relacionadas à família	4	8
. Risco de vida	3	6
. Desesperança/Cansaço	3	6
. Interferência com aspecto financeiro	2	4
. Alternativa à internação	2	4
. Recaída	2	4
. Problema judicial por causa das drogas	2	4
. Aspecto espiritual/ Religioso	2	4
. Problemas com o trabalho	2	4
. Outras	7	14

3.3 Dados sobre a História Pessoal e Familiar

Dados da Tabela 4 indicam por quem os pacientes avaliados foram criados, o que estes responsáveis faziam para sobreviver e como eram. Mais da metade dos pacientes entrevistados (29=58%) conviveu com os pais naturais durante sua infância e juventude ('Foi criado por'). Outras

configurações familiares (21=42%) encontradas na amostra foram: convivência apenas com 'mãe'; convivência apenas com 'avôs'; 'maior parte do tempo com pais naturais'; e, 'maior parte do tempo com a mãe'. Na categoria 'outros' foram indicados: mãe e padrasto; mãe e tios; pais adotivos; e, mãe e avôs.

As categorias, 'maior parte do tempo com pais naturais' e 'maior parte do tempo com mãe', demonstram situações nas quais os entrevistados ficaram com os cuidadores citados até a idade de 12 anos, sendo que depois foram criados por outros responsáveis.

Na análise correlacional, os participantes que foram criados pelos pais naturais foram associados à faixa etária de 38-58 anos ($p=0,041$ /Teste Exato de Fisher).

Respostas sobre 'O que os responsáveis faziam para sobreviver' foram distribuídas em nove categorias, sendo as principais: 'Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados - Grupo 5' (29=58%), 'Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais - Grupo 7' (21=42%), 'Do lar' (19=38%), 'Trabalhadores Agropecuários, Florestais e da Pesca - Grupo 6' (19=38%), e Aposentados/Afastados (11=22%) (Apêndice 4). Para compor estas, foi considerado cada cuidador separado e independentemente de quem o era (p.ex.: pais, tios, avôs). Desta forma, em uma mesma ocupação é possível observar dois cuidadores para um único sujeito.

Para dimensionar as ocupações realizadas pelos responsáveis, citadas nas entrevistas, foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO⁸,

⁸ Para maiores informações ver: www.mteco.gov.br

instituída por Portaria Ministerial nº 397, de 9 de outubro de 2002, e que tem por finalidade a identificação das mesmas no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares. A nova versão contém as ocupações do mercado brasileiro, organizadas e descritas por famílias. Cada família constitui um conjunto de ocupações similares correspondente a um domínio de trabalho mais amplo que aquele da ocupação. Entretanto, algumas categorias mencionadas no presente estudo, como 'Do lar' e 'Aposentados/Afastados' não se encontram neste código, sendo consideradas a partir das próprias respostas dos participantes.

Dados obtidos pela análise correlacional demonstram que pais e/ou responsáveis: 'trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (Grupo 5)' estão associados à faixa etária mais jovem dos participantes da pesquisa (18-37 anos) ($p=0,047$ /Teste Exato de Fisher); trabalhadores 'do lar', à faixa etária de 38 a 58 anos ($p=0,003$ /Teste Qui-quadrado de Pearson); 'trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca (Grupo 6)', associados aos participantes com renda de até dois salários mínimos ($p=0,030$ /Teste Exato de Fisher); e, 'trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (Grupo 7)', aos participantes com 5 a 8 anos de estudos ($p=0,015$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 4).

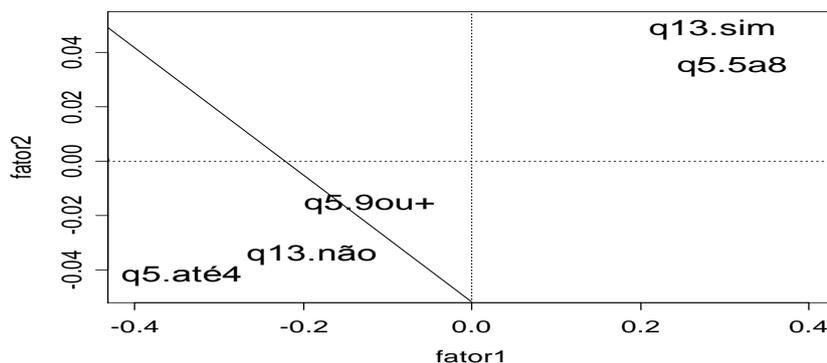


Figura 4. Correlação entre anos de estudos dos participantes e ocupações dos responsáveis - Grupo 7 (CBO).

Na Área 'Como eram seus pais e/ou responsáveis', as respostas foram divididas para cada cuidador citado. Para o cuidador 'pai' (n=45), os enunciados foram classificados nas categorias: 'Agressivo/ Briguento/ Batia/ Estúpido' (12=26,67%), 'Carinhoso/ Amoroso/ Atencioso' (11=24,44%), 'Bom/ Legal/ Maravilhoso' (10=22,22%), 'Bebia' (8=17,78%), seguidas por outras de menor frequência. Para o cuidador 'mãe' (n=45), as categorias com maior porcentagem foram: 'Amorosa/ Carinhosa/ Atenciosa' (16=35,56%), 'Boa/ Boazinha/ Super Boa/ Legal/ Bacana/ Maravilhosa' (12=26,67%) e 'Agressiva/ Puxava a orelha/ Batia' (5=11,11%). Para os cuidadores 'avô/avó' (n=5): 'Bons/ Tratou bem/ Bacanas' (2=40%), 'Carinhosos' (2=40%) e 'Agressivo/ Batia' (2=40%) e 'Outros' (4=80%). E para os outros responsáveis ('pais adotivos/ padrasto/ madrasta') (n=6) foram identificadas as categorias: 'Super bem/ Super bom' e 'Não tinha regra' (2=33,33%, cada), seguidas por 'Outros' (2=33,33%).

A categoria 'Pai não agressivo/ Não batia/ Não batia muito' esteve associada aos participantes mais jovens da pesquisa (18-37anos)

($p=0,012$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) e a categoria 'Pai Rígido/ Rigoroso', aos participantes com faixa etária mais velha do presente estudo (38-58 anos) ($p=0,032$ / Teste Exato de Fisher). Já a categoria 'Pai Bom/ Maravilhoso/ Legal' foi correlacionada aos participantes vindos de outras cidades e estados, exceto SJRP ($p=0,049$ / Teste Exato de Fisher) e aos participantes que citaram renda mensal familiar de três ou mais salários mínimos ($p=0,024$ /Teste Exato de Fisher). Com relação à mãe, participantes com renda de até dois salários mínimos estiveram associados à categoria 'Mãe amorosa/ Carinhosa/ Atenciosa' ($p=0,041$ /Teste Exato de Fisher).

Na Tabela 5 é apresentada a descrição de como foi a vida dos entrevistados na infância e adolescência, conforme parágrafos posteriores ('Na infância e adolescência, como era sua vida').

Para a infância, as categorias de maior frequência foram: 'Infância boa/ Maravilhosa/ Ótima/ Legal' (18=36%); 'Trabalho desde cedo' (13=26%); 'Brincadeiras/ Diversão/ Esporte/ Acesso ao clube' e 'Normal' (7=14%, respectivamente); 'Estudava/ Boas notas/ Boa escola', 'Apanhava/ Maus tratos/ Abuso sexual' e 'Ruim/ Sofrida/ Não foi boa' (6=12%, cada); e, 'Não tinha tempo para brincar/ Não teve infância/ Pai-Mãe proibia de brincar' e 'Dificuldade de vida (financeiro)' (5=10%, respectivamente).

Tabela 4. Dados da História Pessoal e Familiar - 'Foi criado por', 'O que estes responsáveis faziam para sobreviver', 'Como eram os pais e/ou responsáveis'.

Áreas	f	%			
Foi criado por (n=50)					
. Pais naturais (mãe e pai)	29	58			
. Outras configurações de família	21	42			
. Mãe	4	8			
. Avôs	4	8			
. Maior parte do tempo (ATÉ 12 ANOS) com pais naturais	4	8			
. Maior parte do tempo (ATÉ 12 ANOS) com mãe	4	8			
. Outros	5	10			
O que estes responsáveis faziam para sobreviver (n=50)					
. Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio ... (CBO-G5)*	29	58			
. Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais (CBO-G7)*	21	42			
. Do lar	19	38			
. Trabalhadores Agropecuários, Florestais e da Pesca (CBO-G6)*	19	38			
. Aposentados/Afastados	11	22			
. Profissionais das Ciências e das Artes (CBO-G2)*	4	8			
. Membros Superiores do Poder Público, Dirigentes de Organizações de Interesse Público e de Empresas e Gerentes (CBO-G1)*	4	8			
. Técnicos de Nível Médio (CBO-G3)*	3	6			
. Outros	5	10			
Como eram os pais e/ou responsáveis					
Pai (n=45)	f	%	Mãe (n=45)	f	%
- Agressivo/Briguento/Batia/Estúpido	12	26,67	- Amorosa/Carinhosa/Atenciosa	16	35,56
- Carinhoso/Amoroso/Atencioso	11	24,44	- Boa/Boazinha/Super Boa/ Legal/Bacana/Maravilhosa	12	26,67
- Bom/Legal/Maravilhoso	10	22,22	- Agressiva/Puxava a orelha/Batia	5	11,11
- Bebia	8	17,78	- Rígida/Severa/Rigorosa/Dominante	4	8,89
- Não era agressivo/Não batia/Não batiam muito	5	11,11	- Corrigia/Dava Bronca/Ficava Brava	4	8,89
- Rígido/Rigoroso	4	8,89	- Calma/Tranquila	4	8,89
- Ausente/Pouca convivência	4	8,89	- Não tinha regras/Mais liberal	3	6,67
- Corrigia/Dava Bronca	3	6,67	- Não era agressiva/Não batia Muito	3	6,67
- Havia regras	3	6,67	- Ausente/Sem tempo/Abandono	3	6,67
- Sem diálogo/Não conversava/ Conversava só necessário	3	6,67	- Ajudava filhos/Apoiava	3	6,67
- Trabalhador	2	4,44	- Diálogo/Conversa	3	6,67
- Outros	7	15,56	- Submissa	2	4,44
			- Havia regras	2	4,44
			- Outros	10	22,22
Avô/Avó (n=5)			Pais adotivos/Padrasto/Madrasta (n=6)		
- Bons/Tratou bem/Bacanas	2	40	- Super bem/ Super bom	2	33,33
- Carinhosos	2	40	- Não tinha regra	2	33,33
- Agressivo/Batia	2	40	- Outros	2	33,33
- Outros	4	80			

(*) CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

As categorias 'Apanhava/ Maus tratos/ Abuso sexual' e 'Ruim/ Sofrida/ Não foi boa', identificadas na infância, foram associadas estatisticamente aos participantes com companheira no momento atual da entrevista ($p=0,044$ /Teste Exato de Fisher), a categoria 'Dificuldade de vida (financeiro)', aos participantes com 5 a 8 anos de estudos ($p=0,025$ /Teste Exato de Fisher) (Figura 5) e a categoria 'Normal', àqueles que tinham como naturalidade outras cidades e estados (exceto SJRP) ($p=0,012$ /Teste Exato de Fisher). Já a categoria 'Infância Boa/ Maravilhosa/ Ótima/ Legal' foi associada aos participantes que mencionaram renda familiar de três ou mais salários mínimos ($p=0,009$ /Teste Exato de Fisher) e a categoria 'Infância Ruim/ Sofrida/ Não foi boa' aos que referiram até dois salários mínimos ($p=0,033$ / Teste Exato de Fisher).

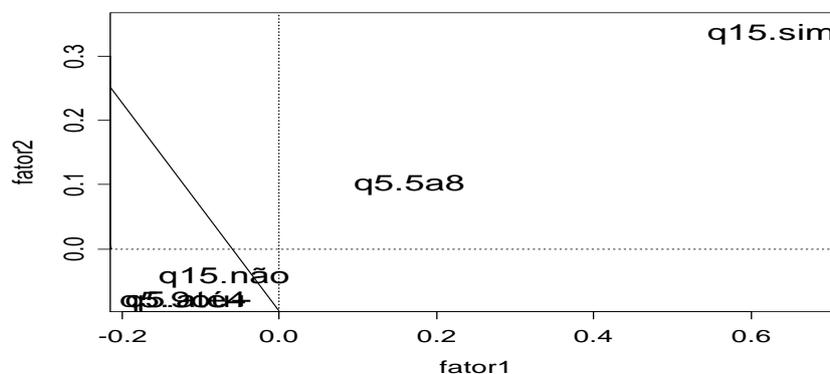


Figura 5. Correlação entre anos de estudos dos participantes e categoria 'Apanhava/ Maus tratos/ Abuso sexual' (como era sua vida na infância)

Para a adolescência ($n=20$), as categorias identificadas foram: 'Drogas/ Cigarro' (10=50%); 'Sofrida/ Pior coisa/ Não foi tão boa' (4=20%); 'Boa/ Ótima/ Legal', 'Saiu de casa' e 'Trabalho' (3=15%, cada); dentre outras categorias de menor frequência de respostas.

Tabela 5. Dados da História Pessoal e Familiar - 'Como era sua vida na infância e adolescência', 'Sofreu abusos físicos, sexuais ou emocionais quando criança e/ou adolescente'.

Áreas	f	%
Infância (n=50)		
- Infância boa/ Maravilhosa/ Ótima/ Legal	18	36
- Trabalho desde cedo	13	26
- Brincadeiras/ Diversão/ Esportes/ Acesso ao clube	7	14
- Normal	7	14
- Estudava/ Boas notas/ Boa escola	6	12
- Apanhava/ Maus tratos/ Abuso sexual	6	12
- Ruim/ Sofrida/ Não foi boa	6	12
- Não tinha tempo para brincar/ Não teve infância/ Pai-Mãe proibia de brincar	5	10
- Dificuldade de vida (financeiro)	5	10
- Dificuldade nos relacionamentos/ Pais-filhos/ Pai-mãe/ Sem carinho/ Sem apoio	3	6
- Tinha proventos materiais e financeiros	3	6
- Cigarro/ Drogas	3	6
- Trabalho na roça	3	6
- Bom relacionamento com família/ Família boa	2	4
- Estudava mas não gostava	2	4
- Sempre ficou na rua	2	4
- Doente	2	4
- Sem pai	2	4
- Estudava a noite	2	4
- Não lembra	2	4
- Morava na fazenda/ No sítio	2	4
- Sempre garoto muito rebelde/ Briguento	2	4
- Sempre fui uma pessoa boa/ Menino com bondade	2	4
- Outros	15	30
Adolescência (n=20)		
- Drogas/ Cigarro	10	50
- Sofrida/ Pior coisa/ Não foi tão boa	4	20
- Boa/ Ótimo/ Legal	3	15
- Saiu de casa	3	15
- Trabalho	3	15
- Diversão/ Festas	2	10
- Foi para São Paulo para trabalhar	2	10
- Foi morar sozinho/ Foi cuidar da sua vida	2	10
- Abandonou a escola	2	10
- Outros	13	65
Sofreu abusos físicos, sexuais ou emocionais (n=46)		
. Não sofreu abusos/ Agressões	25	54,34
. Abuso	24	52,17
- Abusos Físicos/ Agressões Físicas	15	32,62
- Abusos Emocionais/ Agressão Emocional	7	15,22
- Abusos Sexuais	2	4,35
. Outros	2	4,35

Quando perguntado especificamente sobre abusos físicos, sexuais e/ou emocionais sofridos na infância e/ou adolescência, 25 (54,34%) dos 46

respondentes referiram que não sofreram, enquanto que 24 (52,17%) mencionaram abusos ou agressões. As maiores porcentagens se deram no campo 'Abusos/ Agressões físicas', seguidas por 'Abusos/ Agressões emocionais' e 'Abusos sexuais'.

A palavra agressão, apesar de não estar contida na pergunta original da entrevista semidirigida, foi relevante na descrição das respostas. Muitos entrevistados, mesmo não classificando como abusos, sofreram agressões. Pode-se citar como exemplos:

- Quando confirmaram o abuso: *“Abuso físico: pai. Meu pai era agressivo, bebia ... chegava em casa e dizia que ia bater no meu avô. Como eu ia defender o avô, pai batia em mim também. Isto acontecia direto.”* (Suj. 18); *“Abusos físicos – apanhava com chicote”* (Suj. 28); *“Abuso emocional ... avô também xingava”* (Suj. 25), *“Abuso sexual por parte do tio”* (Suj. 44).

- Quando não confirmaram o abuso, mas houve agressão: *“Abuso não. Me lembro de uma surra que meu pai me deu, que deixou consequências até hoje (problemas nos órgãos genitais). Foi a única coisa que aconteceu comigo.”* (Suj.7); *“Me colocaram sem calça em um canto. Isso me marcou”* (Suj.2).

Na análise correlacional, foi identificada associação entre a categoria 'Não sofreu abuso/ Agressões' e participantes com estado civil 'sem companheiro(a) no momento atual da entrevista ($p=0,011$ /Teste Exato de Fisher) e a categoria 'Abuso' na infância e/ou adolescência e participantes com origem em outros locais (exceto SJRP) ($p=0,035$ / Teste Exato de Fisher).

Outra área questionada aos pacientes entrevistados está relacionada ao fato de ter irmãos ou irmãs e sua convivência na infância e adolescência com os mesmos (Tabela 6). Um e dois irmãos foram citados por 18 (36%) dos participantes, três e quatro por 10 (20%), cinco e seis, 9 (18%), sete e oito, 8 (16%) e mais que oito irmãos mencionados por cinco (10%). No que se refere à convivência (n=48), a maior concentração de respostas esteve na categoria 'Relacionamento Bom/ Normal/ Ótimo/ Tranquilo/ Se dava bem (com todos os irmãos)' com 25 (52,08%) respondentes, a segunda foi 'Apegados/ Próximos/ Amorosos/ Companheiros/ Parceiros/ Gostava (de todos ou alguém específico)' (9=18,75%) e a terceira, 'Convivência Distante/ Passageira/ Não ficava com eles/ Cada um por si' (8=16,67%).

Na análise correlacional, a categoria 'Outros' para a convivência com irmãos na infância e adolescência, que abrangeu respostas diversificadas [p.ex.: *"Intriga não era grave"* (Suj.11); *"Não tinha diferença entre irmãos"* (Suj.16); *"Não tinha tempo para brigar"* (Suj.24); *"...pobres, mas alegres"* (Suj. 26); *"No começo meio complicado"* (Suj.28); *"...trabalhavam na roça"* (Suj.30)], foi relacionada aos participantes com companheiro(a) ($p=0,000$ /Teste Exato de Fisher) e a categoria 'Relacionamento Bom/ Normal/ Ótimo/ Tranquilo/ Se dava bem' com evangélicos ($p=0,027$ / Teste Exato de Fisher).

Familiares com problemas de álcool e/ou outras drogas foram mencionados por 37 (54%) dos participantes. Os irmãos foram os parentes mais apontados, seguidos por pai, primos, tios, avôs e cunhados. Nove (18%) entrevistados relataram que ninguém da família apresentava problemas desta natureza.

Com relação aos aspectos referentes a lei, 33 (66%) entrevistados disseram que seus familiares não apresentavam problemas, 12 (24%) mencionaram irmãos e cinco (10%) referiram outros parentes.

Tabela 6. Dados da História Pessoal e Familiar - 'Tem irmãos ou irmãs', 'Convivência com irmãos na infância e adolescência', 'Familiares com problemas de álcool e/ou outras drogas' ou 'com a lei'.

Áreas	f	%
Irmãos ou irmãs (n=50)		
.Nenhum	2	4
.1-2	16	32
.3-4	10	20
.5-6	9	18
.7-8	8	16
.+ 8	5	10
Convivência com irmãos na infância e adolescência (n=48)		
. Relacionamento Bom/ Normal/ Ótima/ Tranquilo/ Se dava bem (com todos os irmãos)	25	52,08
. Apegados/ Próximo/ Amorosos/ Companheiros/ Parceiros/ Gostava (com todos ou alguém específico)	9	18,75
. Convivência Distante/ Passageira/ Não ficava com eles/ Cada um por si	8	16,67
. Bom e ruim (com mesmo irmão)	5	10,42
. Relacionamento bom com alguns irmãos e ruins com outros	5	10,42
. Relacionamento com brigas/ Agressivo (com todos)	3	6,25
. Sem convivência	2	4,17
. Outros	10	20,83
Familiares com problemas de álcool e/ou outras drogas (n=50)		
. Sim	37	74
. Irmãos	22	59,45
. Pai	12	32,43
. Primos	11	29,73
. Tios	11	29,73
. Avôs	3	8,11
. Cunhado	2	5,40
. Sem problemas	9	18
. Outros	4	8
Familiares com problemas com a lei (n=50)		
. Sem problemas	33	66
. Sim	12	24
. Outros	5	10

Para a questão 'familiares com problemas de álcool e/ou outras drogas' houve diferença estatisticamente significativa com evidência de maior frequência para a categoria 'com problemas' ($p < 0,0005$ /Teste Exato de Fisher). Já para a questão 'familiares com problemas com a lei', a maior frequência foi

para a categoria 'sem problemas' ($p < 0,005$ /Teste Exato de Fisher). E, para as demais variáveis estudadas na história pessoal e familiar não foi encontrada diferença estatística significativa.

Pela análise correlacional, foi observada associação entre a categoria 'familiares sem problemas de álcool e/ou outras drogas' e participantes provenientes de outras localidades (exceto SJRP) ($p = 0,041$ / Teste Exato de Fisher), e, a categoria 'familiares sem problemas com a lei' e participantes mais velhos da pesquisa (38-58 anos) ($p = 0,030$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 6).

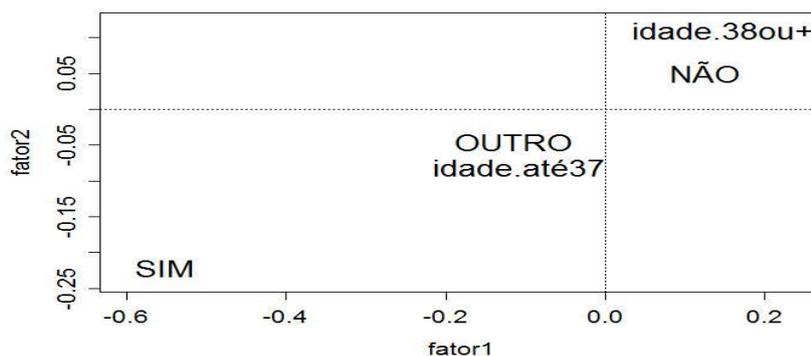


Figura 6. Correlação entre idade dos participantes e familiares sem problemas com a lei.

A qualidade dos relacionamentos atuais dos participantes com sua família foi registrada por meio de duas perguntas: 'Como você vê seu relacionamento com sua família agora?' e 'Como você se relaciona com as pessoas com quem mora?' (Tabela 7). 'Relacionamento Bom/ Funciona/ Vive bem/ Ótimo/ Tranquilo/ Unido/ Legal/ Normal', computou 37 (74%) participantes respondentes, 'Convivência Ruim/ Brigas/ Distante/ Desconfiado/ Críticas/ Sem diálogo', 17 (34%), 'Ruim (por causa das drogas)', 9 (18%) e 'Melhorou (depois

do tratamento/ depois que não usou mais álcool e/ou drogas)', 8 (16%), dentre outras categorias. Relacionamento 'ruim por causa das drogas', na análise correlacional, foi associado aos entrevistados mais jovens do estudo (18-37 anos) ($p=0,016$ / Teste Exato de Fisher).

As maiores frequências de contato entre os participantes e seus familiares de origem ($n=48$) foram 'Diariamente/ Todos os dias/ Quase todos os dias' ($28=58,33\%$), 'Pouca convivência/ De vez em quando' ($18=37,50\%$) e 'Sem convivência/ Raramente/ Rara convivência' ($12=25\%$).

Pela análise correlaciona, foram observadas associações entre a frequência de contato com familiares de origem e outras variáveis: a) diariamente/ todos os dias/ quase todos os dias, com participantes sem companheira ($p=0,042$ /Teste Que-quadrado de Pearson), e com evangélicos ($p=0,043$ /Teste Exato de Fisher); e, b) quinzenal/ mensal e sem convivência/ raramente, com participantes com companheira ($p=0,021$ /Teste Exato de Fisher e $p=0,023$ /Teste Exato de Fisher, respectivamente).

Com relação às pessoas com quem os participantes moravam na ocasião da entrevista, a categoria 'família de origem' computou 30 (60%) indicações, seguida por 'família ampliada' ($18=36\%$) e 'família atual', com 15 (30%) menções. 'Irmãos/ Irmã/ Irmão' seguida por 'Mãe', foram os membros mais mencionados como família de origem; 'Sobrinha/ Sobrinhos', 'Tios/ Tia' e 'Cunhado/ Cunhada', como família ampliada; e 'Esposa/ Relacionamento atual' e 'Filhos/ Filha', como família atual.

Na análise correlacional, a família de origem (com quem morava no momento da entrevista) foi relacionada aos entrevistados sem companheira

($p=0,000$ /Teste Qui-quadrado de Pearson); a família atual, aos participantes com companheira ($p=0,000$ /Teste Exato de Fisher); e, a família ampliada, aos participantes vindos de outros locais (exceto SJRP) ($p=0,036$ /Teste Exato de Fisher).

Tabela 7. Dados da História Pessoal e Familiar - 'Como vê o relacionamento com a família na atualidade', 'Frequência dos contatos' e 'Com quem reside'.

Áreas	f	%
Como vê o relacionamento com a família atualmente (n=50)		
. Relacionamento Bom/Funciona/Vive bem/ Ótimo/Tranquilo/Unido/ Legal/Normal	37	74
. Convivência Ruim/Brigas/Distante/Desconfiado/Criticas/Sem dialogo	17	34
. Ruim (por causa das drogas)	9	18
. Melhorou (depois do tratamento/depois que não usou mais álcool e/ou drogas)	8	16
. Sem convivência	7	14
. Apoio/Cuidado	6	12
. Familiares Falecidos	5	10
. Outros	17	34
Frequência de contatos com os familiares (n=48)		
. Diariamente/Todos os dias/Quase todos os dias	28	58,33
. Toda semana/Semanal/Final-de-semana	4	8,33
. Quinzenal/Mensal	5	10,42
. Sempre/Frequentemente	2	4,17
. Pouca convivência/De vez em quando	18	37,50
. Sem convivência/Raramente/Rara convivência	12	25
. Resposta sem especificação	2	4,17
Com quem mora (n=50)		
. Família de origem	30	60
- Irmãos/Irmã/ Irmão	20	66,66
- Mãe	18	60
- Pais	6	20
- Pai	1	3,33
- Padrasto	2	6,66
. Família ampliada	18	46
- Sobrinha/Sobrinhos	6	33,33
- Tios/Tia	4	22,22
- Cunhado/Cunhada	4	22,22
- Avó	3	16,66
- Sogra/Sogro	3	16,66
. Família atual	15	30
- Esposa/Relacionamento atual	13	86,66
- Filhos/Filha	12	80
- Enteada	2	13,33
. Sozinho	3	6

3.4 Dados sobre a História Escolar

Dados sobre a história escolar referentes aos anos de estudos na infância e adolescência, o que fez depois e se estudou ou voltou a estudar na vida adulta, estão descritos na Tabela 8. 'Até quatro anos de estudos' foram mencionados por quinze (30%) participantes, '5-8', por 25 (50%), e 'mais que 8', por 10 (20%). Houve diferença estatística significativa ($p=0,030$), com evidência de maior frequência para a faixa de 5 a 8 anos de estudos.

Participantes que relataram nove ou mais anos de escolaridade durante toda a vida foram correlacionados à categoria 'mais que 8 anos de estudos' na infância e adolescência ($p=0,000$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 7); os que referiram três ou mais salários mínimos foram associados à categoria '5 a 8 anos de estudos' ($p=0,028$ /Teste Exato de Fisher); e, até dois salários mínimos, à categoria '1 a 2 anos de estudos' ($p=0,010$ /Teste Qui-quadrado de Pearson).

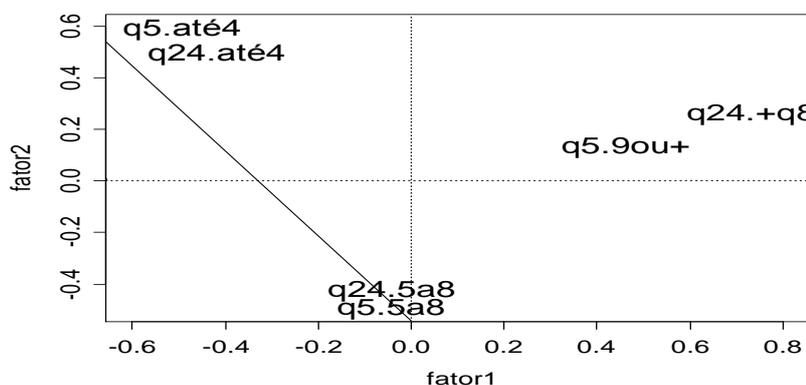


Figura 7. Correlação entre escolaridade atual dos entrevistados e anos de estudos na infância e adolescência.

Na área 'O que fez depois', mais da metade dos entrevistados (30=60%) 'trabalhou' após ter parado de estudar na sua infância e/ou adolescência, quatro (8%) fizeram 'uso de drogas', três (6%) 'não fizeram nada' e tiveram

'problemas com a justiça', respectivamente, dois (4%) estabeleceram 'casamento', e dois (4%) 'mudaram de endereço'. Não houve diferença estatística significativa entre estas categorias ($p > 0,05$).

Dos 47 respondentes para a questão 'voltaram a estudar na vida adulta', 23 (48,94%) disseram 'sim', sendo os cursos referidos: curso supletivo, trabalho/ profissionalizante, técnico/ tecnológico, faculdade e pós-graduação; e, 24 (51,06%) relataram não ter voltado aos estudos. A análise comparativa desta variável não indicou diferença estatisticamente significativa. Entretanto na análise correlacional, 'não voltou a estudar na vida adulta' esteve associada aos participantes que mencionaram não ter religião ($p=0,015$ /Teste Exato de Fisher).

Vinte e um (42,86%) dos 49 respondentes mencionaram ter estudado em uma ou duas escolas ao longo da vida, 17 (34,69%) entre três e quatro e 11 (22,45%) referiram cinco ou mais instituições, conforme demonstrados na Tabela 9. Pela análise correlacional, a categoria '5 ou mais escolas' esteve associada aos participantes com 'nove ou mais anos de estudos ($p=0,009$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 8).

Os principais motivos relacionados às mudanças de escola foram: 'mudança de endereço' (18=37,50%), 'escola atual não disponibilizava a série ou o sistema requisitado pelo aluno' (11=22,92%) e 'brigava com colegas/ jogava objetos nos colegas/ soltava bomba/ matava aula/ expulso' (6=12,50%), dentre outras categorias.

Tabela 8. Dados sobre a História Escolar - 'ciclos e anos de estudos na infância e adolescência', 'o que fez depois' e 'estudou ou voltou a estudar na vida adulta'.

Áreas	f	%
Ciclos e anos de estudos na infância e adolescência (n=50)		
. até 4 anos	15	30
- zero ano	2	4
- 1-2 anos	3	6
- 3-4 anos	10	20
. 5 a 8 anos	25	50
- 5-6 anos	12	24
- 7-8 anos	13	26
. mais que 8 anos	10	20
- 9-10 anos	3	6
- 11 anos	7	14
O que fez depois (n=50)		
. Trabalhou	30	60
. Drogas	4	8
. Nada	3	6
. Problema justiça	3	6
. Casou	2	4
. Mudou	2	4
. Sem resposta/Resposta não indicativa	9	18
. Outros	7	14
Estudou ou voltou a estudar na vida adulta (n=47)		
. Sim	23	48,94
- Supletivo	16	34,04
- Cursos para trabalho/ Profissionalizantes	4	8,51
- Técnico/ Tecnólogo	1	2,13
- Faculdade	1	2,13
- Pós-graduação	1	2,13
. Não	24	51,06

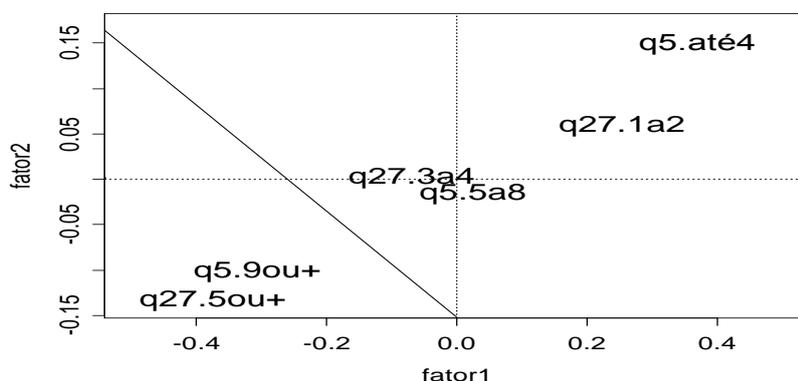


Figura 8. Correlação entre escolaridade dos participantes e quantidade de escolas estudadas.

Tabela 9. Dados sobre História Escolar - 'em quantas escolas estudou' e 'motivos das mudanças'.

Áreas	f	%
Em quantas escolas estudou (n=49)		
. 1-2	21	42,86
. 3-4	17	34,69
. 5 ou mais	11	22,45
Motivos das mudanças (n=48)		
. Mudança de endereço	18	37,50
. Escola atual não disponibilizava a série ou o sistema requisitado pelo aluno	11	22,92
. Brigava com colegas/Jogava objetos nos colegas/Soltava bomba/Matava aula/ Expulso	6	12,50
. Busca de melhor escola	3	6,25
. Trabalho	2	4,17
. Melhor acesso/Distância	2	4,17
. Outros	6	12,50
. Não mudou	7	14,58

Trinta e um (62%) dos sujeitos entrevistados relataram gostar de estudar, 16 (32%) disseram não gostar, dois (4%) começaram a gostar depois e um (2%), às vezes. Foi constatada diferença estatisticamente significativa, com evidência de maior frequência para a resposta 'sim' ($p < 0,0005$) (Tabela 10).

Para mencionar como era o comportamento na escola, a categoria 'Bagunceiro' (17=34%), foi registrada com a maior frequência de respostas, seguida por: 'Não bagunceiro/ Não tão bagunceiro/ Não indisciplinado/ Não arrumava confusão/ Não briguento' (13=26%), 'Bom comportamento/ Ótimo/ Boas notas/ Responsável/ Respeitador' (10=20%), 'Brigava' e 'Arrumava problemas e confusão' (11=22%, respectivamente), dentre outras. Com relação a esta variável, não foi observada diferença estatística significativa entre as categorias de respostas.

Na análise correlacional, as categorias 'bagunceiro' e 'arrumava problema e confusão' na escola foram relacionadas aos participantes mais jovens da pesquisa (18-37 anos) ($p = 0,002$ /Teste Exato de Fisher e

$p=0,015$ /Teste Exato de Fisher, respectivamente), a categoria 'brigava', aos participantes com cor/etnia negroide ($p=0,035$ /Teste Exato de Fisher) e, 'conversava muito', aos caucasoides ($p=0,049$ /Teste Exato de Fisher).

Tabela 10. Dados sobre a História Escolar - 'gostava de estudar' e 'comportamento na escola'.

Áreas	f	%
Gostava de estudar (n=50)		
. Sim	31	62
. Não	16	32
. Começou a gostar depois	2	4
. Às vezes	1	2
Como era o comportamento na escola (n=50)		
. Bagunceiro	17	34
. Não bagunceiro/ Não tão bagunceiro/ Não indisciplinado/ Não arrumava confusão/ Não briguento...	13	26
. Bom comportamento/ Ótimo/ Boas notas/ Responsável/ Respeitador	10	20
. Brigava	11	22
. Arrumava problemas e confusão	11	22
. Não muito comportado/ Não muito bagunceiro...	8	16
. Quietos	8	16
. Fazia arte/ Brincava em sala de aula/ Não ia à escola para estudar	6	12
. Bater/ Batia/ Batia por qualquer coisa	4	8
. Tranquilo/ Sossegado	4	8
. Namorava	3	6
. Falava muito/ Conversava	3	6
. Normal	3	6
. Matava aula/ Excesso de falta	2	4
. Expulsão/ Suspensão	2	4
. Distraía-se/ Não prestava atenção	2	4
. Primeiro da classe/ Inteligente	2	4
. Outros	8	16

3.5 Dados sobre História Profissional

Na Tabela 11, os dados referentes aos tipos de trabalho e ocupações exercidos pelos entrevistados distribuíram-se nos seguintes grupos da CBO: 'Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais – Grupo 7' (38=76%), 'Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados – Grupo 5' (26=52%), 'Trabalhadores agropecuários, florestais e de

pesca – Grupo 6' (12=24%), 'Trabalhadores de manutenção e reparação – Grupo 9' (10=20%), 'Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais – Grupo 8' (8=16%), 'Trabalhadores de serviços administrativos - Grupo 4' (7=14%), 'Profissionais das ciências e das artes – Grupo 2' (4=8%), 'Técnicos de nível médio – Grupo 3' (3=6%), e 'outros' (9=18%). Não houve diferença estatística significativa entre a distribuição de categorias.

A categoria 'Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados – Grupo 5' esteve correlacionada aos participantes mais jovens da pesquisa (18-37 anos) ($p=0,009$ /Teste Exato de Fisher), 'Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais – Grupo 7', aos participantes com até quatro anos de estudos ($p=0,004$ /Teste Exato de Fisher) e 'Trabalhadores agropecuários, florestais e de pesca – Grupo 6', aos de origem na região administrativa de SJRP ($p=0,043$ /Teste Exato de Fisher), na análise estatística.

O número de empregos totais que os participantes tiveram em toda a sua vida ($n=47$) distribuíram-se nas categorias: 'nenhum' (4=8,51%), '1-6' (24=51,06%), 'mais que 6' (19=40,43%). Houve diferença estatística significativa evidenciando menor frequência da categoria 'nenhum' comparada às demais ($p=0,001$), indicando uma quantidade menor de participantes que mencionaram não terem passado por algum emprego. A categoria '1-6' foi associada aos participantes sem companheira ($p=0,023$ /Teste Qui-quadrado de Pearson), pela análise correlacional.

Empregos considerados como mais duradouros ($n=49$), distribuíram-se em: 'menos de seis meses' (2=4,08%), 'de 6 meses a 3 anos completos'

(22=44,90%) e '4 anos ou mais' (21=42,86%). Evidência de menor frequência da categoria 'menos de 6 meses', aponta diferença estatisticamente significativa para esta variável ($p=0,007$).

Os fatores relacionados ao término destes empregos ($n=48$) estão demonstrados nas seguintes categorias: 'pediu para sair/ quis sair/ pediu as contas' (12=25%), 'dispensado/ empresa faliu/ empresa fechou/ caiu produção/ estava fraco o serviço – dispensaram' (11=22,92%), 'drogas/ bebida' (10=20,83%), 'mandaram embora/ foi demitido' (7=14,58%), 'quase não descansava do serviço/ não tinha hora para entrar e nem hora para sair/ rotina indesejável/ trabalha muito e ganha pouco/ desanimou/ corro de trabalho/ cansado/ estava enjoado' (6=12,50%), 'problemas de relacionamento/ não se dava bem com encarregado/ discussão/ cara desprezou/ humilhou/ não cumpriu o trato' (4=8,33%), dentre outros.

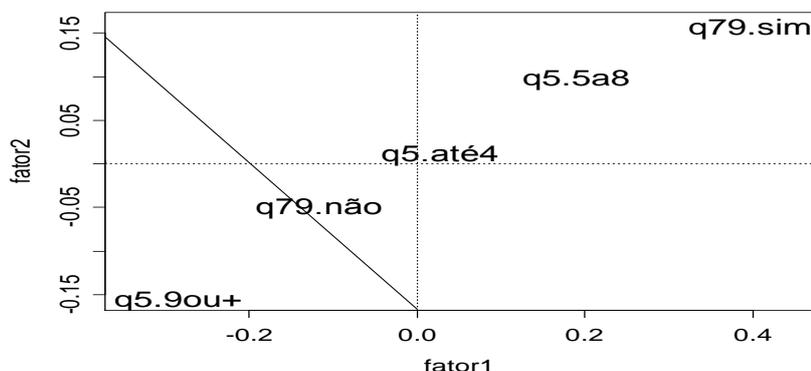


Figura 9. Correlação entre anos de estudo dos participantes e categoria 'dispensado/ empresa faliu/ empresa fechou/ caiu produção/ estava fraco o serviço – dispensaram' como fatores relacionados ao término dos empregos mais duradouros.

A categoria 'dispensado/ empresa faliu/ empresa fechou/ caiu produção/ estava fraco o serviço – dispensaram' foi associada aos participantes com 5 a 8

anos de estudos ($p=0,006$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 9) e, a categoria 'outros', aos participantes vindos de outros locais (exceto SJRP) ($p=0,030$ /Teste Exato de Fisher), na análise correlacional.

Tempo de duração dos empregos mais breves ($n=41$) foi distribuído em 'até 1 mês' ($9=21,95\%$), '2 a 12 meses' ($22=53,66\%$) e '1 ano ou mais' ($6=14,63\%$), com evidência estatística de maior frequência de respostas na categoria '2 a 12 meses' ($p=0,007$). Nesta área, os fatores relacionados ao término ($n=36$) são demonstrados pelas principais categorias: 'pediu para sair/ quis sair/ pediu as contas/ não quis trabalhar mais lá/ pediu demissão' ($10=27,78\%$) e 'drogas/ bebida' ($8=22,22\%$), seguidos por outras categorias com menor frequência de repostas.

Os fatores relacionados às categorias 'pediu para sair/ quis sair/ pediu as contas/ não quis trabalhar mais lá/ pediu demissão' e 'trocou de emprego/ saiu de um e foi para outro' foram associados aos participantes mais velhos da pesquisa (38-58 anos) ($p=0,011$ /Teste Exato de Fisher e $p=0,030$ /Teste Exato de Fisher, respectivamente) e, os fatores relacionados à categoria 'drogas/ bebidas', aos que referiram três ou mais salários mínimos ($p=0,027$ / Teste Exato de Fisher), na análise correlacional.

Tabela 11. Dados da História Profissional - 'tipos de trabalho e ocupações que já exerceu', 'quantos empregos teve', 'emprego mais duradouro', 'emprego mais duradouro: o que aconteceu', 'emprego mais breve', 'emprego mais breve: o que aconteceu'.

Áreas	f	%
Tipos de trabalho e ocupações que já exerceu (n=50)		
.Trabalhadores da produção de Bens e Serviços Industriais (G7)	38	76
.Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em lojas e mercados (G5)	26	52
.Trabalhadores Agropecuários, florestais e da pesca (G6)	12	24
.Trabalhadores de manutenção e reparação (G9)	10	20
.Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (G8)	8	16
.Trabalhadores de serviços administrativos (G4)	7	14

Tabela 11. Dados da História Profissional - 'tipos de trabalho e ocupações que já exerceu', 'quantos empregos teve', 'emprego mais duradouro', 'emprego mais duradouro: o que aconteceu', 'emprego mais breve', 'emprego mais breve: o que aconteceu' (cont.).

.Profissionais das Ciências e das Artes (G2)	4	8
.Técnicos de Nível Médio (G3)	3	6
.Outros	9	18
Quantos empregos teve (n=47)		
.Nenhum	4	8,51
.1-6	24	51,06
.mais que 6	19	40,43
Emprego mais duradouro: quanto tempo (n=49)		
.Menos de 6 meses	2	4,08
.6 meses - 3 anos	22	44,90
.4 anos ou mais	21	42,86
.Não teve emprego	4	8
Emprego mais duradouro: o que aconteceu (n=48)		
.Pedi para sair/ Quis sair/ Pedi as contas	12	25
.Dispensado/ Empresa faliu/ Empresa fechou/ Caiu produção/ Estava fraco o serviço	11	22,92
.Drogas/ Bebida	10	20,83
.Mandaram embora/ Foi demitido	7	14,58
.Quase não descansava do serviço/ Não tinha hora para entrar e nem hora para sair/ Rotina indesejável/ Trabalha muito e ganha pouco/ Desanimou/ Corro de trabalho/ Cansado/ Estava enjoado	6	12,50
.Problemas de relacionamento/ Não se dava bem com encarregado/ Discussão/ Cara desprezou/ Humilhou/Não cumpriu o trato	4	8,33
.Mudar de emprego	2	4,17
.Queria sair/ fez algo para ser demitido	2	4,17
.Foi preso	2	4,17
.Outros	6	12,50
.Não teve emprego	4	8,33
Emprego mais breve: quanto tempo (n=41)		
.Não teve emprego	4	9,76
.até 1 mês	9	21,95
.2 a 12 meses	22	53,66
.1 ano (completo) ou mais	6	14,63
Emprego mais breve: o que aconteceu (n=36)		
.Pedi para sair/ Quis sair/ Pedi as contas/ Não quis trabalhar mais lá/ Pedi demissão	10	27,78
.Drogas/ Bebida	8	22,22
.Trocar de emprego/ Sai de um e foi para outro	4	11,11
.Não gostou do tipo e condições do emprego/ Não se adaptava no emprego/ Dez dias de trabalho para um de folga	4	11,11
.Abandonou	3	8,33
.Problemas de relacionamento/ Não se dava bem com encarregado/ Discussão/ "Cara chato"/ Não quis fazer do jeito do patrão	3	8,33
.Não estava ganhando nada e trabalhando muito	2	5,56
.Acidente	2	5,56
.Mandaram embora/ Foi demitido	2	5,56
.Outros	9	25,00

Vinte e seis (56,52%) participantes relataram que já abandonaram o serviço, 24 (52,17%) que já foram demitidos, 10 (21,74%) que já pediram as contas e cinco (10,87%), que já fizeram acordo (n=46) (Tabela 12). Os que relataram que foram demitidos foram associados aos participantes com companheiro(a) ($p=0,025$ /Teste Exato de Fisher), pela análise correlacional.

Vinte e nove (59,18%) entrevistados afirmaram que não estavam trabalhando no momento atual da entrevista e 20 (40,82%) referiram estar empregados (n=49). Na área 'em que' (n=49), a categoria com maior porcentagem de respostas foi 'Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais – grupo 7' (11=22,45%), seguida por outras de menor frequência. A categoria 'outros' para o tipo de trabalho realizado atualmente esteve associada aos caucasoides ($p=0,044$ /Teste Exato de Fisher), na análise correlacional.

Quando indagados se haveria algum negócio, ofício, emprego ou ocupação que gostariam de ter/ exercer (n=46), 29 (63,04%) responderam que 'sim', sete (15,22%), que 'não' e 10 (21,74%), 'gostaria de continuar a trabalhar naquilo que já faz ou fez.

Das variáveis da Tabela 12 ('demitido ou abandonou o trabalho', 'atualmente está trabalhando', 'em que', 'há algum negócio, ofício, emprego ou ocupação que gostaria de ter/exercer'), nenhuma apresentou diferença estatística significativa.

Tabela 12. Dados da História Profissional - 'demitido ou abandonou o trabalho', 'atualmente está trabalhando', 'em que', 'há algum negócio, ofício, emprego ou ocupação que gostaria de ter/exercer'.

Áreas	f	%
Demitido ou abandonou o trabalho (em toda a vida) (n=46)		
.Abandonou	26	56,52
.Demitido	24	52,17
.Pedi as contas	10	21,74
.Fez acordo	5	10,87
Atualmente está trabalhando (n=49)		
.Não	29	59,18
.Sim	20	40,82
Em que (n=49)		
.Trabalhadores da produção de Bens e Serviços Industriais (G7)	11	22,45
.Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comercio em lojas e mercados (G5)	2	4,08
.Trabalhadores de manutenção e reparação (G9)	2	4,08
. Por conta	2	4,08
. Outros	3	6,12
. Não está trabalhando	29	59,12
Há algum negócio, ofício, emprego ou ocupação que gostaria ter/exercer (n=46)		
.Sim	29	63,04
.Não	7	15,22
.Gostaria de continuar a trabalhar naquilo que já faz ou fez	10	21,74

3.6 Dados sobre História Social

Na modalidade história social, foram encontradas 11 categorias de respostas que descreveram as atuais atividades de lazer dos entrevistados, relatos do que faziam para se divertir e distrair (n=48) (Tabela 13). A categoria com maior frequência de respostas foi exatamente a negativa da questão: 'Não faz nada/ Não tem lazer' (15=31,25%). A segunda categoria com maior quantidade de enunciados foi 'Esporte/ Dança' (9=18,75%), seguida por 'TV/ DVD/ Videogame/ Filme' (9=18,75%) e 'Baile/ Balada/ Rolê/ Sair a noite' (6=12,50%), dentre outras.

TV/ DVD/ Videogame/ Filme foi correlacionada aos participantes naturais de outros locais (exceto SJRP) ($p=0,042$ / Teste Exato de Fisher) e a categoria

'Outras' [que envolveu repostas como "*Criação de projetos*" (Suj. 2), "*Fotografar*" (Suj. 2), "*Rede (deitar, descanso)*" (Suj. 15), "*Mexe com orquídea*" (Suj. 24), "*Caps*" (Suj. 38), "*Passeia com cães*" (Suj. 48)], aos naturais da região administrativa de SJRP ($p=0,014$ / Teste Exato de Fisher).

Trinta e oito (79,17%) participantes relataram ter amigos ($n=48$), destes: 11 (29,92%) referiram somente a resposta 'sim'; oito (16,67%), 'poucos/alguns'; seis (12,50%), 'bastante/muitos' e 'colegas/conhecidos', respectivamente; dois (4,17%) 'para uso de álcool e/ou outras drogas', 'na igreja' e 'em outra cidade', cada; e, um (2,08%), nos narcóticos anônimos. Dez (20,83%) mencionaram não ter amigos, dos quais seis disseram 'não', três 'atualmente não' e um, 'aqui não'.

Na análise correlacional, os entrevistados que referiram ter amigos estiveram associados às categorias 'até quatro anos de estudos' para a variável escolaridade ($p=0,027$ /Teste Exato de Fisher) e 'até dois salários mínimos' para renda mensal familiar mencionada ($p=0,043$ / Teste Exato de Fisher).

Na área 'Fica com amigos nas horas livres' ($n=47$), 24 (51,06%) dos entrevistados foram enquadrados na categoria 'Sim', sendo que 10 (21,28%) destes referiram 'sim', nove (19,15%), 'às vezes/ de vez em quando', dois (4,25%) 'com poucos' e 'em outra cidade', respectivamente, e um (2,13%), referiu 'com amigos virtuais'. E, 23 (48,94%) responderam que não ficam com amigos nas horas livres.

Das variáveis da história social avaliadas acima ('atividades de lazer na atualidade', 'tem amigos', 'fica com amigos nas horas livres'), nenhuma apresentou diferença significativa quando comparadas estatisticamente entre si.

Trinta e seis (76,60%) dos participantes relataram que os amigos usavam álcool e/ou outras drogas. Destes, 18 (38,30%) responderam 'sim', 14 (29,79%) disseram que 'alguns' amigos, dois (4,25%) enfatizaram que 'a maioria' e um (2,13%), que 'muitos' e 'amigos de outra cidade', cada. Sete (14,89%) afirmaram que seus amigos não usam álcool e/ou outras drogas e quatro (8,51%) que não tinham amigos. Três dos sujeitos da amostra não responderam a esta questão (n=47). Em relação aos amigos que usam álcool e/ou outras drogas, foi possível verificar diferença estatisticamente significativa, com evidência de maior frequência para resposta 'sim' ($p < 0,0005$).

A categoria 'Não' (18=42,86%) foi a de maior frequência na área 'Seus amigos têm problemas com a lei', seguida da categoria 'Sim', com 15 (35,71%) respondentes, sendo que 10 (23,81%) deles referiram 'alguns/ poucos', quatro (9,52%) somente 'sim', e, um (2,38%), 'bastante'. Cinco (11,91%) afirmaram que não tinham amigos, quatro (9,52%) não sabem ou não tinham certeza e nove (21,43%) manifestaram respostas diversas concentradas na categoria 'outros', perfazendo 42 respondentes. Os resultados não apresentaram diferença estatística significativa para comparações entre as variáveis, entretanto, pela análise correlacional, foi verificado que os participantes mais velhos do estudo (38-58 anos) estiveram associados aos amigos sem problemas com a lei ($p = 0,046$ / Teste Exato de Fisher) (Figura 10).

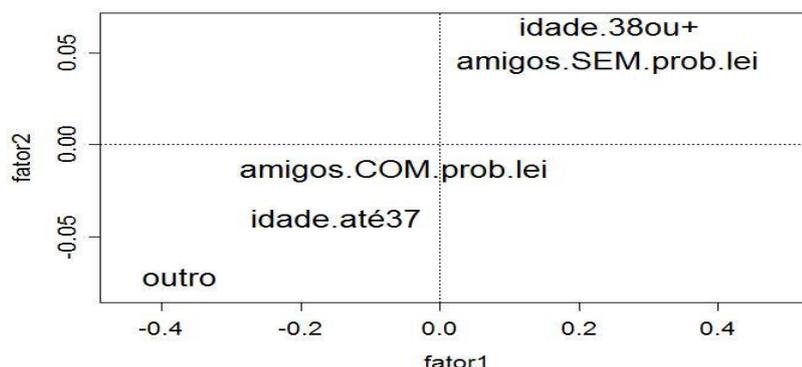


Figura 10. Correlação entre idade dos participantes e amigos sem problemas com a lei.

Tabela 13. Dados sobre História Social – ‘atividades de lazer na atualidade’, ‘tem amigos’, ‘fica com amigos nas horas livres’, ‘amigos usam álcool e/ou outras drogas’ e ‘amigos tem problemas com a lei’.

Áreas	f	%
Quais as atividades de lazer na atualidade (n=48)		
. Não faz nada/ Não tem lazer	15	31,25
. Esporte/ Dança	9	18,75
. TV/ DVD/ Videogame/ Filme	9	18,75
. Baile/ Balada/ Rolê/ Sair a noite	6	12,50
. Casa/ Ficar em Casa/ Arrumar a casa	4	8,33
. Computador/ Lan House/ Internet	4	8,33
. Leitura/ Ler	4	8,33
. Não sai/ Não sai de casa/ Não sai a noite	4	8,33
. Música/ Ouvir música/ Som	4	8,33
. Trabalho	4	8,33
. Ficar com filhos/ Colegas/ Sair com família/ Sair com meninas	3	6,25
. Pesca/ Pescar	3	6,25
. Bíblia/ Igreja/ Louvor	3	6,25
. Bilhar	3	6,25
. Uso de substâncias/ Droga	3	6,25
. Bar/ Ir ao bar	2	4,17
. Nadar/ Piscina	2	4,17
. Outros	8	16,67
Tem amigos (n=48)		
. Sim	38	79,17
- Sim	11	22,92
- Poucos/ Alguns	8	16,67
- Bastante/Muitos	6	12,50
- Colegas/Conhecidos	6	12,50
- Para usar álcool/ drogas	2	4,17
- Na igreja	2	4,17
- Em outra cidade	2	4,17
- Narcóticos Anônimos	1	2,08
. Não	10	20,83
- Não	6	12,50

Tabela 13. Dados sobre História Social – ‘atividades de lazer na atualidade’, ‘tem amigos’, ‘fica com amigos nas horas livres’, ‘amigos usam álcool e/ou outras drogas’ e ‘amigos tem problemas com a lei’ (cont.).

- Atualmente/ Hoje não	3	6,25
- Aqui não	1	2,08
Fica com amigos nas horas livres (n=47)		
. Sim	24	51,06
- Sim	10	21,28
- Às vezes/ De vez em quando	9	19,15
- Com Poucos	2	4,25
- Em outra cidade	2	4,25
- Com amigos virtuais	1	2,13
. Não	23	48,94
Amigos usam álcool e/ou drogas (n=47)		
. Sim	36	76,60
- Sim	18	38,30
- Alguns	14	29,79
- A maioria	2	4,25
- Muitos	1	2,13
- Amigos de outra cidade	1	2,13
. Não	7	14,89
. Não tem amigos	4	8,51
Amigos têm problemas com a lei (n=42)		
. Não	18	42,86
. Sim	15	35,71
- Alguns/Poucos	10	23,81
- Sim	4	9,52
- Bastante	1	2,38
. Outros	9	21,43
- Não tem amigos	5	11,91
- Não sei/ Não tenho certeza	4	9,52

Dados da Tabela 14 demonstram que trinta e cinco (74,47%) dos participantes responderam que já se sentiram rejeitados pelas pessoas (n=47), e destes, 19 (40,43%) referiram apenas ‘sim’, 12 (25,54%) ‘por causa das drogas’ e dois (4,25%) ‘às vezes’ e ‘bastante/ muito’, respectivamente. Doze (25,53%) mencionaram não se sentirem rejeitados. Foi constatada diferença estatística significativa, com evidência de maior frequência para a resposta ‘sim’ (p=0,001).

Vinte e dois (48,89%) dos entrevistados relataram que seus amigos se afastaram por razões do uso de drogas (n=45), sendo que 17 (37,78%) destes

disseram apenas 'sim, três (6,67%) 'quando já não tinham mais drogas/dinheiro', e dois (4,44%) mencionaram 'muitos'. Vinte e três (51,11%) relataram que os amigos não se afastaram, dentre estes, cinco observaram que quem se afastou das pessoas foram eles mesmos. Não houve diferença estatística significativa na comparação entre estas variáveis, bem como correlações entre estas e outras variáveis do estudo ($p>0,05$).

Tabela 14. Dados sobre História Social - 'se sentiu rejeitado pelas pessoas' e 'amigos se afastaram'

Áreas	f	%
Se sentiu rejeitado pelas pessoas (n=47)		
. Sim	35	74,47
- Sim	19	40,43
- Por causa das drogas	12	25,54
- Às vezes (intensidade)	2	4,25
- Bastante/ Muito	2	4,25
. Não	12	25,53
Amigos se afastaram (n=45)		
. Sim	22	48,89
- Sim	17	37,78
- Quando já não tinha mais drogas, dinheiro	3	6,67
- Muitos	2	4,44
. Não	23	51,11
- Não	18	40
- Ele próprio se afastou dos amigos	5	11,11

3.7 Dados sobre História Marital

Dados referentes à história marital dos entrevistados são apresentados na Tabela 15. As maiores concentrações de respostas, quando perguntado quantos relacionamentos conjugais (casamentos ou morar juntos) os participantes tiveram, foram na categoria '1-2' (32=64%), seguida por '3-4' (6=12%) e '5-6' (2=4%). 'Sete ou mais relacionamentos' foram respondidos por um (2%) participante. Nove (18%) dos entrevistados não tiveram nenhum

relacionamento desta natureza. Houve diferença estatisticamente significativa, com evidência de maior frequência para a categoria '1-2' relacionamentos ($p < 0,0005$).

Para a área 'Quanto tempo durou o seu último relacionamento conjugal'⁹ ($n=49$), as maiores frequências de respostas foram relacionadas aos tempos de '0-1 ano' ($8=16,33\%$), '1.1-5 anos' ($18=36,73\%$), 5.1-11 ($12=24,49\%$) e 'maior que 11' ($10=20,41\%$), dentre outras. Pela análise correlacional, a categoria '1.1-5 anos' esteve relacionada aos participantes sem companheiro(a) no momento atual da entrevista ($p=0,008$ /Teste Qui-quadrado de Pearson).

Do ponto de vista da qualidade dos relacionamentos conjugais ('Como era ou é o seu relacionamento'), as respostas foram classificadas em 16 categorias, sendo as de maiores porcentagens: 'Bom/ Muito bom/ No início bom/ Ótimo' ($20=40\%$), 'Álcool e Drogas/ Droga envolvida' ($13=26\%$); 'Com brigas/ Muitas brigas/ Muita discussão/ Agressão/ Ofensas' ($11=22\%$); e, 'Características da mulher: Sistemática/ Implicante/ Nervosa/ Brava' ($7=14\%$).

'Relacionamento bom/ Muito bom/ No início bom/ Ótimo' com a esposa esteve relacionado aos participantes com características negras ($p=0,028$ /Teste Exato de Fisher); 'Relacionamento difícil/ Péssimo/ Em trancos e barrancos' aos caucasoides ($p=0,049$ /Teste Exato de Fisher) e aos participantes com companheiro(a) no momento atual da entrevista ($p=0,018$ /Teste Exato de Fisher); e 'Aspectos bons e aspectos ruins' aos mais

⁹ Para não descaracterizar o perfil da população estudada, foram considerados relacionamentos do tipo namoro para as demais perguntas, mesmo que estas tivessem características conjugais.

jovens da pesquisa (18-37 anos) ($p=0,045$ /Teste Qui-quadrado de Pearson), pela análise correlacional. Já o relato que o relacionamento não acabou esteve associado aos participantes com companheiro(a) no momento atual da entrevista ($p=0,000$ /Teste Exato de Fisher).

Tabela 15. Dados sobre História Marital - 'quantidade de relacionamentos conjugais', 'tempo do último relacionamento conjugal' e 'como era ou é o relacionamento'.

Áreas	f	%
Quantidade de relacionamentos conjugais (n=50)		
. Nenhum	9	18
. 1-2	32	64
. 3-4	6	12
. 5-6	2	4
. 7 ou mais	1	2
Tempo do último relacionamento conjugal (n=49)		
. Nenhum	1	2,04
. 0-1 ano	8	16,33
. 1.1-5	18	36,73
. 5.1-11	12	24,49
. > 11	10	20,41
Como era ou é o relacionamento (n=50)		
. Bom/ Muito bom/ No início bom/ Ótimo	20	40
. Álcool e Drogas/ Droga envolvida	13	26
. Com brigas/ Muita brigas/ Muita discussão/ Agressão/ Ofensas	11	22
. Características da mulher: sistemática/ implicante/ nervosa/ brava	7	14
. Não batia/ Não gritava/ Não brigava/ Não xingava	6	12
. Aspectos Bons e Aspectos Ruins	5	10
. Normal/ Comum	4	8
. Falta de recursos/ Não pagar contas/ Acabava com dinheiro/ Queria viver o que não Tinha	4	8
. Tranquilo/ Com respeito/ Sincero/ Ótimo	3	6
. Sem Diálogo	3	6
. Difícil/ Péssimo/ Em trancos e barrancos	3	6
. Estável	3	6
. Com Cuidados	2	4
. Influência/ Intervenções Familiares	2	4
. Não carinhosa/ Não afetiva/ Sem relação sexual/ Sem satisfação sexual	2	4
. Outros	15	30

Foram diversos os motivos contribuintes para o término dos relacionamentos conjugais dos participantes. Na área 'Por que o relacionamento acabou', as maiores influências estão demonstradas nas

seguintes categorias: 'Interferência/ Influência da Droga' (14=28%); 'Desgaste no relacionamento/ Convivência/ Não dava mais certo' (8=16%); 'Brigas/ Discussão', 'Mudança de cidade/ Incompatibilidade de local de moradia' e 'Traição/ Arrumou outro/ Ameaça de traição' (7=14%, respectivamente); 'Características atribuídas à mulher' (5=10%), dentre outras. Referiram que o relacionamento não havia acabado sete (14%) dos participantes, e um (2%), mencionou sem relacionamento (Tabela 16).

Pela análise correlacional, pode-se observar que a justificativa de traição para o término dos relacionamentos conjugais esteve associada aos participantes mais jovens da pesquisa (18-37 anos) ($p=0,016$ /Teste Exato de Fisher); a justificativa de mudança de cidade/ incompatibilidade de local de moradia aos participantes com nove ou mais anos de estudos ($p=0,004$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 11); e, de desgaste no relacionamento/ na convivência, aos que referiram renda mensal familiar de três ou mais salários mínimos ($p=0,034$ / Teste Exato de Fisher).

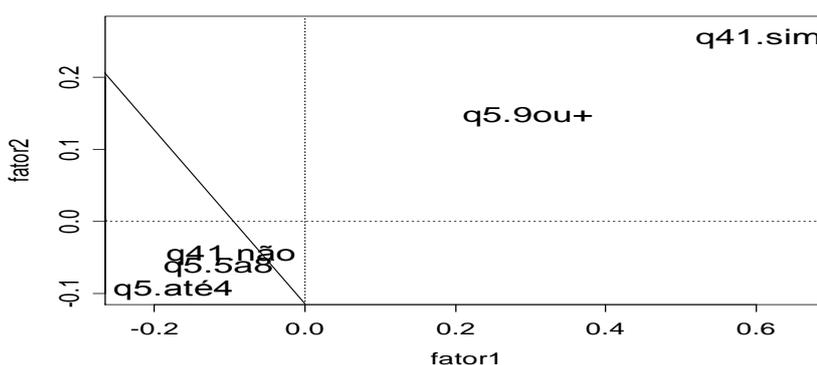


Figura 11. Correlação entre escolaridade dos participantes e justificativas para término do relacionamento conjugal de mudança de cidade/ incompatibilidade de local de moradia.

A interferência das drogas na vida conjugal foi apresentada por diversos participantes espontaneamente, na questão anteriormente descrita. Entretanto, quando perguntados especificamente a respeito desta influência, na área 'O álcool e/ou outras drogas contribuiu para o término do relacionamento', 33 (68,75%) dos 48 entrevistados respondentes disseram 'sim'; sete (14,58%) referiram que 'não' e que o 'relacionamento não acabou', respectivamente; e um (2,08%), 'sem relacionamento'.

Dados comparativos demonstram que houve diferença estatística significativa para a variável 'uso de álcool e/ou outras drogas contribuiu para o término do relacionamento', com evidência de maior frequência para a resposta sim ($p < 0,0005$). Pela análise correlacional, esta afirmativa foi associada aos participantes sem companheiro(a) no momento atual da entrevista ($p = 0,000$ /Teste Qui-quadrado de Pearson).

Outra condição apresentada espontaneamente por alguns participantes está relacionada à traição. Quando indagados: 'Você já se relacionou com mais de uma pessoa ao mesmo tempo' (questão não restrita ao último relacionamento conjugal e aberta a qualquer época da vida), 27 (54%) dos participantes disseram que 'não' e 21 (42%) afirmaram que 'sim'. A análise comparativa indicou diferença estatisticamente significativa para esta variável, com evidência de maior frequência de 'não' para a questão ($p < 0,0005$).

Quando questionados, na área 'Quais as atitudes do(a) parceiro(a) frente ao problema de álcool e/ou outras drogas', as respostas foram registradas nas seguintes categorias: 'Chateada/ Bravas/ Nervosa/ Revoltada/ Chorosa/ Não gostava' (11=22%); 'Conscientizar/ Conselhos/ Falava na

cabeça' (10=20%); 'Pedia para parar de usar álcool e/ou outras drogas/ Pedia para fazer uma escolha' (8=16%); 'Buscava por internação/ Outros tipos de tratamento' (7=14%); 'Não fazia nada/ Não fez nada/ Não ajudava/ Não ligava/ Não apoiava' e 'Usava junto/ Bebia junto/ Também usava álcool e drogas' (6=12%, cada); 'Ameaças' (4=8%); 'Deixava usar' e 'Ajuda/ Ajudava' (3=6%, respectivamente); 'Aguentava/ Aturava' e 'Achava que ia parar o uso sem ajuda especializada' (2=4%, cada); dentre outras (Tabela 17).

Tabela 16. Dados sobre História Marital - 'por que o relacionamento acabou', 'uso de álcool e/ou outras drogas contribuiu para o término' e 'já se relacionou com mais de uma pessoa ao mesmo tempo'.

Áreas	f	%
Por que o relacionamento acabou (n=50)		
. Interferência/Influência da droga	14	28
. Desgaste no relacionamento/ Convivência/ Não dava mais certo	8	16
. Brigas/ Discussão	7	14
. Mudança de cidade/ Incompatibilidade de local de moradia	7	14
. Traição/ Arrumou outro/ Ameaça de traição	7	14
. Características atribuídas à mulher	5	10
. Interferência da família/ Família veio morar junto/ Não queria ficar longe da família/ Mãe não gostou	4	8
. Agressão	3	6
. Falta de emprego/ Pressão no emprego	2	4
. Outros	12	24
. Relacionamento não acabou	7	14
. Sem relacionamento	1	2
Uso de álcool e/ou drogas contribuiu para o término do relacionamento (n=48)		
. Sim	33	68,75
. Não	7	14,58
. Relacionamento não acabou	7	14,58
. Sem relacionamento	1	2,08
Já se relacionou com mais de uma pessoa ao mesmo tempo (n=50)		
. Não	27	54
. Sim	21	42
. Sem relacionamento	1	2
. Resposta indefinida	1	2

Vinte e quatro (48,98%) participantes tiveram parceiras, em algum momento de suas vidas, que usaram álcool e/ou outras drogas (n= 49), e 25 (51,02%) nunca tiveram.

Para as variáveis 'tempo do último relacionamento conjugal' e 'como era ou é o relacionamento', 'por que o relacionamento acabou', 'atitudes do(a) parceiro(a) frente ao problema de álcool e/ou outras drogas' e 'algum(a) parceiro(a) com problema de álcool e/ou outras drogas', não foram verificadas diferenças estatisticamente significante entre suas categorias.

Tabela 17. Dados sobre Historia Marital - 'atitudes do(a) parceiro(a) frente ao problema de álcool e/ou outras drogas' e 'algum(a) parceiro(a) com problema de álcool e/ou outras drogas'.

Áreas	f	%
Atitudes do(a) parceiro(a) frente ao problema de álcool e/ou drogas (n=50)		
. Chateada/Bravas/Nervosa/Revoltada/Chorosa/Não gostava	11	22
. Conscientizar/ Conselhos/Falava na cabeça	10	20
. Pedia para parar de usar álcool e/ou drogas/ Pedia para fazer uma escolha	8	16
. Buscava por internação/ Outros tipos de Tratamento	7	14
. Não fazia nada/ Não fez nada/Não ajudava/Não ligava/Não apoiava	6	12
. Usava junto/Bebia junto/Também usava álcool e Drogas	6	12
. Ameaças	4	8
. Ajuda/ Ajudava	3	6
. Deixava usar	3	6
. Aguentava/Aturava	2	4
. Achava que ia parar o uso sem ajuda especializada	2	4
. Outros	13	26
. Sem parceira	2	4
. Sem resposta	4	8
Algum(a) parceiro(a) com problemas com álcool e/ou drogas (n=49)		
. Não	25	51,08
. Sim	24	48,98

3.8 Dados sobre os Filhos

Os dados relativos à história de paternidade dos entrevistados estão apresentados nas Tabelas 18 e 19. Na área 'Você tem filhos biológicos', houve concentração de respostas em três categorias: 'nenhum filho' (16=32%), '1-2'

filhos (20=40%) e '3-4' (12=24%), seguidas por dois participantes (4%) que responderam de cinco a seis filhos (Tabela 18). Foi constatada diferença estatisticamente significativa, com evidência de maior frequência de existência de filhos biológicos entre os participantes ($p=0,015$).

As idades destes filhos distribuíram-se nas categorias: 'bebê' (5=10%), 'criança' (13=26%), 'pré-adolescente/ adolescente' (6=12%) e 'adulto' (12=24%). Outras categorias encontradas nesta área foram: 'filhos não confirmados' (3=6%), 'filhos falecidos' (1=2%) e pai que 'não sabia a idade' de seus filhos (1=2%). Aos filhos adultos pode-se correlacionar os participantes mais velhos da pesquisa (38-58 anos) ($p=0,000$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 12).

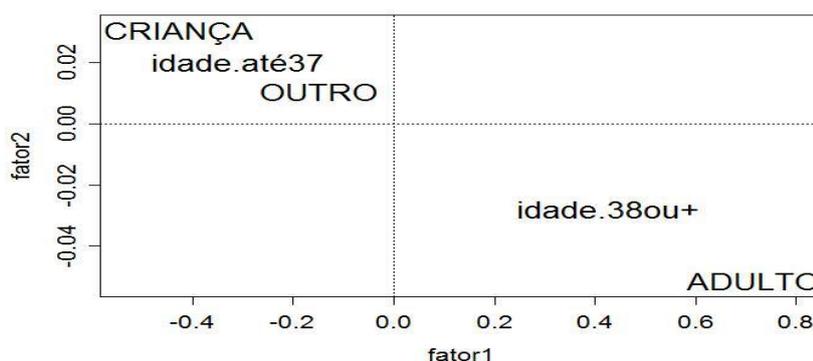


Figura 12. Correlação entre idade dos participantes e idade dos filhos.

Vinte (40%) filhos eram provenientes de ex-casamentos ou ex-relacionamentos, seguidos por filhos com as esposas ou relacionamentos atuais (10=20%) e filhos de casos ou namoros curtos (5=10%). A categoria 'resposta indefinida' (3=6%) refere-se ao fato do entrevistado ter citado os

nomes das mães de seus filhos sem esclarecer o tipo de vínculo estabelecido com estas.

Na área 'Você tem filhos adotivos', 48 (96%) entrevistados disseram 'não' e dois (4%) afirmaram tal questionamento, sendo que estes eram: um, sobrinha do entrevistado, filha da irmã que faleceu; e, o outro, sobrinha da segunda esposa do entrevistado. Quando perguntado sobre enteados, 42 (84%) responderam 'não' e oito (16%) afirmaram tê-los. Houve evidência de diferença estatisticamente significativa com maior frequência da resposta 'não' para a maioria dos participantes nas duas questões citadas ($p=0,000$). Os filhos enteados foram associados aos participantes mais velhos da pesquisa (38-58 anos), na análise correlacional ($p=0,006$ /Teste Exato de Fisher).

Dados sobre relacionamentos com filhos quando crianças e adolescentes, na atualidade e filhos com problemas de álcool e/ou outras drogas são demonstrados na Tabela 19.

Na área 'Como foi seu relacionamento com os filhos quando eram crianças e/ou adolescentes', as categorias com maior frequência de respostas foram: 'Bom/ Ótimo/ Da hora' (14=28%); 'Sem contato' (10=20%); 'Participativo/ Brincava com eles/ Bagunçava com eles/ Cuidava/ Atencioso', 'Nunca bati/ Não batia', 'Normal' e 'Carinhoso/ Amoroso' (4=8%, respectivamente).

Para a área 'Como é o relacionamento com os filhos na atualidade', foram identificadas as seguintes categorias: 'Sem contato/ Sem relacionamento' (12=24%); 'Pouco contato/ Contato esporádico' (10=20%); 'Contato Estável/ Frequente/ Ótimo/ Conversa' (8=16%); 'Contato prejudicado' (2=4%); 'Outros' (3=6%, cada) e 'Sem filhos' (15=30%).

Vinte e três (46,94%) dos 49 participantes respondentes relataram que seus filhos não apresentavam problemas de álcool e/ou outras drogas e nove (18,37%) disseram que 'sim'. Houve evidência estatística, com menor frequência da resposta 'sim' para a questão ($p=0,049$). Na análise correlacional, os filhos com problemas de álcool e/ou outras drogas estiveram associados aos participantes mais velhos da pesquisa (38-58 anos) ($p=0,000$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 13).

Tabela 18. Dados sobre Filhos - 'filhos biológicos, adotivos e enteados', 'idade' e 'quem é a mãe'.

Áreas	f	%
Filhos Biológicos (n=50)		
. Não (nenhum filho)	16	32
. Sim	34	68
- 1-2	20	40
- 3-4	12	24
- 5-6	2	4
Idade (n=50)		
. Sem filhos	16	32
. Bebê (2 a 18 meses) *	5	10
. Criança (18 meses a 11 anos)*	13	26
. Pré-Adolescente/Adolescente (12 anos a 18 anos) **	6	12
. Adulto (19 anos em diante)	12	24
. Filho não confirmado	3	6
. Filhos falecidos	1	2
. Não sabia a idade	1	2
Quem é a mãe (n=50)		
. Ex-esposas ou ex-relacionamentos	20	40
. Esposas/Relacionamentos atuais	10	20
. Casos ou namoros curtos	5	10
. Resposta indefinida	3	6
. Sem filhos	16	32
Filhos Adotivos (n=50)		
. Não	48	96
. Sim	2	4
- 1-2	2	4
Filhos Enteados (n=50)		
. Não	42	84
. Sim	8	16

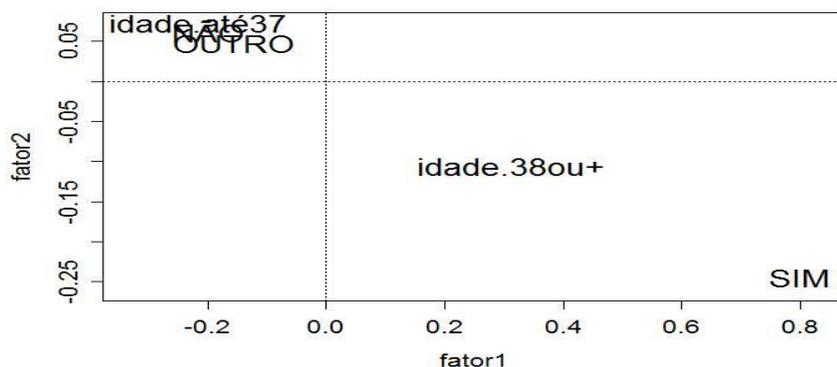


Figura 13. Correlação entre idade dos participantes e filhos com problemas de álcool e/ou outras drogas.

Tabela 19. Dados sobre Filhos - 'relacionamento com filhos quando crianças e/ou adolescentes', 'relacionamento na atualidade' e 'filhos com problemas de álcool e/ou outras drogas'.

Áreas	f	%
Relacionamento com filhos quando crianças e/ou adolescentes (n=50)		
. Bom/Ótimo/Da hora	14	28
. Sem contato	10	20
. Participativo/ Brincava com eles/Bagunçava com eles/Cuidava/ Atencioso	4	8
. Nunca bati/ Não batia	4	8
. Normal	4	8
. Carinhoso/ Amoroso	4	8
. Conversa pouco/Sem Dialogo	2	4
. Não tinha responsabilidade pelo filho/ "Não sou pai"	2	4
. Sem adjetivação	2	4
. Outros	9	18
. Sem filhos	15	30
Relacionamento com filhos na atualidade (n=50)		
. Sem contato/Sem relacionamento	12	24
. Pouco contato/Contato esporádico	10	20
. Contato Estável/Frequente/Ótimo/Conversa	8	16
. Contato prejudicado	2	4
. Outros	3	6
. Sem filhos	15	30
Filhos com problemas de álcool e/ou drogas (n=49)		
. Não	23	46,94
. Sim	9	18,37
. Outro	17	34,69
- Não Sabe	1	2,04
- Sem filhos	16	32,65

3.9 Dados sobre História de Risco

Dados da Tabela 20 demonstram que 47 (94%) entrevistados responderam não terem utilizado drogas injetáveis e três (6%) afirmaram que sim. Aqueles que mencionaram o uso estiveram associados aos participantes mais velhos da pesquisa (38-58 anos), pela análise correlacional ($p=0,003$ / Teste Exato de Fisher). Na área 'compartilhou seringas/ agulhas', 48 (96%) participantes disseram 'não' e dois (4%), 'sim'. Quando questionados se alguma vez trocaram sexo por drogas ou por dinheiro (se prostituíram), 46 (92%) participantes relataram 'não' e 4 (8%), 'sim'.

Para as respectivas variáveis mencionadas ('injetou alguma droga', 'compartilhou seringas/ agulhas', 'já trocou sexo por drogas ou por dinheiro') houve evidência de menor frequência de resposta sim, demonstrando diferença estatisticamente significativa ($p<0,0005$).

Tabela 20. Dados da História de Risco - 'injetou alguma droga', 'compartilhou seringas/agulhas', 'trocou sexo por drogas ou dinheiro (se prostituiu)', 'já tentou suicídio'.

Áreas	f	%
Injetou alguma droga (n=50)		
.Não	47	94
.Sim	3	6
Compartilhou seringas/agulhas (n=50)		
.Não	48	96
.Sim	2	4
Já trocou sexo por drogas ou dinheiro (se prostituiu) (n=50)		
.Não	46	92
.Sim	4	8
Já tentou suicídio (n=48)		
.Não	25	52,08
.Sim	11	22,92
.Pensou mas não tentou	12	25

Vinte e cinco participantes (52,08%) responderam não para a área 'Já tentou suicídio' (n=48), onze (22,92%) 'sim' e 12 (25%) pensaram mas nunca tentaram. Houve evidência de maior frequência de resposta 'não', verificando-se diferença estatística significativa ($p=0,022$) (Tabela 20).

3.10 Dados sobre História de Comportamentos Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas

Dados referentes aos tipos de drogas consumidas pelos entrevistados e a história de início do uso de álcool e/ou outras drogas são apresentados na Tabela 21. As principais drogas psicoativas consumidas durante a vida pelos participantes foram: álcool (49=98%); nicotina/ tabaco (42=84%); derivados de coca: cocaína, crack, baque, free-base e merla (36=72%); canabinóides: maconha e haxixe (36=72%); inalantes: tinner, cola, lança perfume, inalantes em geral, gás do ar condicionado, acetona e clorofórmio (24=48%); alucinógenos: LSD/Psicodélico, chá de cogumelo, cogumelo, chá de lírio, alucinógenos em geral (11=22%); medicamentos psicotrópicos: tranquilizantes, anfetamina, analgésicos, sedativo, diazepam (6=12%); e outros.

Pela análise correlacional, o uso de cocaína, crack e derivados de canabinóides estiveram associados aos participantes mais jovens da pesquisa (18-37 anos) ($p=0,001$ /Teste Exato de Fisher; $p=0,004$ /Teste Exato de Fisher; $p=0,001$ /Teste Exato de Fisher, respectivamente). O consumo de derivados de cocaína também esteve correlacionado aos participantes com nove ou mais anos de estudos ($p=0,009$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 14).

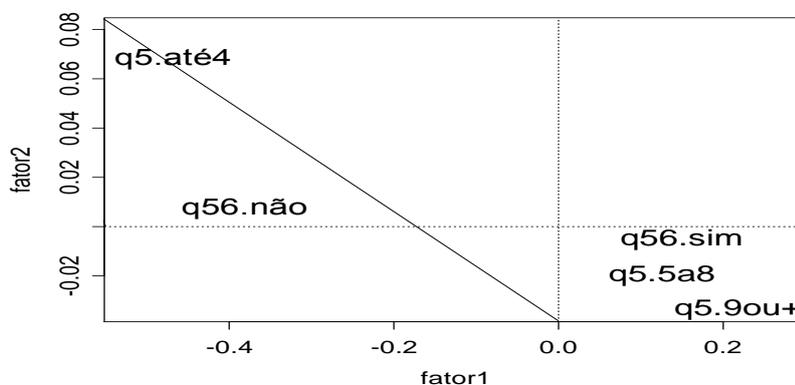


Figura 14. Correlação entre escolaridade dos participantes e tipo de droga consumida: derivados de cocaína.

O início do uso de álcool e/ou outras drogas se deu na infância para 10 (20%) dos entrevistados, na adolescência para 30 (60%) e na vida adulta para 10 (20%). Pela análise correlacional, o início de uso de álcool e/ou outras drogas na vida adulta foi associada aos participantes mais velhos da pesquisa (38-58 anos) ($p=0,016$ /Teste Exato de Fisher).

'Turma/ amigos/ colegas' foram as pessoas mais relatadas na área 'Com quem usava', com 33 respostas (66%), seguidas de 'familiares/ parentes' (5=10%) e 'sozinho' (2=4%), dentre outras. A categoria 'turma/ amigos/ colegas' esteve associada aos participantes com naturalidade em outros locais (exceto SJRP) ($p=0,030$ /Teste Exato de Fisher) e a categoria 'familiares/ parentes', aos de naturalidade na região administrativa de SJRP ($p=0,020$ /Teste Exato de Fisher).

'Turma/ amigos/ colegas' também foi a categoria com maior frequência de respostas para a área 'Como foi o início do uso de drogas – motivos, influências, fatores relacionados, condições associadas ao início do uso', com

20 (40%) respostas, seguida por 'bailes/ festas/ discotecas' (12=24%), 'curiosidade/ queria experimentar' (10=20%), dentre outras com menor frequência. Na análise estatística, a categoria 'usar drogas para dormir', como fator associado ao início do uso de drogas, esteve correlacionada aos participantes com naturalidade na região administrativa de SJRP ($p=0,035$ /Teste Exato de Fisher) e, a categoria 'curiosidade/ queria experimentar', aos participantes com cinco a oito anos de estudos ($p=0,008$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 15).

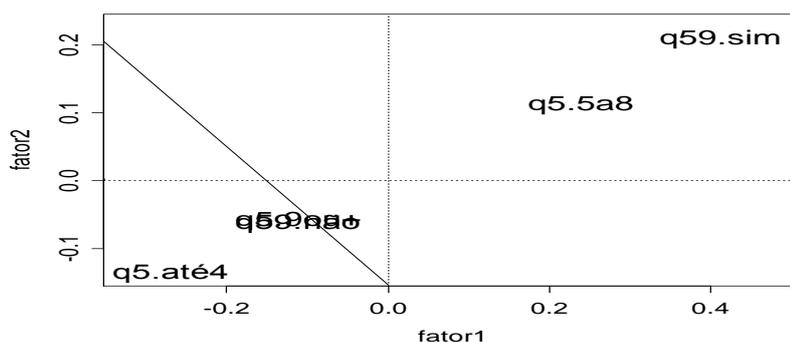


Figura 15. Correlação entre escolaridade dos participantes e categoria 'curiosidade/ queria experimentar' como fator associado ao início do uso de drogas.

O consumo contínuo de drogas foi investigado na área 'Quando começou a usar todos os dias', como demonstrado na Tabela 22. Vinte e dois (44%) entrevistados correlacionaram-no à vida adulta, 19 (38%) à adolescência e quatro (8%) à infância, por ordem decrescente de frequência de respostas. A vida adulta para o início do uso contínuo de álcool e/ou outras drogas esteve associada aos participantes naturais de outros locais (exceto SJRP)

($p=0,035$ /Teste Exato de Fisher) e aos com até quatro anos de estudos ($p=0,017$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 16), na análise correlacional.

Pela análise comparativa, as áreas 'drogas que consumiu e/ou experimentou', 'idade de início do uso de drogas', 'com quem usava', 'como foi o início do uso de drogas' e 'quando começou a usar todos os dias', não apresentaram diferenças estatisticamente significantes.

Na área 'chegou a usar direto por alguns dias, sem dormir, sem comer' ($n=48$), 35 (72,92%) participantes afirmaram que 'sim' e 13 (27,08%) que 'não' ($p=0,000$). Quarenta e dois (84%) entrevistados responderam que pararam de usar álcool e/ou outras drogas por alguns períodos, sendo que 32 (64%) destes disseram 'sim' e 10 (20%) especificaram que foi no período de 'tratamento e/ou internação', contra oito (16%) que relataram 'não' ($p=0,000$).

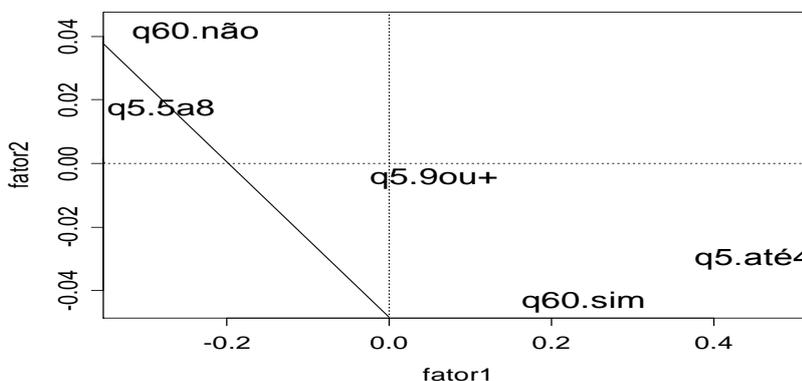


Figura 16. Correlação entre escolaridade dos participantes e a vida adulta para o início do uso contínuo de álcool e/ou outras drogas.

Tabela 21. Dados da História de Comportamentos Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas - 'drogas que consumiu e/ou experimentou', 'idade de início do uso de drogas', 'com quem usava', 'como foi o início do uso de drogas'.

Áreas	f	%
Drogas que consumiu e/ou experimentou (n=50)		
. Álcool	49	98
. Nicotina	42	84
. Derivados da Coca	36	72
. Canabinóides	36	72
. Inalantes	24	48
. Alucinógenos	11	22
. Medicamentos Psicotrópicos	6	12
. Anabolizantes	4	8
. Êxtase	2	4
. Outros	7	14
Idade de início do uso de drogas (n=50)		
. Infância	10	20
. Adolescência	30	60
. Adulto	10	20
Com quem usava (n=50)		
. Turma/ Amigos/ Colegas	33	66
. Familiares/ Parentes	5	10
. Sozinho	2	4
. Outros	4	8
. Resposta indefinida	6	12
Como foi o início do uso de drogas (n=50)		
. Amigos/ Turma/ Colegas	20	40
. Bailes/ Festas/ Discotecas	12	24
. Curiosidade/ Queria experimentar	10	20
. Pegou gosto/ Gostou/ Foi gostoso/ Dava prazer	5	10
. Achava da hora/ Achava o máximo/ Achava bonito/Achava que ia ser o cara	4	8
. Para dormir/Aguentar a noite/Para esquentar	4	8
. Fazer graça/ Estar no meio/ Mostrar-se	2	4
. Familiares/ Parentes	3	6
. Não sabe/ Não lembra	2	4
. Outros	11	22

A primeira sensação de sintomas de abstinência foi 'há menos de um ano' para oito (19,51%) dos 41 avaliados respondentes, 'há um ano' para quatro (9,76%), de '16-20 anos atrás' para três (7,32%), de '4-5 anos atrás' para dois (4,88%), dentre outros. Treze (31,71%) referiram não ter sentido sintomas de abstinência e cinco (12,20%) não lembraram sobre as datas. Não houve diferença estatística significativa para esta variável.

As principais atitudes dos familiares (de origem e atuais) frente ao uso de álcool e/ou outras drogas relatadas pelos entrevistados foram: 'pediam e procuravam ajuda/ tratamento/ internação' (17=34%), 'conscientizar/ dá conselhos/ pediam para parar' (11=22%), 'não fizeram/ não faziam nada/ diziam que não tem jeito' (7=14%) e 'ficam tristes' (5=10%), dentre outras. Na análise comparativa, não foi verificada diferença estatística significativa entre as variáveis. Entretanto, a categoria 'pediam e procuravam ajuda/ tratamento/ internação' esteve associada aos entrevistados mais jovens da pesquisa (18-37 anos) ($p=0,029$ /Teste Exato de Fisher), e a categoria 'afastaram/ rejeitaram', aos participantes mais velhos (38-58 anos) ($p=0,021$ /Teste Exato de Fisher), pela análise correlacional.

Tipos de tratamentos e/ou serviços utilizados pelos pacientes entrevistados frente ao problema de álcool e/ou outras drogas foram: 'CAPSad' (25=50%); 'Internação' (23=46%); 'Pronto Socorro' (17=34%); 'AA/ NA/ Amor exigente' (13=26%); 'Religioso' (8=16%); 'Psicológico' (5=10%); 'Ambulatorial' (5=10%); 'Autoajuda' (5=10%); 'Psiquiátrico' (4=8%); dentre outros. Sete (14%) participantes relataram que não tinham feito nenhum tratamento antes do CAPSad e seis (12%), referiram nenhum tratamento, apesar de terem sido acolhidos pela instituição alvo da pesquisa (Tabela 23).

Tabela 22. Dados da História de Comportamentos Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas - 'quando começou a usar todos os dias', 'parou de usar por alguns períodos', 'uso direto por alguns dias', 'primeira vez que teve sintomas de abstinência', 'atitudes dos familiares frente ao uso'.

Áreas	f	%
Quando começou a usar todos os dias (n=50)		
. Infância	4	8
. Adolescência	19	38
. Adulto	22	44
. Resposta inespecífica	5	10
Uso direto por alguns dias (n=48)		
. Sim	35	72,92
. Não	13	27,08
Parou de usar por alguns períodos (n=50)		
. Sim	42	84
- Sim	32	64
- No tratamento/...	10	20
. Não	8	16
Primeira vez que teve sintomas de abstinência (n=41)		
. Não sentiu abstinência	13	31,71
. Há menos de um ano	8	19,51
. Há um ano	4	9,76
. 16-20 anos atrás	3	7,32
. 4-5 anos atrás	2	4,88
. Outros	6	14,63
. Não lembra data	5	12,20
Atitudes dos familiares frente ao uso de álcool e/ou drogas (n=50)		
. Pediam/ Procuravam ajuda/ Tratamento/ Internação	17	34
. Conscientizar/ Dá conselhos/ Pediam para parar	11	22
. Não fizeram/ Não faziam nada/ Diziam não tem jeito	7	14
. Ficam tristes	5	10
. Afastaram/ Rejeitam	4	8
. Dizem que isto não é vício, não é doença/ Dizem que a pessoa que faz uso bandido, não presta, faz porque quer	4	8
. Se preocupam	4	8
. Ficam loucos/ Desesperados/ Abalados	4	8
. Não gostam/ Cara feia	3	6
. Familiares não sabiam do uso	3	6
. Criticava /Esculachava	3	6
. Não fala nada	3	6
. Querem ajudar	3	6
. Enchiam o saco/ Pegavam no pé	2	4
. Religião/ Igreja	2	4
. Não brigava	2	4
. Desgosto/ Chateado/ Nervoso	2	4
. Deram certa cobertura/ Força	2	4
. Outros	4	8

O CAPSad, como tipo de tratamento utilizado pelos participantes, esteve relacionado aos sujeitos mais velhos da pesquisa (38-58 anos) ($p=0,042$ / Teste Exato de Fisher), na análise correlacional. Os alcoólicos anônimos, narcóticos anônimos e amor exigente foram associados aos participantes com nove ou mais anos de estudos ($p=0,034$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 17), e pronto socorro, aos participantes que referiram 'outras' religiões ($p=0,050$ /Teste Exato de Fisher). Já o relato de nenhum tratamento foi mais frequente nos participantes com três ou mais salários mínimos ($p=0,029$ /Teste Exato de Fisher).

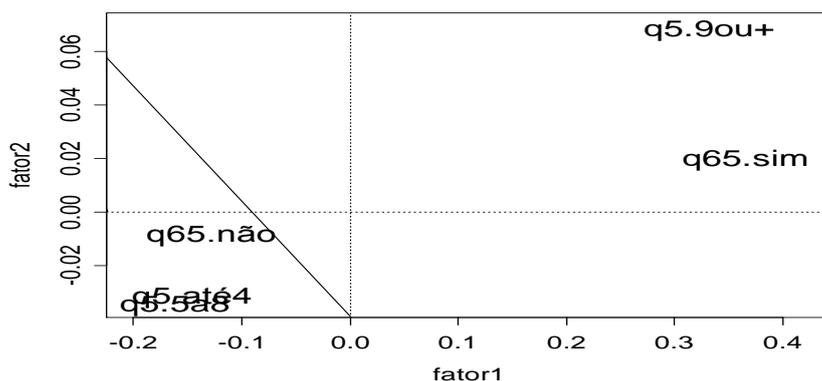


Figura 17. Correlação entre escolaridade dos participantes e categoria 'AA/ NA/ Amor Exigente' para tipo de tratamento utilizado pelos participantes.

Trinta participantes (63,83%) afirmaram que ficaram, por algum tempo, abstêmios depois de fazer tratamento ou de ter largado o álcool e/ou outras drogas por conta própria ($n=47$), sendo que cinco (10,64%) 'por alguns dias/ semanas', 11 (23,40%) 'menos de um ano', quatro (8,51%) 'de um a dois anos', um (2,13%) por 'quatro anos' e 'mais de 10 anos', respectivamente e oito (17,02%) não especificaram o tempo. Seis (12,77%) disseram que 'não ficaram

abstêmios' e onze (23,40%) relataram 'sem tratamento' anterior. Houve evidência de maior frequência de respostas 'sim' para a questão ($p < 0,0005$). Pela análise correlacional, os participantes que relataram não terem ficado abstêmios, foram associados à categoria 'nove ou mais anos de estudos' ($p = 0,031$ /Teste Exato de Fisher) (Figura 18).

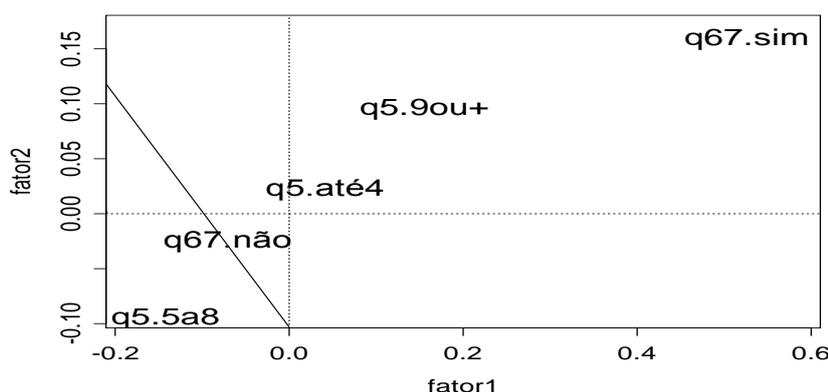


Figura 18. Correlação entre escolaridade dos participantes e categoria 'não abstêmios' após tratamento.

Os fatores relacionados às recaídas foram diversos, sendo os principais relatados: 'solidão/ estar longe dos familiares' e 'achar que já tinha aprendido a beber/ posso beber/ achar que a gente está bom' (3=6%, cada); 'vontade/ prazer/ sonhar', 'brigas' e 'nervoso/ sistemático/ coisas contrariam/ coisas não dão certo' (2=4%, respectivamente); e, 'outros' (15=30%). Na análise correlacional, o fator de recaída 'solidão/ estar longe dos familiares' foi associado aos participantes mais velhos da pesquisa (38-58 anos) ($p = 0,003$ /Teste Exato de Fisher).

Ao serem questionados sobre o uso de medicamentos para o tratamento de álcool e/ou outras drogas, 37 (74%) participantes responderam que sim e treze (26%) referiram que não. As principais categorias deste recurso foram:

'antidepressivos', 'estabilizadores de humor', 'ansiolíticos/ benzodiazepínicos', 'antipsicóticos' e 'anticonvulsivantes'; treze (35,13%) participantes que responderam sim para o uso não sabiam os nomes dos medicamentos (Tabela 24). A afirmativa do uso de medicamentos esteve correlacionada aos participantes mais velhos da pesquisa (38-58 anos) ($p=0,032$ / Teste Exato de Fisher), na análise estatística.

Os tipos de drogas utilizadas no último mês pelos participantes foram: nicotina (22=44%); álcool (19=38%); crack (16=32%); maconha (9=18%); cocaína (5=10%); e, maconha misturada com crack (1=2%). Na categoria de 'não uso', seis (12%) respostas foram dadas para 'não usa mais nada – exceto nicotina', cinco (10%) 'não usa mais nada' e 'não usa mais álcool', respectivamente, dois (4%) 'não usa mais drogas', e um (2%) 'não usa mais cocaína'.

Pela análise correlacional, foi verificado que o uso de crack e cocaína no último mês esteve associado aos participantes mais jovens da pesquisa (18-37 anos) ($p=0,000$ /Teste Exato de Fisher e $p=0,002$ / Teste Exato de Fisher, respectivamente) e o de nicotina e o relato de não uso de álcool aos mais velhos (38-58 anos) ($p=0,044$ /Teste Exato de Fisher e $p=0,009$ /Teste Exato de Fisher, respectivamente). O 'não uso de álcool', por sua vez, também esteve correlacionado aos participantes com até quatro anos de estudos ($p=0,015$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) (Figura 19) e o crack, relacionado aos participantes que referiram como renda mensal familiar, três ou mais salários mínimos ($p=0,040$ / Teste Exato de Fisher).

Tabela 23. Dados da História de Comportamentos Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas - 'tipos de tratamentos e/ou serviços utilizados', 'abstêmio depois de fazer tratamento ou ter largado por conta própria', 'fatores relacionados às recaídas'.

Áreas	f	%
Tipos de tratamentos e/ou serviços utilizados (n=50)		
. CAPSad	25	50
. Internação	23	46
. Pronto Socorro	17	34
. AA/ NA/ Amor Exigente	13	26
. Religioso	8	16
. Psicológico	5	10
. Ambulatorial	5	10
. Autoajuda	5	10
. Psiquiátrico	4	8
. Clínica Geral	2	4
. Mirassol	2	4
. Jaci	2	4
. Jesus/ Jeová	2	4
. Largou por opinião/ Por conta própria	2	4
. Outros	4	8
. Nenhum tratamento antes do CAPS	7	14
. Nenhum tratamento	6	12
Abstêmio depois de fazer tratamento ou ter largado por conta própria (n=47)		
. Sim	30	63,83
- Uns dias/semanas	5	10,64
- Menos de um ano	11	23,40
- De um a dois anos	4	8,51
- Quatro anos	1	2,13
- Mais de dez anos	1	2,13
- Inespecífico	8	17,02
. Não ficou abstêmio	6	12,77
. Sem tratamento antes	11	23,83
Fatores relacionados às recaídas (n=50)		
. Solidão/ Estar longe dos familiares	3	6
. Achar que já tinha aprendido a beber/ Posso beber/ Achar que a gente está bom	3	6
. Vontade/ Prazer/ Sonhar	2	4
. Brigas	2	4
. Nervoso/ Sistemático/ Coisas contrariam/ Coisas não dão certo	2	4
. Outros	15	30
. Não teve recaída	5	10
. Não fez tratamento antes	13	26
. Não ficou abstêmio	6	12
. Sem resposta	4	8

Das variáveis da Tabela 24 ('uso de medicamentos' e 'padrão de uso no último mês'), nenhuma apresentou diferença estatística significativa entre suas subvariáveis.

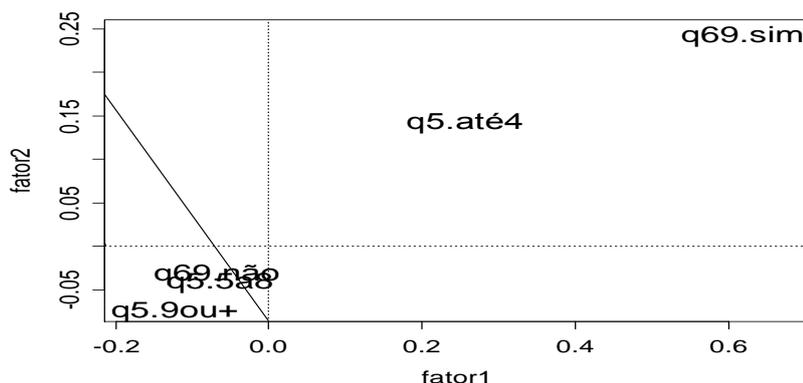


Figura 19. Correlação entre escolaridade dos participantes e categoria 'não uso de álcool' para tipos de drogas utilizadas no último mês pelos participantes.

Tabela 24. Dados da História de Comportamentos Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas - 'uso de medicamentos/quais', 'padrão de uso no último mês'.

Áreas	f	%
Uso de medicamentos/ Quais (n=50)		
.Sim	37	74
.Não	13	26
Padrão de uso no último mês (n=50)		
. Uso		
- Nicotina	22	44
- Álcool	19	38
- Crack	16	32
- Maconha	9	18
- Cocaína	5	10
- Maconha misturada com crack	1	2
. Não uso		
- Não usa mais nada (exceto nicotina)	6	12
- Não usa mais nada	5	10
- Não usa mais álcool	5	10
- Não usa mais drogas	2	4
- Não usa mais cocaína	1	2

3.11 Dados sobre Problemas Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas

Na Tabela 25 é demonstrada a área 'De uma forma geral, como as drogas interferiram e/ou prejudicaram sua vida'. Nesta, respostas foram dadas para a categoria 'prejudicou', distribuídas nas principais subcategorias:

'interferiu em muitas coisas/ interferiu em tudo/ só prejudicou' (19=38%); 'distância dos familiares/ interfere na convivência com família/ filhos/ esposas/ magoou a família/ perde confiança da família' (16=32%); 'interferiu no emprego/ trabalho/ lado profissional/ não ia trabalhar/ usava droga no trabalho/ perdeu emprego/ não tem serviço bom' (11=22%); 'deixei de ganhar/ atraso de vida/ prejudica vontade de desenvolver/ sonho reduzido a nada/ prejudicou futuro melhor' e 'interferiu no dinheiro/ problemas financeiros/ gastou tudo/ gasta dinheiro a toa/ precisa de ajuda financeira' (10=20%, respectivamente); 'interferiu nos bens' (9=18%); 'interferiu na formação escolar/ nos estudos/ poderia ter estudado/ não cresceu nos estudos' (6=12%); 'interfere no corpo/ sofrimento físico/ passa mal/ não se sente bem/ vomita/ fica sem comer nada/ chora de dor/ emagreceu/ dá cirrose' (5=10%); dentre outras com menor frequência de respostas. Sete enunciados (14%) foram para a categoria 'não prejudicou', distribuídos em: 'sente bem estar/ relaxado/ mais alegre (quando bebe)/ Esquecia do problema/ Quanto mais bebe, mais parece que está ótimo' (4=8%) e 'outros' (3=6%). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) para esta variável.

Na análise correlacional, foram verificados que, para área 'De uma forma geral, como as drogas interferiram e/ou prejudicaram sua vida', a categoria 'interferiu na formação escolar/ nos estudos/ poderia ter estudado/ não cresceu nos estudos' esteve associada aos participantes mais jovens da pesquisa (18-37 anos) ($p=0,033$ /Teste Exato de Fisher); 'prejudicou a moral/ dignidade/ honra' aos caucasoides ($p=0,049$ /Teste Exato de Fisher); 'deixei de ganhar/ atraso de vida/ prejudica vontade de desenvolver/ sonho reduzido a nada/

prejudicou futuro melhor' e 'interferiu nos bens', aos que referiram três ou mais salários mínimos ($p=0,050$ /Teste Exato de Fisher e $p=0,012$ /Teste Exato de Fisher, respectivamente). A categoria 'outros' para esta questão foi associada aos participantes com até quatro anos de estudos ($p=0,033$ /Teste Qui-quadrado de Pearson) e aos que referiram como renda mensal familiar até dois salários mínimos ($p=0,003$ /Teste Exato de Fisher).

Tabela 25. Dados sobre Problemas Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas – 'De uma forma geral, como as drogas interferem e/ou prejudicam sua vida'.

Áreas	f	%
De uma forma geral, como as drogas interferem e/ou prejudicam sua vida (n=50)		
. Prejudicou		
- Interferiu em muitas coisas/Interferiu em tudo/Só prejudicou	19	38
- Distância dos familiares/Interfere na convivência com família/filhos/esposas/Magoou a família/Perde confiança da família	16	32
- Interferiu no emprego/Trabalho/Lado profissional/Não ia trabalhar/Usava droga no trabalho/ Perdeu emprego/Não tem serviço bom	11	22
- Deixei de ganhar/Atraso de vida/Prejudica vontade de desenvolver/Sonho reduzido a nada/ Prejudicou futuro melhor	10	20
- Interferiu no dinheiro/Problemas financeiro/Gastou tudo/Gasta dinheiro a toa/Precisa de ajuda financeira	10	20
- Interferiu nos bens	9	18
- Interferiu na formação escolar/ Nos estudos/Poderia ter estudado/Não cresceu nos Estudos	6	12
- Interfere no corpo/Sofrimento físico/Passa mal/ Não se sente bem/ Vomita/ Fica sem comer nada/ Chora de dor/ Emagreceu/ Dá cirrose	5	10
- Acaba com os créditos que tem com as pessoas/ Pessoas desconfiam de você/ Pessoas discriminam/Amigos se afastando	3	6
- Perde moral/dignidade/honra	3	6
- Interferiu no relacionamento afetivo/Vida sentimental	3	6
- Policia/ Roubo/Preso/Trafico	3	6
- Acabou com minha vida/Fundo do poço/ Não tenho nada na vida	3	6
- Separação	2	4
- Acha que faz mal/Faz mal/É ruim/Não presta	2	4
- Xinga as pessoas/Brigas	2	4
- Direção perigosa/Acidentes	2	4
- Sofrendo de querer a droga/necessidade de fumar	2	4
- Interferiu na Saúde	2	4
- Outros	9	18
. Não Prejudicou		
- Sente bem estar/ Relaxado/ Mais alegre (quando bebe)/ Esquecia do problema/ Quanto mais bebe, mais parece que esta ótimo	4	8
- Outros	3	6

Os problemas de saúde relacionados ao álcool e/ou outras drogas, mencionados pelos participantes, dividem-se em: a) físicos (45=90%), tendo como principais, ‘perda de peso/ perda de resistência muscular’, ‘acidentes/ machucados/ brigas’, ‘convulsão’, ‘tosse’, ‘overdose’ e ‘cansaço/ indisposição/ fraqueza/ mal-estar’, dentre outros; b) cognitivos (35=71,42%) – ‘prejuízo da memória/ lapsos na memória/ esquecimento’ e ‘dificuldade de reter novas informações’; e, c) psicológicos (48=96%) – ‘depressão’, ‘ansiedade’, ‘psicose’, dentre outros. Para a subcategoria ‘nenhum problema relacionado’, cinco (10%) respostas foram para os sintomas físicos, 14 (28,57%) para os cognitivos, e duas (4%) para os psicológicos (Tabela 26). Houve diferença estatisticamente significativa, evidenciando maior frequência de respostas ‘sim’ para a questão ($p=0,000$).

Tabela 26. Dados sobre Problemas de Saúde Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas - ‘físicos’, ‘cognitivos’, ‘psicológicos’.

Áreas	f	%
Problemas Físicos (n=50)		
. Sim	45	90
- Perda de peso/ Perca de resistência muscular	27	60
- Acidentes/ Machucados/ Brigas	17	37,78
- Convulsão	11	24,44
- Tosse	10	22,22
- Overdose	6	13,33
- Cansaço/ Indisposição/ Fraqueza/ Mal estar	6	13,33
- Falta de ar	3	6,66
- Estômago/ Úlcera/ Ânsia/ Náusea	3	6,66
- Pressão alta	2	4,44
- Vômito	2	4,44
- Tontura	2	4,44
- Perdeu dentes	2	4,44
- Pulmão	2	4,44
- Garganta fechada (não se alimenta)	2	4,44
- Coração acelerado/ Arritmia	2	4,44
- Outros	19	42,22
. Não (Nenhum)	5	10
Problemas Cognitivos (n=49)		
. Sim	35	71,42
- Prejuízo da memória/ Lapsos na memória/ Esquecimento	32	91,42

Tabela 26. Dados sobre Problemas Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas - 'físicos', 'cognitivos', 'psicológicos'(cont.).

- Dificuldade de reter novas informações	14	40
. Nenhum	14	28,57
Problemas Psicológicos (n=50)		
.Sim	48	96
- Depressão	31	64,58
- Ansiedade	23	47,92
- Psicose	9	18,75
- Nervoso/Tenso	3	6,25
- Arrependimento	3	6,25
- Agressão/Arruma confusão	3	6,25
- Tristeza	2	4,17
- Vergonha/Constrangimento	2	4,17
- Chora	2	4,17
- Outros	10	20,83
. Não (Nenhum problema relacionado)	2	4

4. DISCUSSÃO

4.1 Dados Sociodemográficos

Entre os sujeitos estudados, no presente trabalho, pode-se destacar uma população adulta (concentração nas faixas etárias entre 28-37 e 48-58 anos), na sua maioria com características compatíveis com a origem negra (negróides), sem companheiro(a) no momento atual da entrevista, com 5 a 8 anos de estudos, evangélica, natural da região administrativa de SJRP, e com renda mensal familiar de 3 a 5 salários mínimos.

Estes dados, encontrados na população específica do estudo, não convergem com a maior parte da população da cidade de São José do Rio Preto e distritos, região onde o serviço CAPSad, foco de atenção desta pesquisa, está inserido. A maioria da população Rio Pretense encontra-se na faixa etária de 20-39 anos, é predominantemente branca e com maior concentração de renda na faixa de 'mais que 3 a 10 salários mínimos' (rendimento da pessoa responsável pelo domicílio), conforme podem ser verificados na conjuntura econômica da região.⁽⁸⁹⁾

Pode-se observar, porém, que os dados sociodemográficos encontrados na atual pesquisa evidenciam uma amostra da população que converge mais com a usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), como demonstra o estudo de Ribeiro et al.⁽⁹⁰⁾

Segundo a pesquisa,⁽⁹⁰⁾ que teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários do SUS comparativamente ao dos não-usuários, a partir de pesquisa nacional por amostragem de domicílios como

método de investigação (384.834 pessoas em todo território nacional), as características da clientela atendida pelo SUS são: indivíduos adultos de 15 a 49 anos, de ambos os sexos, de cor preta ou parda, com escolaridade inferior a 11 anos, renda familiar per capita de aproximadamente dois salários mínimos e com estado de saúde regular ou ruim. Para Ribeiro et al.,⁽⁹⁰⁾ ao observar estas especificidades da população atendida pelo SUS, principalmente no que se refere a cor/etnia, escolaridade e renda familiar, pode-se verificar que o atendimento pelo sistema público cumpre as expectativas de sua utilização - especialmente pelas camadas sociais mais carentes da população.

Corroboram também com o achado sobre o perfil sociodemográfico, estudos^(84,91-92) que investigaram CAPSad em diversas localidades do território nacional, como o de Peixoto et al.,⁽⁹³⁾ que analisaram uma amostra de 316 registros de pacientes do CAPSad de Campo Grande (MS) e identificaram uma população em sua maioria composta por homens (86,4%), com média de idade de 35,2 anos, com registro de pai e mãe em seus documentos (88,0%), sem ocupação (51,5%) e com média de 7,2 anos de estudos.

Dados encontrados na pesquisa de Velho,⁽⁹¹⁾ também demonstram que houve predomínio de usuários no CAPSad da cidade de Londrina que não completaram ensino fundamental. O autor⁽⁹¹⁾ pontua como possibilidade para tal ocorrência, o fato de que serviços, como este, atenderem uma camada social mais desfavorecida financeiramente, por se tratar de um serviço público, sendo a baixa escolaridade uma condição associada à renda.

No que se refere ao gênero, durante a coleta de dados do presente trabalho, pode-se perceber que o número de pacientes homens que buscavam

ajuda era muito maior que do sexo feminino. Diversas pesquisas^(5,35,84,91,94-95) demonstram que a maior prevalência de uso de substâncias psicoativas está relacionada ao sexo masculino, levando à conseqüente procura de tratamento.

No presente estudo, pode-se também levantar hipóteses em relação à faixa etária predominante - adulta, de que é uma população com maior adesão ao tratamento, num estágio de maior prontidão para a mudança e sem uso de diversas drogas concomitantes, fatos estes que tornam-na mais disponível para o tratamento e para a participação neste tipo de investigação.

Corroborando com estas hipóteses, pesquisa⁽⁹²⁾ em um CAPSad localizado no Estado do Piauí aponta, como as pessoas mais assíduas ao Serviço, uma população do sexo masculino, com ensino fundamental, solteira, idades entre 19 e 59 anos, empregados, referindo-se católicos.

Na pesquisa mencionada⁽⁹²⁾ os evangélicos constituíram o grupo menos frequente da amostra atendida, dados contrários aos encontrados no presente trabalho que demonstrou maior frequência de evangélicos. No Brasil, a religião católica ainda se constitui predominante, entretanto segundo dados dos últimos censos demográficos,⁽⁹⁶⁾ vem ocorrendo uma redução percentual significativa dos que se declaram católicos em contrapartida ao aumento dos que referem-se evangélicos. Investigações sobre as variáveis envolvidas na modificação da distribuição das escolhas das religiões ainda precisam ser melhor estabelecidas.

Apesar dos dados de outras pesquisas⁽⁹⁷⁻¹⁰⁰⁾ indicarem maior predomínio de uso de substâncias psicoativas em sujeitos sem religião ou religiões diferentes da evangélica, pode-se levantar a hipótese de que, no momento de

busca de tratamento para o problema de álcool e/ou outras drogas, houve um movimento de parte da população estudada no presente trabalho de apoiar-se na religião com a finalidade de controle ou cura para a 'doença'.

Sanchez e Nappo, ⁽¹⁰¹⁾ ao analisar intervenções religiosas utilizadas para recuperação da dependência de drogas, demonstraram que a maioria dos entrevistados evangélicos relatou que a busca por ajuda nas igrejas ocorreu pela divulgação dos poderes desses locais. A comprovação de 'eficácia' na cura de doenças, inclusive a dependência química, poderia estar relacionada à fé dos entrevistados no poder de sua igreja, utilizando-na para seu tratamento.

Com relação à origem/naturalidade dos participantes do presente trabalho, apesar do sistema de atendimento do CAPSad abranger unicamente moradores/residentes de SJRP e distritos, somente oito (17,08%) participantes nasceram nesta cidade. Pode-se observar, com estes dados, a referência regional que o município tornou-se ao longo de sua história e o processo de migração ocorrido nas últimas décadas.

A região traz, no processo de migração, populações da capital e do norte e nordeste do país. No presente estudo, houve correlação entre etnia e naturalidade: caucasóides vieram do interior de São Paulo e negróides da capital e outros estados. Estes dados podem ser entendidos quando analisado o processo nacional de migração.

Nas décadas de 1970 e 1980, houve um crescente e intenso movimento migratório no país: primeiro, de saída das regiões Norte e Nordeste principalmente para a Sudeste; segundo, de urbanização (transferência da população do campo para a cidade); e, terceiro, de metropolização. A partir do

final da década de 1980 houve uma relativa desconcentração da indústria da região metropolitana de São Paulo para o interior e outros estados, ocorrendo uma mudança também nos fluxos migratórios.⁽¹⁰²⁾

Estudos⁽¹⁰²⁻¹⁰³⁾ comprovam que o interior de São Paulo reforçou seu potencial de absorção, passando de um saldo positivo de 850 mil pessoas, nos anos de 1980, para 1,1 milhão, nos anos de 1990. A pesquisa de Baeninger,⁽¹⁰³⁾ baseada no censo demográfico de 2000, evidencia o Fluxo Migratório Intra-Estadual entre MetrÓpole e Interior do Estado de São Paulo no período de 1995-2000. Em especial para a cidade de São José do Rio Preto, houve uma imigração vinda da região metropolitana de cerca de 16 mil pessoas contra uma emigração de quatro mil, sendo uma das cidades do interior deste Estado que mais recebeu migrantes da capital.

Dados mais recentes destas variáveis ainda não estão disponíveis na literatura especializada para a apresentação atual desta performance, entretanto o desenvolvimento socioeconômico e demográfico do município foco de atenção demonstra indicadores de um crescente fluxo de chegada de pessoas de outras localidades.⁽¹⁰³⁾

Além disso, principalmente no contexto de busca de tratamento no CAPSad, foram observados alguns aspectos durante as entrevistas: vários sujeitos vieram para SJRP para se esquivarem de acontecimentos ruins na cidade onde se encontravam ou com a intenção de fazer o tratamento, mudando para casa de parentes e conhecidos, conforme demonstrados nos exemplos.

“Fui expulso da clínica em São Paulo... e aí não tinha para onde ir... tenho irmã em São Paulo, mas não me dou com meu cunhado. Aí vim para a casa da minha irmã. Ela não ia me deixar a toa e ela sabia que eu precisava de tratamento.” (Suj.1)

“Eu já fiz tratamento no Caps de São Vicente. Depois de um mês, como eu me separei da mulher, vim para cá e continuei o tratamento de alcoolismo.” (Suj. 9)

“Estava na Praia Grande. Eu era casado. Aí voltei e fui internado. Médico do hospital me encaminhou para o CAPS.” (Suj. 27)

4.2 Dados sobre Encaminhamentos para o Tratamento de Problemas Relacionados ao Álcool e/ou outras Drogas no CAPSad

Com relação às fontes, foi verificado, na presente pesquisa, que houve um equilíbrio entre participantes que foram encaminhados para o Serviço e aqueles que o procuraram por conta própria. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Faria e Schneider,⁽⁸⁴⁾ Velho⁽⁹¹⁾ e Monteiro et al.⁽⁹²⁾, apontando diferença pouco significativa entre a procura por iniciativa própria ou não entre os usuários de substâncias psicoativas.

Este índice significativo de procura pelo Serviço por demanda espontânea está congruente com alguns princípios básicos do novo modelo de atenção em Saúde Mental (proposto a partir da Reforma Psiquiátrica) que tem no esquema de livre acesso um aliado na construção de uma política comunitária e territorial para o Sistema.⁽⁸⁴⁾

Pode-se também, a partir dos resultados encontrados no presente estudo, delinear os principais caminhos feitos pelos usuários até chegar efetivamente ao CAPSad e desta forma estabelecer programas futuros mais efetivos de acolhimento desta demanda. Os dados demonstram maior

frequência de encaminhamentos por PA/PSF/UBS, em contrapartida, um baixo número feito por profissionais da saúde desvinculados da rede pública, pelo sistema policial e judicial e pelo Ambulatório de Saúde Mental.

Faz-se importante destacar ainda, que encaminhamentos realizados por Hospital Psiquiátrico, mencionados por somente quatro (8%) dos entrevistados, representam um dado que merece ser discutido com cautela, uma vez que estes referem-se, tradicionalmente, às instituições relacionadas ao tratamento de álcool e/ou outras drogas.

Considerando que parcela expressiva dos participantes avaliados no presente trabalho possui internações neste tipo de hospitais, é possível levantar duas hipóteses: a) o setor não está se constituindo como ponte para a continuidade do tratamento de drogas no ambiente natural dos sujeitos; b) os sujeitos, após internação, já se sentem 'curados' e não se dispõem a continuar frequentando instituições de tratamento. E, quando se vêem novamente na situação de abuso prejudicial de álcool e/ou outras drogas voltam a procurar por serviços de saúde, como PA/PSF/UBS, que os remetem ao CAPSad.

No estudo de Velho,⁽⁹¹⁾ 60% dos usuários vieram encaminhados por outros serviços da rede de atenção, sendo as principais fontes: serviços públicos, como os de saúde de média e alta complexidade (CAPS III, CAPS i – Infanto-juvenil, Hospital Zona Norte, Zona Sul e Hospital Universitário Regional Norte do Paraná) com 27,7%, seguidos pelos de assistência social (Centro de Referência Especializado em Assistência Social I - CREAS I e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) com 25,1% e Unidades Básicas de Saúde (UBS) (13,1%), além de organizações não governamentais,

universidades e associações de bairro. Em uma proporção menor, Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Londrina - PR (Medicina do Trabalho), com 4,1% dos encaminhamentos, Conselho Tutelar (3,4%), Patronato (egressos do sistema penal) (2,7%) e instituições (públicas e privadas) da comunidade com destaque para Departamentos de Recursos Humanos de empresas locais, que encaminharam 2,5% dos casos.

Este estudo⁽⁹¹⁾ evidenciou uma rede de atenção ampla e complexa, que se estende por diversos setores e serviços e seus resultados indicam a urgência em se ampliar a interlocução entre as redes de atenção aos usuários de álcool e/ou outras drogas da presente pesquisa.

Tanto no presente trabalho, quanto no de Velho,⁽⁹¹⁾ o Ambulatório de Saúde Mental teve um baixo índice de encaminhamentos. A respeito deste fato, documento do Ministério da Saúde contendo relatório da gestão da Saúde Mental no SUS entre 2003-2006,⁽⁸⁵⁾ demonstra que este serviço é pouco articulado à rede de atenção à saúde e enfatiza a necessidade de uma melhor relação entre CAPS – Ambulatório e entre Ambulatório – Atenção Básica. Fica explícito no documento que há muito a ser feito neste campo.

Principalmente no que diz respeito à atenção básica, a inserção da assistência em saúde mental precisa ser implementada.⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁷⁾ Isto pode ser comprovado no presente estudo, uma vez que foi a fonte de encaminhamento mais indicada.

Quanto mais a intersectorialidade entre as áreas da saúde, da justiça, da educação, do esporte, da assistência social, do desenvolvimento, bem como

entre a sociedade, organizações públicas e privadas, ocorrerem, com possibilidade de um melhor planejamento das ações a serem desenvolvidas (individuais e coletivas), mais a assistência a esta população será integral e permitirá a reinserção social dos usuários, como preconiza o Ministério da Saúde. ^(83,108)

Com relação aos dados sobre o tempo de tratamento dos participantes no Serviço pesquisado, foram utilizadas informações dos prontuários de cada entrevistado, uma vez que estes mencionaram esta variável sobre diversas perspectivas: alguns apontaram situações da atualidade, outros referiram a respeito da primeira vez que vieram ao CAPSad.

Os resultados indicam predomínio do tempo de intervenção de 'até um mês', manifestado por aproximadamente 70% dos avaliados. Parcela expressiva destes representava recolhimentos, podendo sugerir dificuldades desta população em aderir ou manter-se no tratamento, principalmente pela mais jovem do estudo, como demonstrado na correlação entre a categoria 'até um mês' e a idade de 18-37 anos dos participantes.

Peixoto et al., ⁽⁹³⁾ ao compararem o perfil de pacientes que aderiram e que não aderiram ao tratamento do CAPSad de Campo Grande (MS), demonstram que a adesão foi associada à pacientes mais velhos, usuários de álcool e com maior tempo de uso de drogas. Já o grupo que não aderiu foi constituído por usuários jovens e com uso de outros tipos de drogas (exceto álcool), dados estes próximos aos encontrados no presente trabalho.

Segundo os autores, ⁽⁹³⁾ deve-se levar em conta o fato de que, o uso de drogas lícitas está menos ligado ao comportamento antissocial e criminoso do

que o uso de drogas ilícitas, o que consideram como fator positivo para a adesão ao tratamento.

Outro trabalho que apóia os resultados da presente pesquisa é o de Burns et al.⁽¹⁰⁹⁾ que, ao investigarem uma amostra de pacientes em tratamento de substituição de opiáceos, identificaram que indivíduos mais jovens foram significativamente mais propensos a abandonar o tratamento.

Taxa de abandono de 50% no primeiro mês de tratamento para álcool e drogas pode ser visto no estudo de Velho.⁽⁹¹⁾ Outros dados encontrados entre os usuários foram: aqueles com atendimento na modalidade não intensiva (1 a 2 atendimentos ao mês) apresentaram proporção de permanência acima de cinco meses; os que retornaram ao serviço tiveram melhor adesão quando comparados aos casos novos; e, os que faziam uso de álcool, melhor adesão ao tratamento comparados aos que consumiam crack.

Resultados semelhantes sobre taxa de abandono foram encontrados por Pelisoli e Moreira⁽¹¹⁰⁾ entre usuários de saúde mental, com 53,5% de casos com não adesão à intervenção. E, no estudo de Monteiro et al.,⁽⁹²⁾ no qual foi possível identificar que a maioria da amostra pesquisada não deu continuidade ao tratamento.

Dentre as razões que pode-se levantar para altas taxas de abandono, está a falta de percepção/consciência desta população de que necessita de ajuda. Chomynova, Miller e Beck⁽¹¹¹⁾ ao analisarem dados extraídos do Levantamento Epidemiológico Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas para pessoas com 18 ou mais anos, realizado nos Estados Unidos com 43.093 entrevistas, observaram que a maior parte dos indivíduos

com transtorno por uso de álcool (81%) não relatou procura de cuidados ou percepção de que precisasse de ajuda. Aqueles que eram mais jovens, casados, com ensino superior e maior renda e, que não apresentavam condição médica geral adversa, foram significativamente menos propensos para tal necessidade.

No entanto, quando o tópico é adesão ao tratamento de álcool e/ou outras drogas, não se pode perder de vista as próprias características e princípios do CAPSad. A adesão depende não somente dos usuários do Serviço, mas também da condição desta instituição estar cumprindo suas propostas, já preconizadas pela Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, principalmente as de “resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde” (p.25).⁽¹⁰⁸⁾

Velho⁽⁹¹⁾ expõe que este Serviço deveria estabelecer uma escala, semelhante à escala de acolhimento, para a busca ativa de usuários faltosos, bem como visitas e intervenções de caráter comunitário, sobretudo em parcerias com outros setores na comunidade, como escolas, igrejas e grupos de moradores. Portanto, é preciso estar consciente das características desta população bem como do local de atendimento para implementar ações que contribuam para a adesão ao tratamento.

Foram as consequências do uso abusivo e continuado de álcool e/ou outras drogas as razões que levaram os sujeitos do presente estudo, na sua

maioria, a buscar ajuda no CAPSad. Dentre essas, pode-se verificar que após a percepção de não conseguirem parar o uso por conta própria, necessitavam de ajuda especializada com a finalidade de reduzir o agravamento da situação, aumentar as probabilidades de recuperação e manutenção da abstinência.

Nervosismo, falta de paciência, sensação de ter chegado ao fundo do poço, ‘problemas na cabeça’ (sic), pensamentos suicidas, esquizofrenia, falha na memória, falta de concentração, tontura, isolamento, agressão e vontade de ficar apenas deitado, estiveram entre os principais motivadores relatados pelos participantes para procurarem ajuda. Todavia, muitos dos sujeitos correlacionaram a busca por tratamento com a própria dependência química, sem demonstrar intenção de parar o uso de álcool e/ou outras drogas.

Apesar de mencionados com menor frequência, os fatores citados na categoria “Razões relacionadas ao físico” compreenderam respostas como vômitos, enfraquecimento, falta de apetite, déficit na visão e audição, tremores e tontura e estiveram associados aos participantes com a idade de 38-58 anos. Desta forma, sujeitos de idade mais avançada do estudo identificaram e manifestaram as razões físicas como as mais presentes para o ímpeto de buscar ajuda, possivelmente em função do uso contínuo e prolongado das substâncias que afetaram de maneira significativa suas condições orgânicas.

No entanto, O’Toole et al.⁽¹¹²⁾ sugerem que, apesar de preocupações com a saúde física serem os motivos mais citados pelos usuários para engajarem-se, inicialmente, no tratamento de abuso de substâncias, não são significativos para concluírem o mesmo, apontando, assim, a necessidade de

serem melhor explorados para que seus efeitos sejam ampliados na manutenção do tratamento.

As razões relacionadas à família envolveram, no presente estudo, situações como irmã não admitir que o sujeito fique em casa sem tratamento, ocorrência de briga com ex-mulher, perda de confiança da esposa, presença dos filhos em cenas de brigas e separação conjugal.

Foram mencionados na categoria 'Risco de vida', tanto o risco de morte por homicídio (traficante ou policial), como o de morte por parada cardíaca ou outros problemas de saúde relacionados ao abuso de substâncias psicoativas.

'Razões relacionadas à desesperança e cansaço' foram associadas ao estado civil com companheiro(a). Este dado contraria as expectativas dos pesquisadores e os apontamentos da literatura⁽¹¹³⁾ que indicam a rede social e a conjugalidade como fatores de proteção para riscos em relação à desesperança, estresse e sofrimento emocional em diferentes populações clínicas e comunitárias, e merece mais investigações científicas para melhor discernimento sobre estas relações.

Para ilustrar as categorias relacionadas às razões de busca de tratamento citadas nos parágrafos subsequentes, são transcritas falas dos sujeitos entrevistados.

"Vim buscar ajuda para aumentar os intervalos de uso de drogas até não usar mais." (Suj. 24)

"Não consegui parar sozinho; percebi que precisava de uma ajuda." (Suj.32)

"Vim para ter uma vida sem droga, sem beber." (Suj.46)

"Não tinha como ficar mais pra baixo, cheguei no fundo do poço." (Suj.8)

"Querida me matar; depressão; vim direto da internação." (Suj. 18)

“Estou bebendo bastante.” (Suj.33)

“Estou tomando muita pinga.” (Suj.34)

“Senti-me alcoólatra quando estava vomitando.” (Suj.3)

“Fico sem comer, estou enfraquecendo, perdi 15 kg, enxergo pouco.” (Suj.28)

“Passei mal (tremor, perna enfraquecida, braço tremendo, tontura) devido ao uso de álcool.” (Suj.34)

“Ou eu me levantava ou cavaria a própria sepultura - ser morto por traficante ou por polícia.” (Suj.8)

“Preciso diminuir o uso compulsivo de droga, senão vou morrer.” (Suj.44)

“Estava bastante dependente do álcool e cocaína, quase terminal; Tive paradas cardíacas, fiquei em coma. Médicos disseram que eu não ia andar, falar...” (Suj.48)

“Esposa foi perdendo confiança, filhos ficavam vendo; larguei esposa ...vim para ... ser uma nova pessoa para mim e para família.” (Suj.46)

“Cansado de viver sofrendo; não estou aguentando mais.” (Suj.35)

“Vida destruída, não tem sentido; estou cansado disto.” (Suj.36)

À semelhança dos dados do estudo de DiClemente,⁽¹¹⁴⁾ as diversas razões apontadas pelos participantes do presente trabalho deixam claro que usuários de álcool e/ou outras drogas são heterogêneos, não somente nos motivos de início do uso de substâncias psicoativas, na gravidade e nas consequências de seu abuso, mas também na sua preparação para a mudança e sua prontidão/motivação para o tratamento.

Battjes et al.⁽¹¹⁵⁾ referem que pesquisas têm evidenciado a motivação como um fator importante na busca, no envolvimento, na permanência e na obtenção de resultados positivos pós-tratamento de álcool e/ou outras drogas. Além disso, identificam dois aspectos distintos da motivação: a) para mudar de comportamento; e, b) disponibilidade para participar de tratamento como um

meio de alcançar a mudança. Resultados da pesquisa mencionada⁽¹¹⁵⁾ demonstram ainda que há associação positiva entre a motivação e: idade, tratamento prévio, tipo principal de droga de abuso, gravidade do uso, consequências negativas experimentadas (problemas com relacionamentos interpessoais, emprego, saúde, status legal e danos colaterais na família). Coocorrência de problemas psicológicos ou distúrbios mentais também têm sido associados à motivação, entretanto essa relação parece complexa: a gravidade dos transtornos mentais está associada à menor motivação para o tratamento, abandono precoce e resultados mais pobres, se comparada às perturbações mais leves.

Fatores extrínsecos e impostos, como pressões de outras pessoas, ameaças de perda de trabalho, divórcio ou processos judiciais, também estão relacionados a menor motivação para o tratamento. Estes podem induzir à mudanças ou participação, no entanto, a curto prazo, já que são destinados a evitar consequências ou punições.⁽¹¹⁴⁾ Corrobora com este entendimento Wild, Cunningham e Ryan⁽¹¹⁶⁾ que sugerem, a partir dos resultados de sua pesquisa, que pressão de rede social e/ou encaminhamentos de ordem legal para parar ou reduzir o uso de drogas podem contribuir para a entrada do usuário no tratamento, mas não afeta o engajamento do cliente neste.

Por outro lado, Goodman, Peterson-Badali e Henderson⁽¹¹⁷⁾ destacam o importante papel dos pares/colegas como motivadores para a busca de ajuda frente ao problema de álcool e/ou outras drogas em adolescentes, representando uma variável significativa para o tratamento, ao contrário da pressão familiar. Na tentativa de explicar o padrão diferencial de

relacionamentos entre a família e os colegas e a motivação para o tratamento, os autores⁽¹¹⁷⁾ propuseram que nem toda pressão é percebida como coercitiva: diferentes redes sociais podem ser experimentadas e interpretadas de diversas formas pelos jovens, uma vez que a influência exercida por estas varia em suas formas, desde simples sugestões até ultimatoss. Desta forma, a família é percebida como mais coercitiva, pois apresenta pressão tanto quantitativa como qualitativamente maior do que grupos de pares.

4.3 Dados sobre a História Pessoal e Familiar

No que se refere a história de vida pessoal e familiar dos participantes do presente estudo, houve predomínio dos que conviveram com os pais naturais durante sua infância e juventude, em especial os indivíduos mais velhos da pesquisa (faixa etária de 38-58 anos). Este resultado está em consonância com dados sociodemográficos nacionais demonstrados nas estatísticas do IBGE⁽⁹⁶⁾ sobre a predominância das famílias nucleares no território nacional (75,93% em 1991; 55,4% em 2000)⁽¹¹⁸⁾ e não se constituiu uma característica específica e representativa da amostra estudada.

Com relação às informações sobre o trabalho dos pais e/ou responsáveis, houve predomínio de ocupações que não requeriam qualificação e anos de estudos (Grupo 5) e estas foram associadas aos participantes mais jovens da pesquisa (18-37 anos). A categoria 'do lar' foi associada aos cuidadores do sexo feminino, principalmente pelos participantes mais velhos (38-58 anos) e, a categoria 'aposentados/ afastados', aos cuidadores 'avôs'. Trabalhadores agropecuários (Grupo 6) foram correlacionados com os salários

mais baixos; e, os da produção de bens e serviços industriais (Grupo 7), aos sujeitos identificados com 5 a 8 anos de estudos.

Os resultados não permitem visibilidade de que a distribuição de ocupações dos pais e/ou responsáveis do presente trabalho esteja correlacionada diretamente ao quadro específico de uso de substâncias psicoativas dos participantes, uma vez que se trata de uma distribuição de variáveis sociodemográficas natural e esperada para a população do estudo, neste período sociohistórico. No entanto, é possível que o nível de escolaridade atingida pelos participantes tenha sido influenciado pelo tipo de ocupações desenvolvidas e renda alcançada pelos pais, conforme melhor visualizado no subtópico 'História Escolar'.

A relação entre escolaridade e profissões dos pais e rendimento escolar de crianças foi pesquisada por Santos e Graminha⁽¹¹⁹⁾ que verificaram predomínio, no grupo com baixo rendimento escolar, de pais com 1º grau incompleto e profissões não qualificadas ou qualificação inferior; entre as mães, o predomínio foi daquelas que não trabalhavam fora. Estes resultados também foram observados no grupo com alto rendimento, todavia, também foram identificados pais com escolaridade secundária e superior e profissões de qualificação média e superior.

Na área 'Como eram seus pais e/ou responsáveis', foi observado, para o cuidador 'pai', equilíbrio entre respostas de comportamentos considerados de 'conotação negativa' (como agressivo, briguento, batia, bebia, rígido, ausente, sem diálogo) e os de 'conotação positiva' (carinhoso, atencioso, amoroso, legal, não agressivo, trabalhador). Participantes mais jovens do estudo

manifestaram percepção de pai 'não agressivo' e os mais velhos, a de pai 'rígido'. Estes dados sugerem mudanças na forma da educação familiar ocorrida entre as décadas/gerações.

Outras correlações estabelecidas foram a percepção de 'pai legal/ maravilhoso' apontada por participantes que referiram renda familiar de três ou mais salários mínimos, e por aqueles naturais de outras cidades e estados (exceto SJRP). Para o primeiro caso, é provável que esta percepção tenha sido influenciada pelas condições financeiras mais favoráveis, uma vez que os respectivos cuidadores puderam oferecer uma melhor qualidade de vida à seus familiares, suprindo-os em suas necessidades gerais. Para o segundo, não foram aventadas hipóteses, bem como encontradas literaturas a respeito. Entretanto, pesquisas para maiores esclarecimentos sobre correlações entre estas variáveis são indicadas, uma vez que o contato afetivo também pode ser uma condição presente entre estes integrantes.

Para a cuidadora 'mãe', as categorias com maiores porcentagens de respostas foram as de conotação positiva: 'Amorosa/ Carinhosa/ Atenciosa', 'Boa/ Boazinha/ Super Boa/ Legal/ Bacana/ Maravilhosa'. Participantes com renda familiar de até dois salários mínimos estiveram associados à categoria 'mãe amorosa/ carinhosa/ atenciosa'. Provavelmente, estas mães estiveram mais presentes na vida⁽⁷⁷⁾ dos entrevistados e eram trabalhadoras do lar.

Apesar do presente estudo não poder esclarecer com precisão, a partir dos dados mencionados, como a dinâmica familiar influenciou positiva ou negativamente sobre o fenômeno das drogas, estilo educativo autoritário, padrão de ligação parental marcado pelo envolvimento com um dos pais

(principalmente mãe) e o distanciamento do outro, agressão física, relacionamento ruim ou péssimo com o pai e/ou mãe e presença de usuários de álcool na família (principalmente pai), se mostraram relevantes. Tais fatores são apresentados pela literatura pertinente^(100,120-122) como de riscos para o uso e abuso de álcool e/ou outras drogas.

Falta de apoio, laços familiares conflitivos, acúmulo de tensões - eventos estressantes – principalmente por abuso de álcool e drogas ilícitas por algum membro da família,⁽⁷⁶⁾ falta de estabelecimento de limites e hierarquia familiar,^(11,76) pouca proximidade entre os membros,⁽⁷⁶⁾ estilos de vinculação parental com proteção elevada e pouco carinho,⁽⁷⁷⁾ negligência, desestrutura familiar, violência doméstica, abuso físico, psicológico e sexual,⁽⁷⁶⁾ são apontados como principais fatores de risco relacionados às características e dinâmicas familiares.

Contrariamente, os estudos demonstram como fatores de proteção para o risco de uso de substâncias: alta coesão familiar,⁽¹²³⁻¹²⁴⁾ liderança eficaz por parte dos pais, maior sentido emocional da unidade e explícita expressão de afeto entre os membros, maior comunicação com os pais, otimismo na forma de lidar com os problemas, procurando maneiras de resolvê-los,⁽¹¹⁾ estabilidade emocional e financeira, qualidade de vida,⁽¹²³⁾ sentimento de segurança, valores morais, vinculação parental com carinho elevado e proteção baixa, reconhecimento das capacidades e realizações dos filhos por parte dos pais,⁽⁷⁷⁾ dentre outros.

Programas com enfoque na educação e saúde devem levar em consideração estes aspectos para o trabalho junto às famílias. A identificação

da associação entre riscos e/ou proteção e o uso de drogas constitui-se em um importante elemento para o planejamento de ações com pais e filhos,⁽¹²⁵⁾ especialmente na prevenção do uso e abuso de substâncias. Neste sentido, os serviços primários de atenção à saúde são concebidos como relevantes, uma vez que é principalmente nestes que se tem a possibilidade da prevenção dos problemas por meio da promoção de relações familiares mais saudáveis.^(95,123,126)

No presente estudo, quando questionados aos participantes sobre infância e adolescência, as respostas dos sujeitos foram variadas, prejudicando estabelecimento de comparações estatísticas. Muitos dos entrevistados consideraram a infância como ‘boa/ maravilhosa/ ótima/ legal’, ‘normal’, com ‘brincadeiras/ diversão/ esporte/ acesso ao clube’ e com estudos (‘Estudava/ Boas notas/ Boa escola’). Vale ressaltar, que parte expressiva da amostra também apontou que sua infância foi marcada pelo trabalho (‘Trabalho desde cedo’; ‘Trabalho na roça’), por abusos (‘Apanhava/ Maus tratos/ Abuso sexual’), sofrimento (‘Ruim/ Sofrida/ Não foi boa’), sensação de não ter tido infância uma vez que não tinham tempo ou eram proibidos de brincar (‘Não tinha tempo para brincar/ Não teve infância/ Pai-Mãe proibia de brincar’) e por dificuldades (Dificuldade de vida - financeiro; Dificuldade nos relacionamentos/ Pais-filhos/ Pai-mãe/ Sem carinho/ Sem apoio).

Muitos destes aspectos, como já discutidos anteriormente, podem ser considerados como fatores de risco para o envolvimento com as drogas. Além disso, a percepção sobre a infância também teve como influência os recursos financeiros da família,^(11,123) demonstrados nas correlações: ‘Infância boa/

maravilhosa/ ótima/ legal associada aos participantes que referiram renda familiar de três ou mais salários mínimos; 'infância ruim/ sofrida' associada àqueles que referiram renda familiar de até dois salários mínimos.

Para uma parcela menor dos participantes, o cigarro e as drogas estiveram presentes desde a infância. Entretanto, quantidade expressiva dos entrevistados relata uso destas substâncias na adolescência, além de associar este período da vida com sofrimento ('Sofrida/ pior coisa/ Não foi tão boa', 'Desapontamento com menina', 'Sem prazer de viver', 'Desandou'), mudanças ('Saiu de casa', 'Foi para São Paulo para trabalhar', 'Foi morar sozinho/ Foi cuidar da sua vida', 'Veio para SJRP', 'Foi para cidade', 'Voltou para casa', 'Casou-se') e perdas ('Abandonou a escola', 'Perdeu pai', 'Foi preso', 'Separação dos pais'). Por outro lado, conotações positivas foram demonstradas nas categorias: 'Boa/ Ótimo/ Legal', 'Diversão/ Festas', 'Batalhou muito', 'Namoro' e 'Amigos'.

Estudos especializados indicam que a adolescência por si só é uma fase de adaptações. Diversos teóricos^(127,128) pesquisam, de longa data, a complexa transição entre a infância e a adolescência, momento este considerado de significativas mudanças, especialmente no estilo de funcionamento de vida. Exige dos adolescentes recursos para lidar com uma complexidade de emoções, além da necessidade de novas habilidades, principalmente as interpessoais,⁽⁹⁵⁾ que podem ser interpretadas como crises, sofrimentos e perdas.

Somado a isso, a maior parcela dos adolescentes se acha independente e tem estilo de vida intenso. Por sua vez, nesta fase os pais e/ou responsáveis

podem perder o domínio de seus filhos, que têm seu espaço geográfico ampliado, colocando estes familiares em situação limitada de controle perante o meio. Sem maturidade, destreza, crítica e perspicácia para discriminar os estímulos aversivos do ambiente, e com necessidade de afirmação social, pertencimento aos grupos, e de contestação dos princípios da família, os jovens tornam-se vulneráveis. Se pareados com um grupo familiar com pouca estrutura socioeconômica, de valores, princípios e autoridade moral, esta vulnerabilidade intensifica-se, uma vez que os adolescentes ficam expostos aos ambientes externos sem proteção, aumentando a probabilidade de uso de álcool e/ou outras drogas.⁽¹²¹⁾

Portanto, crianças e jovens devem ser focos de atenção para profissionais de todas as áreas e níveis, desde a formulação de políticas públicas apropriadas para a promoção da saúde até a reabilitação, passando por prevenções e tratamentos. Tanto o poder público, a sociedade, quanto os conhecimentos provenientes da ciência têm condições de contribuir para a modificação de repertórios e cadeias discriminativas para o acesso e uso de substâncias. Dados de pesquisas⁽¹²³⁾ contribuem para a compreensão de que é possível planejar e implementar múltiplas estratégias voltadas para a redução da vulnerabilidade e riscos específicos da infância e adolescência e fortalecimento dos fatores de proteção.

Souza⁽¹²⁹⁾ demonstrou a possibilidade de resultados positivos em relação a diminuição da evasão escolar, dos projetos sociais da rede, do consumo de drogas, da violência, do tempo de exposição aos fatores de riscos, e o fortalecimento da função familiar, ao realizar práticas de atenção e

cuidados à adolescentes usuários de álcool e/ou outras drogas baseadas em uma rede de sustentabilidade social, que utiliza amplas ferramentas para suas intervenções, como reuniões com representantes de instituições locais, técnicos da rede de serviços, pais/familiares, bem como atividades esportivas e de lazer e acompanhamento terapêutico envolvendo o trabalho de rua e visitas domiciliares.

No que se refere à abusos sofridos durante a infância ou adolescência, na presente pesquisa houve um certo equilíbrio entre a quantidade de respostas de 'abuso' e de 'não abuso'. Apesar disso, a primeira condição foi mencionada de forma significativa, principalmente abusos/agressões físicas e requer atenção especial sobre o tema.

O alto índice de violência doméstica em território nacional, principalmente por agressores sob efeito de álcool e/ou outras drogas, é comprovado pelo estudo de Fonseca et al.⁽¹³⁰⁾ Os resultados deste levantamento, ao pesquisar 7.939 domicílios em 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, demonstraram que 33,5% dos domicílios avaliados apresentaram relato de violência doméstica, sendo 17,1%, com agressores alcoolizados. Os principais tipos de violência encontrados foram: discussões (81,8%), escândalos (70,9%), ameaças de agressão física (39,5%) e de quebra de objetos (38,7%), agressões físicas (27,8%), com armas (5,5%) e abuso sexual (3,2%).

Literatura da área^(78,100,131-134) aponta correlações entre abuso na infância, história familiar positiva para dependência de álcool e outras drogas e dependentes destas substâncias, conforme exemplificada por estudo de

Caballero et al.,⁽¹³⁵⁾ que ao analisar a relação entre violência física e psicológica exercida por pai e/ou mãe e violência sexual inter ou intra familiar e o risco de consumo de tabaco, álcool e drogas por jovens e adolescentes, constatou que a violência psicológica, exercida por qualquer um dos pais, aumentou duas vezes o risco para o uso do tabaco e a violência sexual, várias vezes o risco para o consumo de drogas, em especial para o sexo masculino.

No presente trabalho, houve correlação estatística entre 'abuso' sofrido na infância e adolescência e participantes com dificuldade financeira nesta etapa de vida, características caucasóides, 5 a 8 anos de estudos, com origem em outros locais exceto SJRP e com companheira no momento atual da entrevista. Com relação ao 'não abuso/agressões', esta categoria esteve correlacionada aos participantes com estado civil sem companheiro(a).

A princípio, parcela destas correlações contraria as expectativas iniciais dos pesquisadores, uma vez que estes, fundamentados em dados da literatura⁽¹³⁶⁻¹³⁷⁾ e da experiência profissional, esperavam como tendências que os abusos na infância e adolescência estivessem relacionados aos participantes sem companheira na atualidade, com menor quantidade de anos de estudos e negróides, além das mencionadas dificuldades financeiras e origem em outras localidades, por serem provenientes de migrações e possivelmente de famílias menos estruturadas.

À semelhança de dados da literatura,⁽¹³⁸⁻¹⁴⁰⁾ houve predomínio, no presente estudo, de familiares com problemas de álcool e outras drogas, tendo como principais protagonistas, em ordem decrescente, irmãos, pai, primos e tios.

Para ‘familiares com problemas com a lei’, houve predomínio da negativa da variável e esta esteve associada aos participantes mais velhos da pesquisa, possivelmente influenciada por condições socioeconômicas e culturais. Quando relatados problemas, estes ocorreram principalmente com os irmãos dos entrevistados. Todavia, é necessário mais investigações para o esclarecimento desta correlação.

Na área ‘qualidade dos relacionamentos atuais dos participantes com sua família’, não houve predomínio para uma tendência de resposta, evidenciando a presença tanto de enunciados positivos como negativos: relatos de uma convivência boa, tranquila e relatos de uma convivência ruim, distante. Adiante são transcritos exemplos das categorias com maior frequência de ocorrência:

“Unidos, não tem confusão.” (Suj. 19)

“Normal – estou fazendo o tratamento por causa dos filhos.” (Suj. 30)

“Acho que é família perfeita, embora todas as famílias têm problemas mas somos uma família perfeita, graças a Deus.” (Suj. 15)

“Briguei com todos. Mesmo sem ter onde morar em SJRP, mãe não deixou eu morar na casa dela, e irmã que me acolheu. Depois de 15 dias na casa dela, ela não me aguentou mais e eu saí de lá.” (Suj. 2)

“Não é boa. Eles não me aceitam. Querem que eu saia de casa.” (Suj. 13)

“Todo mundo fica desconfiado de mim (desconfiado que eu vá beber, etc).” (Suj. 30)

“Onze anos que apronto. Convivência não é boa.” (Suj. 31)

“Relacionamento difícil, sempre foi, mas agora tá mais. Não tem diálogo (são fechados e eu estou com depressão), não troco idéias.” (Suj. 38)

“Tá ruim pelo dinheiro, droga, parte sexual. Estou sem desejo, quando procuro minha esposa, ela não quer por causa do meu cheiro. Perdi a higiene.” (Suj. 44)

“Quando bebia não tinha relacionamento (só dormia). Hoje, sem bebida é normal, tranquilo. Converso diferente. Divido problemas.” (Suj. 40)

“Eu entendi que o que tenho é uma doença e estou fazendo eles ficarem doentes também, portanto tenho que me tratar.” (Suj. 8)

“Agora tudo bem. Não tinha paciência, só queria droga, não tinha responsabilidade de pagar conta, ser homem da casa.” (Suj. 21)

“Por causa da droga está piorando. Dou trabalho de noite - ansiedade de ir atrás.” (Suj. 16)

“Mãe briga quando vou atrás de drogas, chora, não dorme a noite por causa de mim.” (Suj. 16)

“Não vejo ninguém.” (Suj. 25)

“Não tenho mais convivência... foi com 15 anos que vi meu pai pela última vez.” (Suj. 36)

Houve evidência de associação estatística entre a categoria ‘relacionamento ruim por causa das drogas’ e os participantes mais jovens. Pode-se levantar como hipóteses: a) as famílias destes sujeitos ainda não aprenderam a lidar com a situação de uso de álcool e/ou outras drogas, estando em um processo adaptativo junto a este integrante; b) provavelmente os participantes mais velhos da pesquisa estejam utilizando substâncias mais relacionadas ao álcool, como sugerem Bastos, Bertoni e Hacker⁽⁶⁾ e, os mais jovens, além do álcool outras drogas associadas, que acarretam mudanças significativas no comportamento, como sequestro de bens para manutenção do consumo; e ainda, c) pode-se entender que esta seja uma fase de maior resistência física e de contrariedade aos princípios familiares, fatores estes geradores de relacionamentos comprometidos. Mediante o desequilíbrio e sem

respostas adequadas para conduzir as situações-problemas, os familiares podem ter como sensação a perda dos filhos para o mundo das drogas e, conseqüentemente, atitudes desesperadas em busca do resgate deste membro da família: situação esta que desencadeia conflitos.

Na área 'com quem você mora hoje', dados da presente pesquisa demonstram que as principais pessoas de referência na vida atual dos entrevistados são 'irmãos/ irmã/ irmão', 'mãe', 'esposa/ relacionamento atual' e 'filhos'. Entretanto, considerando que cada família se mostrou com diferentes configurações, o mesmo sujeito pode ter indicado mais de uma categoria de parentesco.

A família ampliada (avôs, tios, sobrinhos, sogros, cunhados) apresentou correlação estatística com os participantes naturais de outras localidades (exceto SJRP), fato este explicado, provavelmente, pela vinda de migrantes para o município foco do estudo, instalando-se na casa de parentes, conforme discutido em tópicos anteriores.

Participantes sem companheiro(a) no momento atual da entrevista foram associados à família de origem, com frequência diária de contato com a mesma. Aqueles com companheiro(a) foram associados à família atual, enquanto que para o contato com a família de origem estabeleceram correlações com as frequências quinzenal, mensal, sem convivência e convivência rara. Estas correlações indicam uma lógica para os relacionamentos dos sujeitos entrevistados: é de se esperar que participantes sem companheiro(a) possivelmente nunca saíram de suas residências de origem, ou retornaram às mesmas após desvencilhamentos com

relacionamentos conjugais e mantém contato diário com estes familiares, enquanto que, os participantes com companheiro(a) estabelecem relação com a família atual, com redução de frequência de contatos com a família de origem.

Independentemente de estarem com ou sem companheiro(a) no momento atual da entrevista, as categorias 'Contato diário/ Todos os dias/ Quase todos os dias' e 'Relacionamento Bom/ Funciona/ Vive bem/ Ótimo/ Tranquilo/ Unido/ Legal/ Normal' com os familiares de origem estiveram associadas aos participantes evangélicos. É provável que a distribuição dos sujeitos da amostra em favor dos evangélicos possa ter influenciado tal correlação; por outro lado, também é possível que a participação ativa nesta religião possa ter aumentado o repertório de comportamentos de vinculação familiar. Entretanto, mais pesquisas na área considerando tais variáveis devem ser desenvolvidas para elucidação destas correlações.

4.4 Dados sobre a História Escolar

Pode-se observar nesta pesquisa que, apesar de quase metade dos entrevistados terem voltado a estudar depois de adultos, principalmente no sistema supletivo (n-16), poucos destes completaram os cursos que retornaram a fazer, não avançando no seu nível de escolaridade. É possível confirmar este dado com a comparação dos anos de estudos na infância e adolescência com os da vida adulta: houve concentração de 5 a 8 anos em ambas as fases de vida.

Desta forma, para parcela expressiva da população investigada, os anos escolares conquistados concentraram-se na infância e adolescência, não sendo modificados em fases posteriores da vida, possivelmente em razão da cultura educacional vigente no país, que valoriza e incentiva a escolarização especialmente nos anos iniciais da vida;⁽¹⁴¹⁾ ao próprio uso de substâncias;⁽¹⁴²⁾ e/ou a atividades relacionadas ao trabalho.⁽¹⁴³⁾

Vários participantes pararam de estudar por incompatibilidade de horários entre trabalho e escola ou pelo cansaço em realizar as duas atividades simultaneamente, interferindo no desempenho escolar, conforme ilustrados nas frases: *“Parei porque tinha dois empregos.”* (Suj. 4), *“Trabalhava durante o dia e estudava a noite, não jantava, estava puxado, ai eu larguei.”* (Suj. 9), *“Trabalho longe, tinha que levantar quatro da manhã, ficava cansado, comecei a tirar notas baixas.”* (Suj. 11), *“Trabalho e estudo não dá.”* (Suj. 30)

Sanchez e Nappo,⁽¹⁴⁴⁾ em estudo com foco em usuários de crack com mais de dezoito anos na cidade de São Paulo, constataram que entre os fatores que contribuíram para o abandono escolar, a necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família, a possibilidade de ter dinheiro, bem como o envolvimento com a droga e seu uso abusivo, associados à imaturidade da idade, se destacaram. Sanchez, Oliveira e Nappo,⁽¹⁴⁵⁾ em estudo comparativo entre usuários de crack e não usuários, com idades de 16 a 24 anos, em iguais condições sociodemográficas, também na cidade de São Paulo, verificaram que a taxa de desistência escolar entre não usuários foi de 35,5%, e entre usuários de 70,0%, sendo que entre estes a maioria sequer completou o segundo grau. Alvarez⁽¹⁴⁶⁾ também constatou baixo nível escolar entre usuários

de álcool em tratamento na cidade de São João Del Rei (MG). Do total de 105 entrevistados, 68 (65%) eram analfabetos ou não haviam concluído o primeiro grau, com predomínio das primeiras séries.

Corroborando com estas publicações, Barry, Chaney e Chaney⁽¹⁴⁷⁾ evidenciaram que há aumento de evasão escolar e diminuição das aspirações em relação à escolaridade em alunos engajados no uso de álcool. Todavia, pesquisas^(122,148) demonstram que o inverso também se faz verdadeiro: o baixo nível de escolaridade atua como um fator de risco para o uso e abuso de substâncias psicoativas.

No presente trabalho, nível educacional mais alto esteve associado a um contínuo nos estudos entre infância/ adolescência/ vida adulta e à maior renda familiar, como demonstrado nas correlações: participantes com nove ou mais anos de estudos na vida adulta foram associados à categoria 'mais que oito anos de estudos' na infância e adolescência; os que referiram três ou mais salários mínimos foram associados à categoria '5 a 8 anos de estudos'. Em contrapartida, salários mais baixos foram associados com menos anos de estudos (até dois salários mínimos à '1 a 2 anos de estudos' na infância e adolescência), indicando uma relação estreita entre escolaridade e renda familiar, como confirmada em diversas pesquisas.^(141-142,149-150)

Leon e Menezes-Filho⁽¹⁴²⁾ sugerem que a renda é um importante obstáculo para o avanço educacional, principalmente no Ensino Superior. Vasconcelhos⁽¹⁴⁹⁾ elucida que o efeito da renda familiar sobre a frequência escolar se dá de forma heterogênea entre os diversos grupos de rendas definidos por quartis e é expressivamente maior para o mais pobres. Integra

estes dados, estudo de Oliveira,⁽¹⁴³⁾ que indica associação positiva entre trabalho infantil, baixa renda familiar e nível educacional dos pais.

Quanto às atitudes dos participantes do presente estudo com relação à escola, foi possível observar que, apesar da maior parte deles ter mencionado gostar de estudar e outras respostas que exemplificaram condutas e comportamentos considerados favoráveis para o ambiente escolar, vários enunciados, ao contrário, demonstraram comportamentos inadequados em sala de aula (ou impróprios à aprendizagem), conforme descritos.

Categorias e frases ilustrativas de comportamentos favoráveis:

‘Não bagunceiro/ Não tão bagunceiro/ Não indisciplinado/ Não arrumava confusão/ Não briguento...’, ‘Bom comportamento/ Ótimo/ Boas notas/ Responsável/ Respeitador’, ‘Quieto’, ‘Tranquilo/ Sossegado’, ‘Normal’, ‘Primeiro da classe/ Inteligente’: *“Nota 10 em todas as matérias.”* (Suj. 13), *“Sempre tive bom comportamento.”* (Suj. 48), *“Nem muito bagunceiro, nem muito comportadinho também.”* (Suj. 6), *“Na hora que a professora estava na lousa explicando era quietinho. Zoava no recreio.”* (Suj. 31), *“Procurava ser quieto.”* (Suj. 47), *“Sossegado.”* (Suj. 10), *“Tranquilo.”* (Suj. 36), *“Só no recreio que arrumei uma namorada, só que era tudo comportado.”* (Suj. 34), *“Normal.”* (Suj. 15), *“Primeiro da classe.”* (Suj. 26)

Categorias e frases ilustrativas de comportamentos desfavoráveis:

‘Bagunceiro’, ‘Brigava’, ‘Arrumava problemas e confusão’, ‘Fazia arte/ Brincava em sala de aula/ Não ia à escola para estudar’, ‘Bater/ Batia/ Batia por qualquer coisa’, ‘Falava muito/ Conversava’, ‘Matava aula/ Excesso de falta’, ‘Expulsão/ Suspensão’, ‘Distraia-se/ Não prestava atenção’: *“Bagunceiro, mãe*

trabalhava na escola, eu dei muita dor de cabeça para ela.” (Suj. 29), *“Brigava. Uma vez joguei cadeira no vidro da classe com a professora na sala. Joguei para pegar em um cara.”* (Suj. 1), *“Se mexessem comigo eu arrumava problemas e confusão.”* (Suj. 47), *“Fazia arte: bomba no transformador – ficaram três dias sem aula - polícia foi lá - achavam que era terrorista.”* (Suj. 32), *“Batia por qualquer coisa.”* (Suj. 31), *“Matava aula.”* (Suj. 33), *“Terrível. Levei tanta suspensão.”* (suj. 32), *“Não prestava atenção.”* (suj. 50).

Apesar do equilíbrio entre comportamentos favoráveis e desfavoráveis com relação à participação na escola, alguns fatores de proteção para o uso de substâncias psicoativas, apontados pela literatura⁽¹⁵¹⁾ para este contexto, estiveram pouco presentes nos relatos dos participantes, como sucesso no desempenho escolar, engajamento no comportamento de estudar, vínculo forte com a escola, considerada uma instituição pró-social. Por outro lado, fatores de risco para uso pesado de álcool e/ou outras drogas foram evidenciados, tais como, comportamentos antissociais e agressivos, suspensões e expulsões.

Os dados do presente estudo demonstram correlações estatísticas entre comportamentos: ‘bagunceiro’ e ‘arrumava problema e confusão’ com os participantes mais jovens da pesquisa; ‘briga na escola’ com os participantes de origem negra; e, ‘conversava muito’ com os caucasóides. Provavelmente condições socioeconômicas e culturais estejam influenciando estas associações,^(120,122) no entanto é necessário mais investigações para a confirmação das mesmas.

Segundo Bahl e Ingbermann⁽¹⁵¹⁾ (p.399) “as dificuldades escolares apresentadas pelos adolescentes são significativas no que diz respeito à

importante função do desempenho escolar. Ser bem-sucedido na escola envolve fatores cruciais na adolescência, como autoestima, senso de autoeficácia, aceitação pelos pares bem-sucedidos e pelos professores, além do próprio desenvolvimento intelectual e cognitivo”.

Desta forma, pode-se concluir que o abuso de substâncias tem relação com fatores escolares, como os apresentados acima, e políticas públicas e trabalhos de prevenção devem focar crianças e adolescentes, contribuindo para o avanço educacional, desenvolvendo de habilidades acadêmicas e diminuição da probabilidade de uso de substâncias ou agravamento do quadro.^(124,148,151,152)

4.5 Dados sobre História Profissional

Com relação aos tipos de trabalho e ocupações exercidos pelos entrevistados, no presente estudo, houve predomínio de respostas relacionadas à produção de bens e serviços industriais, seguida por vendas no comércio, trabalho agropecuário, de manutenção e reparação, dentre outras com menor frequência de respostas.

A área de vendas foi associada aos participantes mais jovens da pesquisa (18-37 anos), serviços industriais aos participantes com até quatro anos de estudos e agropecuários aos de origem na região administrativa de SJRP, indicando especificidades na absorção dos entrevistados pelo mercado de trabalho.

Estes dados podem ser interpretados especialmente por meio do nível educacional alcançado pelos participantes e da condição de trabalho infantil

relatada por muito deles. Segundo Oliveira,⁽¹⁴³⁾ famílias de baixa renda investem pouco no capital humano dada a necessidade de que as crianças trabalhem. Conseqüentemente, seus membros entram no mercado de trabalho mais cedo e com menos qualificação, estabelecendo um ciclo intergeracional de manutenção socioeconômica. Além das condições da família de origem, o fato do início do uso de drogas ter se dado na adolescência para a maioria dos entrevistados, possivelmente dificultou a permanência na escola e o progresso no nível educacional, resultados já expostos e discutidos em outras subseções do presente estudo.

Com os questionamentos acerca do número total de empregos e duração destes, fatores associados ao término, abandonos e demissões, desempregos no momento atual de vida e aspirações profissionais, buscou-se verificar a interferência do consumo de álcool e/ou outras drogas na história profissional dos entrevistados.

A quantidade de empregos durante a vida variou significativamente entre os entrevistados, desde um a mais de seis. A categoria '1-6' empregos foi associada aos participantes sem companheira, pela análise estatística. Na literatura não foram verificadas informações que justificassem tal associação; possivelmente esta ocorreu de forma casual, devido às frequências de respostas de cada variável.

Os tempos 'de 6 meses a 3 anos' e '4 anos ou mais' foram os apontados para os empregos mais duradouros, sendo diversos os fatores relacionados ao término destes, tais como: 'pediu para sair/ quis sair/ pediu as contas', 'dispensado/ empresa faliu/ empresa fechou/ caiu produção/ estava

fraco o serviço – dispensaram’ e ‘drogas/ bebida’. Para os empregos mais breves, ‘2 a 12 meses’ foi a faixa de tempo indicada por mais da metade da amostra e ‘pediu para sair/ quis sair/ pediu as contas/ não quis trabalhar mais lá/ pediu demissão’ e ‘drogas/ bebida’, as principais razões apontadas para o término.

A categoria ‘dispensado/ empresa faliu/ empresa fechou/ caiu produção/ estava fraco o serviço – dispensaram’, relacionada aos empregos mais duradouros, foi associada aos participantes com 5 a 8 anos de estudos. Possivelmente, esta correlação se deu pelo fato dos serviços alcançados por pessoas com ensino fundamental (incompleto ou completo) envolverem os oferecidos em indústrias e comércio.

A categoria ‘pediu para sair/ quis sair/ pediu as contas/ não quis trabalhar mais lá/ pediu demissão’ e ‘trocou de emprego/ saiu de um e foi para outro’, relacionadas aos empregos mais breves, foram associadas aos participantes mais velhos da pesquisa (38-58 anos) e, a categoria ‘drogas/ bebidas’, aos que referiram três ou mais salários mínimos.

Aproximadamente 60% dos participantes relataram abandono dos empregos e 50%, demissões (especialmente os sujeitos com companheira). Mais da metade dos entrevistados referiram estar desempregados no momento atual da entrevista e quase 65% demonstraram aspirações profissionais.

Com os resultados apresentados, pode-se verificar que a dinâmica de trabalho constituiu-se de maneira irregular, representada por relatos de nenhum a inúmeros empregos, com durações variadas, após abandonos ou

demissões e por significativa porcentagem de desempregos no momento atual da entrevista, apesar de desejos de exercer trabalhos em futuro próximo.

As razões apontadas para os terminos, abandonos e demissões dos empregos também foram inúmeras e variadas, não tendo predominância de nenhum motivo em específico. No entanto, o consumo de álcool e/ou outras drogas esteve entre os fatores mais citados.

Como demonstrados por Fontanella et al.⁽¹⁵³⁾ e Portugal et al.⁽¹⁵⁴⁾, é comum, entre indivíduos usuários de álcool e/ou outras drogas, abandono de interesses e prazeres alternativos, alterações no ritmo de vida cotidiana, mudanças nas prioridades e, particularmente, dificuldades com o trabalho.

Estudo⁽¹⁵⁵⁾ sobre o perfil dos dependentes químicos atendidos em unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico demonstra que 50% estavam desempregados e 77% perderam o emprego pelo menos uma vez pelo abuso de drogas, sendo inegável que o abuso de substâncias psicoativas afetam pessoas em idade produtiva, adultos jovens e prejudicam o desempenho no trabalho.⁽¹⁵⁶⁾

Segundo registros do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS),⁽¹⁵⁷⁾ o número de afastamentos por uso de substâncias psicoativas é significativo. Dentre os diagnósticos de transtornos mentais e de comportamentos devidos ao uso de drogas, a substância que mais esteve associada aos afastamentos foi o álcool, seguida da cocaína. Ao se analisar a prevalência por idade e gênero, observou-se que a maior porcentagem ocorreu na faixa de 25 a 49 anos (a cocaína esteve associada às faixas etárias mais jovens e o álcool, as mais avançadas) e mais de 90%, no sexo masculino. No período de 2001 a

2007 foram concedidas 5.024 aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas, especialmente entre 40 e 59 anos.

No entanto, há escassez de pesquisas específicas sobre como o abuso/dependência de drogas interfere no cotidiano da vida profissional dos usuários, sendo um campo que necessita maiores elucidações.

4.6 Dados sobre História Social

Quando perguntados sobre lazer atual, vários participantes do presente estudo mencionaram atividades passadas para referir o quanto estas se modificaram ao longo do tempo, como pode ser observado nas frases: *“Antes: lutas marciais, academia; hoje: leitura, TV.”* (Suj.1), *“Antes: futebol, cinema; hoje: não faço mais nada, só TV e de vez em quando vou numa sorveteria.”* (Suj.7), *“Antes: beber, praia, dava uma volta, ia numa padaria, num bar; hoje: nada.”* (Suj.9), *“Antes: andava de moto, perdi moto; agora eu só fico em casa o dia inteiro escutando música.”* (Suj.16), *“Antes: pescar; atualmente: nada.”* (Suj.18), *“Antes: surfava; atualmente: nada.”* (Suj.29); *“Antigamente: balada; atualmente: videogame/lan house/pc.”* (Suj. 31), dentre outras.

Os dados demonstram significativa mudança e redução no repertório de comportamentos de lazer, confirmadas por algumas categorias e suas respectivas respostas, conforme exemplos:

- ‘Não sai/ Não sai de casa/ Não sai à noite’: *“Não saio de casa”* (Suj. 40), *“Não saio a noite (não tenho dinheiro)”* (Suj. 20), *“Quase não saio – não vou para balada”* (Suj. 48);

- 'Casa/ Ficar em casa/ Arrumar a casa': "*Só fico em casa*" (Suj. 16), "*Casa (quando não estou bebendo)*" (Suj. 17), "*Gosto de arrumar a casa*" (Suj. 21), "*Fico mais em casa*" (Suj. 43).

Apesar desta falta ou redução de opções, indicadas nos parágrafos anteriores, diversas atividades de lazer na atualidade foram apresentadas pelos indivíduos da pesquisa como relevantes na área social, tendo como principais categorias 'Esporte/ Dança', 'TV/ DVD/ Videogame/ Filme', 'Baile/ Balada/ Rolê/ Sair à noite'. Adiante, são transcritos exemplos destas categorias:

- 'Esporte/ Dança': "*Futebol*" (Suj. 15, 36, 41), "*Anda de skate*" (Suj. 22), "*Anda de bicicleta*" (Suj. 23), "*Ioga*" (Suj. 23), "*Lutas marciais*" (Suj. 24), "*Jogar bola*" (Suj. 32, 45, 49, 50), "*Academia*" (Suj. 41), "*Dança de rua*" (Suj. 50);

- 'TV/ DVD/ Videogame/ Filme': "*TV*" (Suj. 1, 7, 11, 14, 40), "*Alugar filme para assistir*" (Suj. 6), "*DVD*" (Suj. 11), "*Videogame*" (Suj. 11, 31), "*Assisto jornal de manhã*" (Suj. 20), "*Entretenimento*" (Suj. 20), "*Filme*" (Suj. 23);

- 'Baile/ Balada/ Rolê/ Sair à noite': "*Quando viajo a trabalho, aproveito e saio a noite – bailes, amigo, mulheres diferentes*" (Suj. 3), "*Forró*" (Suj. 19), "*Baile (quando estou bebendo)*" (Suj. 17), "*Baile*" (Suj. 39), "*Dou rolê na cidade*" (Suj. 45), "*Balada*" (Suj. 49).

Brown et al.,⁽¹⁵⁸⁾ ao buscarem construir um instrumento de avaliação sobre o apoio da comunidade para o engajamento no tratamento e mudança de comportamento da população usuária de drogas, demonstraram que a maioria dos sujeitos entrevistados envolviam-se em atividades passivas de lazer como assistir televisão (90%), ouvir música (88%) e ler (74%), dados semelhantes os

da presente pesquisa. No entanto, diferentemente dos resultados encontrados no atual estudo, 80% dos relatos da investigação de Brown et al.⁽¹⁵⁸⁾ envolveram atividades com família, como visitas a membros que moram fora de casa, atividades com filhos e parceiros(as).

Para alguns indivíduos, na presente pesquisa, parcela das fontes de prazer e de lazer constitui o próprio uso de substâncias ou atividades que estão diretamente relacionadas, como: ir ao bar, jogar bilhar e sair na balada, nos bailes, a noite. Em estudo nacional sobre consumo de álcool e drogas na população geral,⁽⁶⁾ foi verificado que indivíduos cuja principal atividade de lazer era a frequência a festas, bares, boates e afins tiveram 73,3% mais chances de consumir drogas do que os que frequentavam atividades culturais, esportivas e religiosas.

Ao buscar referências na literatura específica sobre tipos de lazer de adultos usuários de substâncias psicoativas ou de adultos que fazem tratamento para álcool e/ou outras drogas, foi constatada escassez sobre o assunto. Os estudos⁽¹⁵⁹⁾ focam esta temática na fase da adolescência, uma vez que os tipos de divertimentos são significativamente relevantes para o início do uso destas substâncias. No entanto, se faz necessário entender a interferência das atividades de lazer para o consumo de álcool e/ou outras drogas também na fase de vida adulta.

Se houver realmente a intenção dos participantes do presente trabalho, de parar ou diminuir o uso de substâncias, uma vez que estão em um tratamento específico para álcool e/ou outras drogas, a não modificação das atividades mencionadas nos parágrafos anteriores poderá dificultar

sobremaneira o êxito desta finalidade, principalmente pela influência das pessoas envolvidas nestes tipos de lazer, como verificou Schaub et al.⁽¹⁶⁰⁾ em seu estudo, mais do que a própria atividade em si.

Por outro lado, as atividades de lazer mencionadas pelos indivíduos da pesquisa como relevantes na área social, naturais de seus ambientes e contextos, positivas e incompatíveis ao comportamento de busca de substâncias, poderiam ser elementos coadjuvantes nos programas terapêuticos combinados. A lógica jaz em resgatar no repertório do próprio sujeito e nos recursos provenientes da própria comunidade o antídoto frente ao problema.

Na presente pesquisa, parte significativa da população relatou ter amigos na atualidade, porém a percepção sobre estes variou em quantidade (p.ex.: poucos/ alguns/ bastante/ muitos); em intimidade (p.ex.: colegas/conhecidos); em finalidade (p.ex.: para uso de álcool e/ou outras drogas), e em localidade (p.ex.: na igreja, em outra cidade, nos narcóticos anônimos).

São descritos, a seguir, alguns relatos sobre a questão de amizades: “*Já tive muito, mas hoje não. Hoje sou da testemunha de Jeová e meus amigos são de lá.*” (Suj.7), “*Colegas. Amigos é difícil. Quando frequentava bar, sempre tinha, mas...*” (Suj.9), “*Já tive muitos. Tenho conhecidos. Hoje fico dentro de casa.*” (Suj. 28), “*Tenho em SP. Aqui não.*” (Suj. 29), “*Poucos. Aqui em SJRP sem dinheiro não tem amigos. Em SP, como morei muito tempo lá, mesmo quando não tinha dinheiro, tinha amigos.*” (Suj. 40), “*Amizades tortas. Só para usar drogas. Difícil encontrar pessoas certas. Não tenho amizades verdadeiras.*” (Suj. 48).

Dentre os participantes do presente estudo que relataram ter amigos, mais de 60% responderam de forma afirmativa a questão 'Fica com amigos nas horas livres': – “*Sim. Eles ficam comigo. Eles vão na minha casa.*” (Suj. 4), “*Sim. Tenho contato.*” (Suj. 23). Alguns referiram ter contato em lugares específicos ou de vez em quando, como ilustrados nos relatos: “*Quando vou pescar.*” (Suj. 5), “*Só no culto.*” (Suj. 33), “*De vez em quando.*” (Suj. 45). Entretanto, a maior parte dos entrevistados relatou que os amigos usam álcool e/ou outras drogas: “*Sim. Só me procuram para fazer uso de drogas*” (Suj. 13); “*A maioria sim*” (Suj. 28).

Nestes relatos, é possível identificar que para parcela dos entrevistados, as relações na atualidade se restringem à colegas de condição, de localidade e de coincidência de atividades. Não se estabelecem como amizades e provavelmente se distinguem daquelas formadas na infância. Pode-se entender que os sujeitos da pesquisa manifestam mudanças nas características dos relacionamentos e têm percepções de piora destes, identificando-os como condicionados e não autênticos, especialmente por não conter apreço mútuo e auto revelação, como expõe Souza e Huzt⁽¹⁶¹⁾ em revisão de literatura sobre amizades na adultez.

Os autores⁽¹⁶¹⁾ verificaram teorias que conceituam a formação, desenvolvimento e manutenção das amizades por meio da interação entre quatro conjuntos de fatores: ambientais, situacionais, individuais e diádicos.

“Os fatores ambientais incluem proximidade residencial, local onde se passa o dia, densidade populacional e comunicação na rede social. Os fatores situacionais abrangem probabilidade de interação, frequência de contato, dependência e disponibilidade. Com relação aos fatores individuais, primeiramente as pessoas selecionam de quem não é possível ser amigo (critérios de exclusão); posteriormente avaliam

amigos em potencial (critérios de inclusão). Entre os critérios de exclusão identificados há o de desagrado e o baseado em diferenças (etárias, de raça, escolaridade, aparência física e de vestuário). Nos critérios de inclusão há aparência física, habilidade social, responsividade, timidez e similaridade. Por fim, há dois fatores diádicos no surgimento da amizade: o apreço mútuo no julgamento inicial de um indivíduo sobre o outro, e a auto-revelação (abertura para revelar assuntos particulares)” (p. 259).⁽¹⁶¹⁾

Pode-se levantar também a hipótese de que vários dos participantes avaliados, no momento de vida atual, discerniram a diferença do conceito de amigo e de colegas de uso, como evidenciam alguns relatos: “*Não. Já corri de todos (um cheirava farinha, outro crack). Aí não quero amizade com ninguém.*” (Suj. 16), “*Não. Tinha quando usava droga. Eu dava para todos a droga.*” (Suj. 24), “*Jesus. Só. Não existe amigo não. Ainda mais se você é viciado.*” (Suj. 35).

Vasta literatura^(6,162-163) demonstra que as amizades na adolescência estão diretamente relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas. Nesta fase de vida, a maioria dos jovens que utiliza substâncias psicoativas tem como convergentes amigos e usuários.

Shinew e Parry⁽¹⁶⁴⁾ demonstraram que a maioria dos estudantes usuários pesquisados por eles foi introduzida por seus amigos no contato com drogas ilícitas e ficavam com os mesmos no momento de consumo. Corroborando com estes dados, pesquisa de Costa et al.⁽¹⁶⁵⁾ ao verificar que a maior parte dos adolescentes consumiam bebidas, cigarro e outras substâncias psicoativas na companhia de amigos, e trabalho de Caldwell e Darling⁽¹⁶⁶⁾ que evidenciou que adolescentes com baixos níveis de monitoração parental gastavam mais tempo em festas com amigos usuários de álcool e/ou outras drogas.

Os participantes da presente pesquisa que referiram ter amigos estiveram associados estatisticamente aos de menor escolarização (até quatro anos de estudos) e menor renda mensal familiar (até dois salários mínimos). É possível levantar a hipótese de que as pessoas, provenientes desta camada de estratificação, possuem maior espectro de acolhimento, por demonstrarem maior capacidade empática e de identificação, por se apresentarem menos críticas e menos seletivas à aproximação de outros ou por necessitarem de maior presença de pessoas para o convívio.

Gomes e Júnior⁽¹⁶⁷⁾ verificaram que os laços de amizades entre pessoas de classes populares ressaltam vínculos de solidariedade e ajuda, visando ao bem-estar em comum. Observaram ainda, que para tal, estas pessoas necessitam de uma capacidade de ajuda, de cuidado e de reconhecimento dos outros, características estas encontradas em camadas socioeconomicamente menos favorecidas.

No entanto, da mesma forma que tais laços podem ser empregados no uso de álcool e/ou outras drogas, a capacidade de construir vínculos pode ser positiva. Laços favoráveis poderiam se constituir como uma rede de apoio social positiva e antídoto frente ao uso de substâncias, se assim trabalhados e gerenciados estrategicamente como recursos auxiliares nos programas terapêuticos.

Apesar da literatura específica não abordar de maneira extensa a influência das amizades na manutenção do uso de substâncias psicoativas na vida adulta de usuários de álcool e/ou outras drogas, os dados encontrados na presente pesquisa, referentes ao fato de que a maior parte da rede social dos

entrevistados está associada ao problema de uso, encontra-se compatível com os estudos da área.^(160,168-170) Segundo, Dishion e Owen,⁽¹⁶²⁾ as amizades influenciam o uso de substâncias e, inversamente, o uso de substâncias afeta a seleção de amigos. Além disso, os autores⁽¹⁶²⁾ demonstram que é estável, ao longo do período de transição da adolescência para a vida adulta, a tendência dos indivíduos usuários de álcool e/ou drogas de se unirem a amigos com comportamentos desviantes.

Passetti, Godley e White⁽¹⁷¹⁾ expõem, ao investigar a relevância dos amigos para o tratamento de abuso de substâncias, que poucos adolescentes fazem alterações dos grupos de pares entre o início e a alta do tratamento ambulatorial, indicando estabilidade no contato com os amigos que fazem uso de álcool e/ou outras drogas.

No entanto, pode-se entender que, da mesma forma que é necessário substituir as atividades de lazer relacionadas ao uso quando há a intenção de parar ou diminuir o abuso de substâncias, há a necessidade de estender as mudanças no estilo de vida para o grupo de pares. Como confirmado pelo estudo de Bojorquez et al.,⁽¹⁶³⁾ o contato com pessoas que pratica o abuso de substâncias se configura como fator de risco para o início do uso de álcool e/ou outras drogas, resultado este que pode ocorrer também na manutenção do comportamento problemático.⁽¹⁷²⁾

Wasserman, Sterwar e Deluchi⁽¹⁷⁰⁾ recomendam que sejam cuidadosamente avaliados o suporte social no início do tratamento e periodicamente depois, como parte do programa de intervenção. Os autores⁽¹⁷⁰⁾ propõem que os pacientes devam ser lembrados que a abstinência é

positivamente associada à quebra do contato com outros usuários de substâncias psicoativas e a evitação de ambientes que aumentam a exposição ao uso de drogas. Em ambientes que este rompimento seja difícil (ou pelo bairro em que mora, ou por ter membros da família envolvidos com drogas), um primeiro passo seria o de maior associação com pares não usuários, dado este confirmado no estudo de Brown et al.⁽¹⁵⁸⁾

Mckee, Bonn-Miller e Moss⁽¹⁷³⁾ demonstram que focar na melhora da qualidade dos relacionamentos com os amigos contribuiu para aumentar a probabilidade de abstinência a longo prazo após tratamento de pessoas com problemas de álcool e/ou outras drogas.

Para a questão ‘seus amigos têm problemas com a lei’, pode-se observar, no presente trabalho, que não houve predomínio de respostas entre as categorias identificadas, resultado não compatível com a literatura pertinente na área. Várias pesquisas^(151,162,174) demonstram associação entre influência de pares delinquentes, confronto com a lei e uso de substâncias. Entretanto, a categoria de respostas ‘não’ esteve associada estatisticamente aos participantes mais velhos da pesquisa: “*Não. Se tiver problema com a lei não pode ser Testemunha de Jeová, menina!*” (Suj. 7); “*Se devem, não sei*” (Suj.13); “*Nenhum.*” (Suj. 33).

Estes dados demonstram que os amigos dos participantes mais velhos do estudo apresentaram menos confrontos e conflitos em comparação aos dos integrantes mais jovens da pesquisa. Possivelmente, parcela dos participantes mais velhos esteja relacionada ao uso de um tipo de substância (p.ex.: álcool), como já mencionado anteriormente, e possuem amizades mais estruturadas e

sólidas do ponto de vista do suporte social. A própria faixa etária que se encontram já condiz com um perfil comportamental não conflituoso ou opositor em termos de afirmação social. Além do mais, para fazer o uso de álcool não é necessário entrar em contato com atos ilícitos. Por outro lado, a geração mais nova do presente trabalho provavelmente estabeleceu convívios e amizades com pessoas de idades aproximadas e que ainda se encontram numa fase de afirmação; faz uso de mais de uma substância, sendo estas, na sua maioria, ilícitas (principalmente cocaína e crack), influenciando comportamentos opositores, desafiadores e em dissonância com questões legais, tanto pelo uso das substâncias quanto pela manutenção do vício. ⁽¹⁷⁴⁾

As diferenças nos perfis entre usuários de diversos tipos de drogas podem ser exemplificadas por meio de dois estudos. Bortoluzzi et al. ⁽¹⁷⁵⁾ verificaram entre os consumidores regulares de álcool da população geral de uma cidade do interior de Santa Catarina, sujeitos do sexo masculino, adulto-jovens, trabalhadores ativos, com mais de oito anos de estudos, com relatos de saúde regular, boa ou muito boa e com baixos índices de depressão.

Por outro lado, Duailibi, Ribeiro e Laranjeira, ⁽¹⁷⁶⁾ ao realizarem revisão de literatura sobre o perfil de usuários de cocaína e crack, verificaram que levantamentos domiciliares nacionais demonstraram uma população usuária principalmente do sexo masculino e na faixa etária entre 25-34 anos. Os autores ⁽¹⁷⁶⁾ constataram também outros estudos que apontaram que o consumo de cocaína e crack está diretamente correlacionado ao(à): número elevado de parceiros sexuais, sexo sem proteção, prostituição (troca de sexo por drogas), risco de infecção do HIV, uso de drogas injetáveis, desemprego,

baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo, famílias desestruturadas, com comorbidades psiquiátricas - como depressão e transtornos ansiosos – e, maior vulnerabilidade às mortes por causa externa. Especificamente em relação aos usuários de crack, foi observado que, o início do uso de substâncias psicoativas se dava em idade precoce e de modo pesado, eram poliusuários ou com antecedentes de consumo de outras substâncias, possuíam maior envolvimento em atividades ilegais e mais problemas sociais e de saúde.^(174,176)

Com relação à questão ‘se sentiram rejeitados pelas pessoas’ ou ‘seus amigos se afastaram por razões do uso de drogas’, foi verificado, no presente estudo, predomínio da resposta ‘sim’. Pode-se levantar a hipótese de que o principal motivo está nos efeitos do uso de substâncias psicoativas. Os indivíduos demonstraram que: no ambiente de trabalho perderam a credibilidade ao se envolverem em brigas; no ambiente de consumo de drogas o que parece ocorrer são amizades de interesses; não usuários de álcool e/ou outras drogas não se relacionam com usuários; e, certas condições/consequências do uso, como estarem presos, consumindo crack, endividados e/ou sem higiene pessoal, conduzem ao afastamento das pessoas.

Por outro lado, estes sentimentos também podem estar relacionados à variáveis percebidas pelos indivíduos mesmo antes do início do consumo de álcool e/ou outras drogas e, desta forma, se configuraria como preditoras ao comportamento de uso, como demonstrado por Bahl e Ingbermann (2005).⁽¹⁵¹⁾ Porém estas condições precisam ser melhor investigadas.

Os relatos adiante ilustram as condições de afastamento mencionadas: *“Muitos amigos se afastaram. Eu brigava com estas pessoas, pois não tinha consciência que era verdade. Perdi a credibilidade no trabalho também.”* (Suj. 3), *“Já. Se tem amigo quando tem dinheiro no bolso. Drogas ... não se tem amigos”* (Suj. 11), *“Sim. Os amigos que não mexem com isto se afastaram sim.”* (Suj. 13), *“Por todos - quando precisam vem, quando não precisam... Não tenho coragem de ligar para ninguém.”* (Suj. 17), *“Se afastaram depois que fui preso.”* (Suj. 20), *“Sim. Quando eu estava bem, com dinheiro no bolso, trabalhando, era rodeado por amigos, eles vinham atrás. Aí comecei a ter problemas e todos se afastaram.”* (Suj. 28), *“Sim. Colegas de trabalho. Depois que você fuma crack até os viciados de cocaína te discriminam.”* (Suj. 35), *“Sim. Viram a cara. Por causa do comprar fiado no bar, da dependência familiar, por causa da aparência.”* (Suj. 44).

Estes dados estão compatíveis com os resultados de estudos realizados em outras instituições de referência.^(91,177) Como exemplo, pode-se citar a pesquisa no CAPSad de Campina Grande/PB⁽¹⁷⁷⁾ na qual constatou-se que a menção ao preconceito foi bastante frequente, tanto pela sociedade quanto entre os próprios usuários de drogas (devido ao fato de uns consumirem drogas lícitas e outros, drogas ilícitas).

Entretanto, quase metade dos participantes do presente estudo relatou que os amigos não se afastaram, dentre estes, alguns referiram que eles próprios se distanciaram das pessoas, conforme indicados nas frases: *“Hoje ... amigos de hoje ... não se afastaram (mesmo quando recai).”* (Suj. 23); *“Você se afasta das pessoas. Quando você usa o crack, você mesmo se rejeita.”* (Suj.

8), *“Depois que tentei me matar eu próprio me afastei, me rejeitei.”* (Suj. 18), *“Eu que me afastei; com o tempo parei de andar com os amigos. Fico mais em casa, difícil de me relacionar.”* (Suj. 34), *“Os que eram amigos mesmos, não. Eu me distanciei. Não vou usar droga perto deles (vou instigar). Aí prefiro sair.”* (Suj. 42).

Pode-se, a partir dos dados citados, entender que a rede de amizades constituída na origem e formação dos participantes demonstra-se ‘desfacelada’ após um período de uso de drogas. Na perspectiva de parcela dos sujeitos entrevistados, os amigos manifestaram atitudes de afastamento, enquanto que outra parte reconhece que estes distanciamentos são precipitados por si mesma. Levanta-se a hipótese de que vários sujeitos não conseguem mais se sintonizar com as perspectivas de mundo dos companheiros, uma vez que os propósitos, os valores e as condições de vida após o uso passam a ser distintos de muitos de seus amigos.

Com as informações sobre a história social dos participantes obtidas na presente pesquisa, pode-se entender que atividades de lazer e relacionamentos passados e atuais interferem positiva ou negativamente na iniciação e manutenção do uso de substâncias psicoativas. No entanto, o mesmo tipo de rede pode influenciar na recuperação (engajamento, tratamento e pós-tratamento) destas pessoas. Neste sentido, o suporte social abrangendo várias facetas, como: a) comunidade em geral, (b) grupo de pares, (c) família, e (d) família que vive com/ cônjuge / parceiro deve ser melhor analisado, investigado e explorado para tornar-se potencializador dos possíveis efeitos positivos do tratamento.⁽¹⁵⁸⁾

Os recursos das próprias redes sociais devem ser utilizados como terapêuticos. Estratégias de enfrentamento, resiliências, habilidades para solução de problemas, dentre outras podem ser desenvolvidas no seio da própria comunidade. No entanto, para tal é necessário responder a pergunta: como instituições, como um CAPSad, poderiam auxiliar no fortalecimento das redes de apoio sociais?

4.7 Dados sobre História Marital

Pode-se verificar, neste estudo, que parte estatisticamente significativa da amostra entrevistada teve um ou dois vínculos conjugais durante a vida. Considerando ser uma população adulta (entre 18-58 anos), a análise dos dados leva a entender que vários indivíduos mantiveram relações duradouras, confirmadas pela indicação do tempo dos relacionamentos descrito por estes participantes ('5.1-11 anos' = 12'; mais que 11 anos' = 10). No entanto, apesar da indicação de vínculos longos e restritos, os dados não permitem afirmar que o uso de substâncias não tenha prejudicado tais relações.

O número de parceiros e o tempo dos relacionamentos podem ser justificados ao se considerar que uma parte dos entrevistados fazia uso de apenas uma droga - o álcool, ou combinava álcool e tabaco (substâncias com menor impacto destrutivo inicial, porém com evolução gradativa e crônica⁽¹⁷⁸⁾). Possivelmente, o início desta prática foi marcado pela tolerância familiar transcorrida por uma sequência de anos na tentativa de melhora do problema, e, finalizada com a consolidação de que o mesmo não se reverteria, com conseqüente, crise no relacionamento.

Homish e Leonard⁽¹⁷⁹⁾ observaram que padrões discrepantes de uso de álcool entre indivíduos do casal são preditores para a diminuição do nível de satisfação conjugal ao longo do casamento. Os autores⁽¹⁷⁹⁾ sugerem que as discrepâncias do beber entre maridos e esposas indicam dissimilaridades em outros aspectos como valores, atitudes e/ou expectativas sobre o comportamento apropriado na relação. Além do mais, casais com diferentes padrões de uso de substâncias podem ser menos propensos a compartilhar tempo juntos, com conseqüente redução da interação conjugal e social, e aumento do risco de funcionamento insatisfatório e dissolução marital, com o tempo.

Aproximadamente um quinto dos entrevistados da atual pesquisa referiu mais que dois relacionamentos e, parte destes, mencionou de cinco a seis, podendo indicar dificuldades dos sujeitos – principalmente dos poliusuários ou dos usuários de drogas ilícitas - de manter vínculo estável em uma relação, como corrobora a revisão de literatura de Duailibi, Ribeiro e Laranjeira⁽¹⁷⁶⁾ sobre o perfil de usuários de cocaína e crack no Brasil no que se refere ao número de parceiros, conforme mencionada em tópicos anteriores. Tais dados podem estar associados ao resultado de que o tempo de ‘1.1-5anos’ de duração dos relacionamentos esteve correlacionado estatisticamente aos participantes sem companheira no momento atual da entrevista; entretanto requerem mais investigações.

Estudos longitudinais⁽¹⁸⁰⁻¹⁸¹⁾ indicam que o uso de substâncias, principalmente com início na adolescência, aumenta a probabilidade de formação familiar não-oficial (morar junto em oposição aos casamentos),

gravidez no namoro e casamentos na adolescência. No entanto, os mesmos alertam que esta correlação é complexa: depende principalmente do tipo de substâncias utilizadas e se o uso se configura como policonsumo ou de uma substância única, o que dá sustentação para a interpretação dos resultados da presente pesquisa.

Quanto à qualidade dos relacionamentos conjugais, os dados do presente estudo demonstram que não houve tendência para um tipo de resposta, indicando diversidade de percepções dos indivíduos frente a esta variável. Uma parcela dos respondentes considerou o início das relações como 'bom' e 'ótimo' [*"Início era bom, uma maravilha"* (Suj. 3), *"Bom durante seis meses"* (Suj. 5), *"Levava uma vida boa"* (Suj. 19)]. Entretanto, outra parte demonstrou que, com o passar do tempo, os relacionamentos foram apresentando dificuldades [*"Relacionamento difícil, sempre foi, mas agora tá mais"* (Suj. 38), *"Relacionamento está em trancos e barrancos até hoje"* (Suj. 44); *"Depois que a família dela chegou da Bahia foi se degenerando..."* (Suj. 3)]. Outra parcela ainda informou relacionamentos considerados desfavoráveis com fundamento no uso de álcool e/ou outras drogas [*"Ela dizia que uma dose fazia eu ficar diferente"* (Suj. 1), *"Só estava usando drogas"* (Suj. 16), *"Brigava muito por causa das drogas"* (Suj. 40)] e, houve aqueles que referiram relações pautadas em brigas e discussões [*"Tinha muitas brigas"* (Suj. 41)] e nas características desfavoráveis da parceira [*"Implicava"* (Suj. 1), *"Ciumenta"* (Suj. 2), *"Ela xingava, gritava comigo"* (Suj. 8), *"Tudo o que fazia não tava bom"* (Suj. 9)].

Diversos estudos referem dificuldades nos relacionamentos conjugais, especialmente em casais cujo algum parceiro ou ambos apresentam problemas de álcool e/ou outras drogas, conforme descritos.

Kornreich et al.⁽¹⁸²⁾ sugeriram que os 'alcoólatras' demonstram problemas interpessoais relacionados ao não decodificar corretamente os sinais de expressões não-verbais de seus parceiros e, por não alcançar uma avaliação acurada destas interações podem precipitar conflitos e insatisfações conjugais.

Corroborando com estes dados, Dethier, Counerotte e Blairy⁽¹⁸³⁾ demonstraram, em sua pesquisa, correlação positiva entre consumo de álcool, baixa autoestima e insatisfação marital. Os resultados do estudo evidenciaram que usuários desta substância foram menos congruentes em relação à percepção das expressões emocionais de seus parceiros, indicando dificuldades na comunicação não-verbal. Este baixo nível de congruência pode resultar em incompreensões, prejuízos na qualidade da comunicação verbal, conflitos e violência. Desta forma, os autores⁽¹⁸³⁾ concluem que o abuso de álcool contribui para a ocorrência de problemas conjugais e estes, por sua vez, estimulam a manutenção do beber excessivo e/ou precipitam recaídas em indivíduos abstinentes.

Os resultados do estudo de Singh et al.⁽¹⁸⁴⁾ evidenciaram diferenças significativas nos padrões de interação exibidas por famílias nas quais os cônjuges tinham dependência de álcool em comparação aos que não a tinham. Os autores⁽¹⁸⁴⁾ apontaram que famílias com indivíduos dependentes

apresentaram padrões mais pobres de interação e estes se deram nos domínios do 'reforço', 'apoio social', 'papel', 'comunicação' e 'liderança'.

'Relacionamento bom/ Muito bom/ No início bom/ Ótimo' com a esposa esteve associado estatisticamente aos participantes com características negras e 'Relacionamento difícil/ Péssimo/ Em trancos e barrancos' aos caucasóides. Tais dados contrariam as expectativas iniciais dos pesquisadores, uma vez que condições socioeconômicas desfavoráveis na população brasileira estão mais associadas à etnia negra.⁽¹⁸⁵⁾ Esperava-se um reflexo destas interferindo negativamente na qualidade dos relacionamentos conjugais para esta população, e relacionamentos mais satisfatórios para a população branca, resultados não evidenciados no presente estudo e que requerem maior elucidação.

Cunrandi et al.,⁽¹⁸⁶⁾ em pesquisa nos Estados Unidos, observaram associação positiva significativa entre problemas relacionados ao álcool, violência pelo parceiro íntimo e casais brancos e negros. No entanto, após controle de covariáveis sociodemográficas e psicossociais, problemas com álcool relacionados à esposa precipitou, por parte desta, violência contra o parceiro, nos casais brancos. Entretanto, para casais negros, o uso de álcool permaneceu como forte preditor de violência mútua entre os parceiros.

'Relacionamento difícil/ Péssimo/ Em trancos e barrancos' também esteve associado estatisticamente, no presente trabalho, aos participantes com companheira no momento atual da entrevista. Esta correlação pode ser justificada pela deterioração gradativa do vínculo relacionada às condições de uso de substâncias dos entrevistados e levar à possíveis separações dos

casais, em um futuro próximo, como já observado em parcela expressiva da população investigada. A categoria 'Aspectos bons e aspectos ruins' esteve correlacionada à população mais jovem da pesquisa. Tem-se como hipóteses que as formações destes relacionamentos são mais recentes e, mesmo já se deparando com alguns efeitos negativos do uso de substâncias, ainda se encontram preservadas.

Os dados da presente pesquisa demonstram uma ampla e diversificada gama de respostas manifestadas pelos entrevistados para justificarem as razões e os motivos do término dos relacionamentos conjugais, indo desde características atribuídas ao(à) parceiro(a), desgastes nas relações, brigas, agressões, traições, até interferências familiares, o que indica uma não homogeneidade dos enunciados e que tais variáveis podem constituir problemas comuns de casais na sociedade atual.

Entretanto, o uso de álcool e/ou outras drogas foi relatado e reconhecido pela maior parte dos integrantes do estudo como fator contribuinte para as separações. Pode-se supor então que apesar das razões e motivos diversos serem comuns a outros casais, o abuso de substâncias psicoativas constituiu-se como um agravante frequente e significativo para o rompimento das relações conjugais, específicas desta população, e requer intervenções apropriadas.

Mesmo em amostras da população geral, problemas relacionados ao álcool foram apontados como um dos motivos mais frequentes para a ocorrência de separações, vindo atrás de brigas e discussões, como observaram Zordan e Wagner.⁽¹⁸⁷⁾ As autoras⁽¹⁸⁷⁾ sugerem que, possivelmente

entre estes casais, há prejuízos de comunicação, de negociação, de resolução de conflitos e de conciliação da conjugalidade com a singularidade de cada membro, resultando em dificuldades na articulação de projetos comuns e individuais.

Deste modo, é possível verificar que o uso de substâncias não causa prejuízos somente para o próprio indivíduo, como também interfere em outras áreas de funcionamento de vida deste e de outras pessoas inter-relacionadas.⁽¹⁸⁸⁾ Dados da presente pesquisa que corroboram com esta conclusão são demonstrados na correlação entre a afirmativa de que o uso de álcool e/ou outras drogas contribuiu para o término dos relacionamentos e os participantes sem companheira, e no número significativo de sujeitos que não possuía parceiras no momento atual da entrevista.

As seguintes associações, correlacionando motivos para o término do relacionamento à outras variáveis, também foram encontradas no presente trabalho: a) justificativa de mudança de cidade/ incompatibilidade de local de moradia aos participantes com nove ou mais anos de estudos e b) justificativa de desgaste na convivência aos que referiram renda mensal familiar de três ou mais salários mínimos.

Parte das correlações estabelecidas entre as variáveis possivelmente tenha ocorrido de forma casual em razão das frequências de respostas acumuladas para cada uma delas, uma vez que explicações relacionais não foram identificadas pelos pesquisadores, bem como não apresentadas pela literatura pertinente. Entretanto, pesquisas que possam elucidar tais

associações são recomendadas e poderão ampliar este campo de conhecimento.

Com relação à variável traição, enquanto que a maior parte dos respondentes do presente estudo negou a existência desta condição nos seus relacionamentos, os participantes mais jovens da pesquisa foram estatisticamente correlacionados com a mesma, o que pode sugerir indivíduos com maior instabilidade emocional e dificuldade de vinculação decorrentes deste ciclo de vida. Estas conclusões podem ser corroboradas com o estudo de Johnson et al.,⁽¹⁸⁹⁾ no qual investigaram habilidades específicas para resolução de problemas e expressões afetivas de 172 jovens recém-casados e concluíram que baixos níveis de afeto positivo e altos níveis de habilidades negativas prenunciaram rápidas taxas de deterioração no relacionamento, e que altos níveis de afeto positivo amorteceram os efeitos dos altos níveis de habilidades negativas.

Na presente pesquisa, quando os participantes foram questionados sobre as atitudes dos(as) parceiros(as) frente ao problema de álcool e/ou outras drogas, pode-se verificar que pensamentos, sentimentos e comportamentos foram suscitados, conforme apresentados nas categorias e frases adiantes.

Na modalidade Pensamento, foi encontrada a categoria: 'Achava que ia parar o uso sem ajuda especializada' [*"Ela achava que eu ia tomar jeito. Não quis entender o problema, ela achava que eu não precisava de ajuda especializada"* (Suj. 23), *"Ela procurava que eu terminasse o uso, mas sem ajuda especializada."* (Suj. 48)].

Na modalidade Sentimento: 'Chateada/ Bravas/ Nervosa/ Revoltada/ .../ Não gostava' [*"Não gostavam... Ficavam bravas."* (Suj. 7), *"Ficava revoltada, chateada, nervosa."* (Suj. 33)].

E, na modalidade Comportamento, foi registrado o maior número de categorias, como alguns exemplos: 'Conscientizar/ Conselhos/ Falava na cabeça' [*"Conscientizava: "l. não pode beber tanto, você está se acabando, homem."* (Suj. 3); *"Dava conselho para eu parar de beber se não ia chegar minha velhice e eu não ia poder pescar... Dava conselho."* (Suj. 34)]; 'Pedia para parar de usar álcool e/ou outras drogas/ Pedia para fazer uma escolha' [*"Pedia para parar de beber"* (Suj. 5); *"Pediam para fazer escolha (ela ou o álcool)"* (Suj. 7)]; 'Buscava por internação/ Outros tipos de tratamento' [*"A segunda parceira me ajudava, levava no médico ... dava força para vir aqui"* (Suj. 14)]; 'Usava junto/ Bebia junto/ Também usava álcool e drogas' [*"Não tive parceira que não usava drogas"* (Suj. 31); *"Ela também usava drogas"* (Suj. 43)]; 'Não fazia nada/ Não fez nada/ Não ajudava/ Não ligava/ Não apoio' [*"Não fazia nada. Não dou trabalho. Tenho minhas responsabilidades, não fico jogado pra rua, tenho meu trabalho. Ela nem percebe, poucas vezes aconteceu de eu usar na frente dela. Ela não reclama."* (Suj. 15)].

Tracy, Kelly e Moos⁽¹¹³⁾, ao examinar a influência de se ter um parceiro no início do tratamento de álcool e/ou outras drogas, bem como a influência da qualidade do apoio, demonstraram que, especialmente os relacionamentos mais duradouros, com comportamentos positivos por parte dos(as) parceiros(as) e, conseqüentemente, menos estressores interpessoais, intervieram para melhores resultados no tratamento. Além disso, as crenças

dos(as) parceiros(as) frente ao problema de uso de substâncias tiveram um impacto significativo nos resultados.

Quase metade dos participantes da presente pesquisa, em algum momento de suas vidas, tiveram parceiros(as) que usaram álcool e/ou outras drogas [*“Sim. Morei oito meses com uma pessoa que saía, tomava cerveja, bebia a noite comigo (quando chegava do serviço)” (Suj.9), “A maioria dos casos tinha problemas.” (Suj. 10), “Sim. A primeira usava cocaína; segunda, usava crack.” (Suj. 31)*]. É possível levantar pelo menos três hipóteses para esta questão, e que requerem mais investigações científicas a respeito: 1) há escolha, por parte desta população, de parceiros(as) que têm condutas, hábitos e visões de mundo em comum; 2) os(as) parceiros(as), após convivência com os entrevistados, passam a fazer uso de álcool e/ou outras drogas; e, 3) os entrevistados, a partir da convivência com parceiros(as) usuários(as) é que desenvolvem tal conduta. De qualquer forma, ter parceiros(as) que também fazem uso de substâncias psicoativas pode incorrer em um fator de manutenção ou agravamento do hábito, uma vez que os costumes são compartilhados e não há senso de julgamento crítico em relação aos prejuízos precipitados por estes comportamentos.

Fleming, White e Catalano⁽¹⁹⁰⁾ comprovaram em seu estudo que o uso de substâncias pelo parceiro contribuiu para o beber frequente e em excesso e o uso da maconha por pessoas usuárias de álcool e/ou outras drogas. Estes resultados sugerem que o efeito protetor dos laços sociais mais fortes de usuários de substâncias psicoativas depende dos padrões de utilização de

álcool e/ou outras drogas do(a) parceiro(a) com quem os indivíduos estão ligados.

Floyd et al.⁽¹⁹¹⁾ observaram que a concordância sobre o estado de alcoolismo entre os cônjuges está associada a altos níveis de comportamentos positivos durante a resolução de problemas conjugais. Situação contrária foi verificada entre casais cujos maridos eram dependentes de álcool e as esposas não.

No entanto, se por um lado, o álcool e/ou outras drogas podem auxiliar na manutenção da aproximação entre os parceiros usuários, por outro, a qualidade e constituição familiar estabelecida ocorrem sob condições desfavoráveis (por ex: desamparo de filhos), como ainda indica pesquisa de Fleming, White e Catalano,⁽¹⁹⁰⁾ além de aumentar o risco para o desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias nos filhos, se comparado às situações nas quais apenas um ou nenhum dos pais se configura como usuário de álcool e/ou outras drogas.

4.8 Dados sobre os Filhos

A maior parcela dos participantes do presente estudo referiu filhos biológicos, com concentração predominante entre um e dois filhos. A idade dos mesmos esteve distribuída por ordem decrescente de frequência entre as categorias: 'criança', 'adulto', 'pré-adolescente/adolescente' e 'bebê', sendo parcela expressiva proveniente de ex-casamentos ou ex-relacionamentos.

As categorias 'filhos adultos' e 'filhos enteados' estiveram correlacionadas aos participantes mais velhos da pesquisa. Os resultados

reforçam o entendimento de que os filhos biológicos são dos primeiros casamentos e que, após estabelecimento de novas uniões, há a ampliação da família com filhos das parceiras.

Ao serem questionados sobre o relacionamento com os filhos quando estes eram crianças e/ou adolescentes, pode-se observar que, no conjunto das categorias, houve relatos predominantemente positivos, como 'Bom/ Ótimo/ Da hora', 'Participativo/ Brincava com eles/ Bagunçava com eles/ Cuidava/ Atencioso', 'Nunca bati/ Não batia', 'Normal' e 'Carinhoso/ Amoroso'. Já para o relacionamento com os filhos na atualidade, foram identificadas categorias, na sua maioria, negativas: 'Sem contato/ Sem relacionamento'; 'Pouco contato/ Contato esporádico'; 'Contato prejudicado'.

Possivelmente, quando os sujeitos da pesquisa tiveram, em especial os primeiros filhos, o uso de substâncias ainda não interferia de forma a prejudicar a qualidade do relacionamento com os mesmos. Por outro lado, é provável que o uso de álcool e/ou outras drogas tenha sido intensificado e o relacionamento familiar gradativamente desgastado, culminando em rompimentos dos relacionamentos conjugais e, conseqüentemente, distanciamento dos filhos em razão dos mesmos terem acompanhado as mães. Ainda, há a possibilidade dos próprios filhos terem identificado a deterioração de funcionamento psicossocial dos pais e estabelecido certo afastamento.⁽¹⁹²⁾ Outra possibilidade está no fato da própria condição dos pais, em razão dos efeitos do uso, ter prejudicado a qualidade de relacionamento que tinha com os filhos.

No entanto, há escassez de pesquisas específicas sobre relacionamentos entre pais usuários de álcool e/ou outras drogas e seus filhos.

O que é possível afirmar é que, da mesma forma que pode-se observar, na história de vida familiar e pessoal dos entrevistados, elementos na relação com seus pais contribuintes para comportamentos disfuncionais, como o uso de substâncias, os próprios participantes da pesquisa podem influenciar a ocorrência de um ambiente não saudável para seus filhos, transmitindo de forma intergeracional, prejuízos em oferecer elementos básicos para um crescimento e desenvolvimento infantil mais protegido.^(138,193)

Desta forma, pode-se entender que filhos de pais usuários de álcool e/ou drogas têm risco aumentado, em comparação aos filhos de pais não-usuários, para desenvolver transtornos por uso de substâncias, como já exposto em tópicos anteriores do presente estudo e relatado por vasta literatura.^(132,140) Tal risco pode ocorrer por vulnerabilidade genética, por princípios de aprendizagem e também por outros fatores ambientais, como indica Slutske et al.⁽¹³⁹⁾

D'Onofrio et al.⁽¹⁹⁴⁾ constataram associação entre a instabilidade conjugal/ divórcio entre pais e transtornos psiquiátricos e uso de substâncias nos filhos adulto-jovens. Os autores⁽¹⁹⁴⁾ sugerem que os esforços de intervenção devem ser orientados para a redução da prevalência de separações em famílias, especialmente aquelas com crianças, ou devem se concentrar em fatores de risco que normalmente seguem-se após os divórcios, incluindo práticas parentais deletérias, conflitos entre os pais, perda de contato e comportamentos inadequados apresentados pelos pais sem a guarda, aumento de eventos estressantes da vida, dentre outros.

Zhou, King e Chassin⁽¹⁹⁵⁾ também evidenciaram que os efeitos do alcoolismo dos pais se mostraram relacionados à baixa harmonia e conflitos

familiares na fase de adolescência dos filhos, que por sua vez, tiveram o risco para transtornos por uso de substâncias na idade de adulto-jovem, aumentado.

Na presente pesquisa, quase metade dos participantes relatou que seus filhos não apresentavam problemas de álcool e/ou outras drogas. Entretanto, nove (18,37%) entrevistados referiram tal conduta, dado que pode ser avaliado como significativo se for considerado o número de filhos adultos (n=12) referidos pela população investigada, e as correlações estatísticas estabelecidas entre participantes mais velhos da pesquisa, filhos adultos e filhos com problemas de álcool e/ou outras drogas, respectivamente. E, se for considerado ainda que uma parte dos filhos são bebês e crianças e estes poderão ter condutas de uso na fase adolescente e adulta da vida, esta proporção poderá tornar-se ainda mais preocupante, indicando um elevado número de filhos destes participantes envolvidos com o uso de substâncias psicoativas.

4.9 Dados sobre Riscos

Comportamentos de uso de drogas injetáveis, compartilhamento de seringas e prostituição por drogas ou dinheiro não foram relatados pela maioria dos sujeitos avaliados no presente trabalho. Estudos de âmbito nacional em população geral sobre o consumo de álcool e drogas⁽⁶⁾ evidenciam baixa frequência de uso de drogas injetáveis (1,1% dos indivíduos que mencionaram uso de substâncias na vida) e estão compatíveis com os resultados da presente pesquisa.

No entanto, a literatura na área⁽¹⁹⁶⁾ aponta condições precárias de vida e dificuldades de acesso à saúde com poucas possibilidades de diagnósticos e tratamentos entre usuários de drogas injetáveis e com comportamentos de prostituição, podendo, portanto, estes números estarem subestimados. Além disso, estes comportamentos estão associados a alta exposição ao risco de infecção por doenças de veiculação como AIDS, Hepatites B e C e elevada mortalidade,⁽¹⁹⁶⁾ o que demanda atenção específica por profissionais e instituições qualificados a este segmento de usuários.

A modalidade de intervenção de redução de danos, realizada no CAPSad, pode contribuir na perspectiva de busca ativa e acesso a esta população e deve ser cada vez mais investida e implementada. Seu objetivo principal de ação concentra-se na melhoria do bem-estar físico e social dos dependentes e não na eliminação do comportamento aditivo, garantindo assim maior adesão às propostas que previnem riscos relacionados ao uso de substâncias.⁽¹²⁰⁾

Com relação às tentativas de suicídio entre os entrevistados do presente estudo, houve evidência de maior frequência de respostas 'não', com 37 dos 48 respondentes; entretanto 12 destes disseram já ter pensado nesta possibilidade, além dos 11 que responderam afirmativamente a questão. Entende-se, desta forma, que o abuso de drogas lícitas e ilícitas pode ser um fator de risco para o suicídio, como indica literatura na área.⁽¹⁹⁷⁻¹⁹⁹⁾ Estudo transversal realizado com 632 vítimas de suicídio no Estado de São Paulo durante o ano de 2005, por meio de dados obtidos a partir da leitura direta de laudos necroscópicos emitidos pelo Instituto Médico-Legal do Estado de São

Paulo, demonstrou que entre as vítimas do sexo masculino, 37,1% tinham alcoolemia positiva, enquanto que as do sexo feminino, foram 20,1%. Entre os tipos de suicídios, os enforcamentos apresentaram a maior taxa de alcoolizados, e as intoxicações, a maior média de alcoolemia.⁽²⁰⁰⁾

4.10 Dados sobre História de Comportamentos Relacionados ao Uso de Álcool e/ou outras Drogas e Problemas Relacionados ao Uso de Álcool e/ou Drogas

Quanto às substâncias psicoativas já experimentadas ou consumidas pelos entrevistados da presente pesquisa, houve relatos de uma diversidade de tipos: álcool - referido por praticamente todos os participantes; nicotina – relatada pela maioria; derivados de coca e de canabinóides – mencionados por aproximadamente três quartos da amostra, respectivamente; seguidos por inalantes, alucinógenos e medicamentos psicotrópicos; dentre outros de menor frequência. Parte expressiva dos integrantes mencionou uso concomitante de várias drogas.

Ao investigar na literatura pertinente sobre substâncias psicoativas mais consumidas, foi possível verificar que há uma relação entre tipos de drogas e seguimentos e características populacionais específicos, como seguem alguns exemplos.

Galduróz et al.,⁽²⁰¹⁾ ao realizarem levantamento da prevalência do uso de drogas psicotrópicas na população brasileira residente em cidades com mais de 200 mil habitantes, compreendendo indivíduos de ambos os sexos na faixa etária entre 12 a 65 anos, depararam-se com relatos de uso de álcool na vida

em 68,7% do total de respondentes, 41,1% de tabaco e 19,4% de drogas ilícitas, sendo a mais citada a maconha (6,9%), seguida pelos solventes (5,8%) e os orexígenos (medicamentos para estimular o apetite) (4,3%). Cocaína teve uma porcentagem de 2,3% do total dos respondentes e crack, 0,4%.

Bastos, Bertoni e Hacker⁽⁶⁾ também estudaram o consumo de álcool e outras drogas em indivíduos de ambos os sexos com idades entre 16 a 65 anos na população urbana brasileira. Os autores⁽⁶⁾ verificaram que 86,7% dos entrevistados relataram o uso de bebidas alcoólicas e 8,9%, de drogas (que não o álcool ou tabaco) ao longo da vida; 2,9% utilizavam álcool regularmente (mais de quatro vezes por semana) no momento atual do estudo; e, 3,5% consumo de outras drogas nos 12 meses anteriores à entrevista, sendo as mais frequentes maconha/haxixe e, com proporções decrescentes, cocaína aspirada e lança perfume.

Olszewski et al.⁽²⁰²⁾ ao investigarem o consumo de drogas em 70.000 estudantes de 15-16 anos em 22 países, observaram que um terço consumia duas ou mais substâncias. As combinações mais comuns encontradas foram: álcool e cigarro; álcool, cigarro e maconha; seguida por, álcool ou cigarro, maconha e pelo menos um outro tipo.

Inquéritos⁽²⁰³⁾ aplicados anualmente na Itália no decorrer de 11 anos (1999-2009) em adolescentes do ensino médio, demonstraram mudanças nos hábitos e tendências de uso de drogas entre estes: em 2005 ocorreu aumento do consumo de cocaína e estimulantes; em 2006, redução da tendência ao consumo de cannabis e da disponibilidade desta substância; e, depois de 2008, diminuição do uso de todas as substâncias investigadas. Pelo estudo, foi

observado que o consumo de drogas ilícitas é comum entre os estudantes neste país, principalmente entre os de sexo masculino. A prevalência de uso na vida, relatada por este gênero no ano de 2009, foi de 33,8% para cannabis, 6,2% cocaína, 5,3% alucinógenos, 5,2% estimulantes e 2,1% para heroína. Nos últimos anos, a diminuição no consumo de heroína foi balanceada por um aumento acentuado no uso de alucinógenos e estimulantes.

No Brasil, resultados do V Levantamento sobre Uso de Drogas Psicotrópicas por Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Municipal e Estadual de Ensino,⁽²⁰⁴⁾ realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), no ano de 2004, demonstram que as drogas mais utilizadas pelos alunos foram: álcool (65,2%); tabaco (24,9%); solventes (15,5%); maconha (5,9%); ansiolíticos (4,1%); e, anfetamínicos (3,7%).

Outro estudo brasileiro, desenvolvido por Sengik e Scortegagna⁽⁷³⁾ com acadêmicos de ambos os sexos e idades de 14 a 19 anos, do ensino médio de escolas das redes pública e privada nos turnos da manhã e noite, evidenciou que maconha (10,7%), anfetamínicos (7,3%), ansiolíticos (3,4%), solventes (2,2%), anabolizantes (1,7%), cocaína (1,7%), e alucinógenos (1,1%), foram as substâncias ilícitas mais consumidas alguma vez na vida.

Nos ambientes universitários, resultados de estudos⁽²⁰⁵⁾ apontam para elevado consumo de substâncias psicoativas na vida dos estudantes, especialmente de álcool, com aumento durante o percurso acadêmico. Pesquisa de Domingos et al.,⁽²⁰⁶⁾ realizada com 2700 alunos de graduação de um Centro Universitário do interior do Estado de São Paulo, demonstrou que o

álcool (69%) foi a droga mais utilizada pelos estudantes durante a vida, seguida por analgésicos sem prescrição médica (34%), tabaco (28%) e drogas ilícitas, como inalantes/ solventes (19%), maconha (14%), anfetaminas/ estimulantes (8%), anabolizantes (5%), cocaína e alucinógenos (4%, respectivamente), êxtase (3%) e crack e opiáceos (2%, cada).

Levantamento realizado por Wagner⁽²⁰⁷⁾ entre 4759 alunos de graduação de cursos presenciais da Universidade de São Paulo (USP) sobre consumo de álcool, tabaco e outras drogas, evidenciou principalmente o uso de álcool (92,5%) e tabaco (52,1%) antes do ingresso na faculdade. A maconha foi a droga ilícita mais experimentada (33,6%) durante toda a vida, seguida de solventes (18,8%), cocaína (16%), alucinógenos (8,8%), anfetamínicos (8,7%), tranquilizantes (8,2%), cocaína (7,3%), êxtase (6,5%), drogas sintéticas (4,5%), anticolinérgicos (1,7%), opiáceos (1,4%), barbitúricos e sedativos (1,2%, cada), crack (1,2%) e anabolizantes (0,8%). E, o consumo no mês anterior ao estudo foi de: álcool (62,1%), tabaco (17,2%), maconha (11,5%), anfetamínicos (4,4%), tranquilizantes (3,2%), alucinógenos (2,5%), cocaína (1,3%), drogas sintéticas (1%), êxtase (0,8%), opiáceos, barbitúricos e sedativos (0,4%, respectivamente), anticolinérgicos (0,2%), crack e anabolizantes (0,1%, cada).

Na população de crianças e adolescentes em situação de rua, estudada nas 27 capitais de estados brasileiros por Noto et al.,⁽²⁰⁸⁾ foi observado uso de álcool (76%), tabaco (63,7%), solventes (44,4%), maconha (40,4%), cocaína e derivados (24,5%) e medicamentos (13,4%), ao menos uma vez na vida.

Estudos descritivos realizados em contextos específicos de tratamento para álcool e/ou outras drogas demonstraram que, no CAPSad da cidade de

Blumenau-SC,⁽⁸⁴⁾ em análise de 1122 prontuários de usuários nos anos de 2005 e 2007, foi verificado que para o perfil dos pacientes desse serviço houve maior incidência de problemas decorrentes do uso e abuso de álcool (67,89%), cocaína (14,18%), canabíóides (2,43%) e substâncias múltiplas (39,02%). E, no CAPSad de Londrina,⁽⁹¹⁾ o álcool representou 46,1% da amostra manifestada, seguido por crack (44,4%), maconha (5,8%), cocaína aspirada (3,1%), ansiolíticos (0,4%) e solventes (0,2%).

Já, em uma população de adolescentes dependentes químicos internados para desintoxicação, Mombelli, Marcon e Costa⁽²⁰⁹⁾ verificaram que as drogas consumidas com maior frequência foram o crack (87,6%) e a maconha (85,2%), sendo que, 79% dos adolescentes usavam tais substâncias de forma concomitante.

Pode-se verificar, com a análise dos exemplos citados, que:

1) o álcool realmente é a droga de abuso mais consumida, com relatos de uso em todas as populações estudadas: nacional, internacional, geral, de estudantes, em condições desfavoráveis, que busca por tratamento, de ambos os sexos, idade a partir de 12 anos até a vida adulta. Possivelmente isto se deva por ser uma droga legalizada, disponível, de fácil acesso e possibilidade de compra, que não sofre o rigor das leis de consumo, que no Brasil é para os menores de 18 anos, e que é aceita e valorizada socialmente;

2) o tabaco também apresentou consumo expressivo em todos os tipos de populações brasileiras investigadas, possivelmente por estar inserido na cultura nacional, pela facilidade de compra e disponibilidade em diversos tipos de estabelecimentos comerciais;⁽²¹⁰⁾

3) a maconha foi a droga ilícita de maior consumo, mostrando-se presente em todas as pesquisas analisadas. Pode-se entender que o estado de ilegalidade não representou um impedimento de acesso desta substância para as populações. Nos estudos brasileiros, a prevalência foi maior entre universitários, crianças e adolescentes em situação de rua, e jovens internados. Relato de consumo foi mais frequente nos estudos de outros países, se comparado com os do Brasil. Vista como uma 'droga mais leve' e que proporciona sensação de bem-estar e relaxamento, a maconha pode representar, pela sua alta prevalência nas populações, uma porta de acesso a outras substâncias causadoras de intensa dependência física e psicológica, as quais podem até mesmo levar à morte;

4) a cocaína também se apresentou constante, no entanto, na população geral e de estudantes sua prevalência foi baixa. Maior relato de consumo foi verificado em estudos com jovens internados, em situação de rua, e em tratamento no CAPSad. Droga que produz sensação de 'grande prazer', 'intensa euforia e poder', com o passar do tempo induz tolerância (necessidade de dose cada vez maior para produzir os mesmos efeitos prazerosos) e sensibilização (com pequenas doses há efeitos desagradáveis, como a paranóia, agressividade e desconfiança), o que leva à necessidade, muitas vezes, de tratamento.⁽²¹¹⁾

5) os solventes/inalantes foram mais frequentemente relatados na população geral e de estudantes. Alta prevalência foi demonstrada no estudo sobre crianças e adolescentes em situação de rua, o que está de acordo com

as expectativas dos pesquisadores e com literatura pertinente⁽²¹¹⁾ uma vez que, tradicionalmente, estas drogas se mostram peculiares a esta população.

6) os medicamentos psicotrópicos (anfetamínicos, ansiolíticos, orexígenos, anabolizantes, analgésicos) apresentaram-se com uso abusivo em várias populações, em especial a de universitários, seguida por estudantes de ensino fundamental e médio e a geral, o que pode ser favorecido pela cultura de automedicação.

7) o crack não foi significativo na população geral e de estudantes. No entanto, mostrou-se altamente frequente em algumas populações específicas, como a de jovens internados e em tratamento no CAPSad. É possível que, como é uma droga que causa sérios danos psicológicos, físicos e sociais, de alguma forma, seus usuários necessitam buscar tratamento. Ainda, pode-se entender o crack pela perspectiva social: seus usuários apresentam-se como um grupo distinto, especialmente pela condição socioeconômica, como demonstrado no estudo de Noto et al.⁽²⁰⁸⁾ sobre crianças e adolescentes em situação de rua.

8) o consumo de heroína foi relatado somente nos estudos internacionais e o de crack, nos nacionais. Isto demonstra diferenças de escolha de substância para uso entre os países, provavelmente influenciada pela disponibilidade, possibilidade de compra, cultura e poder aquisitivo.

No presente trabalho, a prevalência de consumo na vida de álcool e/ou outras drogas da população investigada foi expressivamente maior que das demais analisadas nos parágrafos anteriores, em especial se comparada aos estudos em outros CAPSad.

A presente pesquisa utilizou investigação direta com um número reduzido de participantes, permitindo a exploração com maior detalhamento sobre o padrão de consumo. Por outro lado, estudos nos CAPSad de Blumenau-SC e Londrina-PR^(84,91) empregaram registros censitários para a coleta de dados (informações dos prontuários obtidas em momento de acolhimento dos usuários no serviço) não enfatizando características e rigor científicos.

Deve-se levar em consideração que as pesquisas apresentaram objetivos e focos de atenção diversos, utilizaram metodologias e amostras diferentes, além dos distintos perfis das regiões dos estudos e do funcionamento entre os CAPSad, variáveis que interferem nos resultados e na possibilidade de comparações.

Em termos de idade, maconha, cocaína e crack foram as drogas mais consumidas pela população mais jovem da presente pesquisa (18-37 anos). Estes dados estão compatíveis com a literatura pertinente^(6,212) que evidencia maior uso de drogas ilícitas nas faixas etárias mais jovens, de 16-24 e 25-36 anos, e com os dados dos levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional realizados pelo CEBRID^(98,156,176): tanto no levantamento de 1999 quanto no de 2001, a faixa etária de maior consumo de cocaína esteve entre 25-34 anos. Igualmente, o uso de crack e merla foi mais elevado entre jovens do sexo masculino.

Por outro lado, apesar de não estabelecer correlação estatística, possivelmente parcela dos participantes mais velhos da atual pesquisa fazia uso exclusivo de álcool ou em combinações com drogas consideradas mais

leves, como tabaco e maconha, conforme corroborado pela literatura na área que demonstra que quanto maior a idade do indivíduo, maior a propensão de consumo regular de álcool, de cigarros, e, atualmente, de maconha.^(6,84,213)

Especialmente a cocaína foi correlacionada, no presente trabalho, aos participantes com nove ou mais anos de estudos. Dado compatível com a literatura que também aponta maior prevalência de uso desta droga em meios universitários, se comparado à população geral e de estudantes do ensino fundamental e médio. Deve-se considerar ainda que na transição para os anos de 1980, a substância voltou a ganhar destaque entre as sociedades ocidentais, como uma droga glamorizada e sintonizada ao ambiente *workaholic* dos grandes centros urbanos,⁽¹⁷⁶⁾ o que pode ter estimulado os indivíduos com maior escolaridade à fazerem seu uso.

A maioria dos participantes da presente pesquisa iniciou o uso de substâncias psicoativas na adolescência. Foi nesta época também que 38% da população entrevistada principiou o consumo contínuo de drogas. Estes dados estão compatíveis com as expectativas dos pesquisadores e com a literatura pertinente.^(11,154,214) Diversos estudos e levantamentos,^(6,12,73,201,204,215) como alguns já citados no decorrer desta sessão, evidenciam álcool e/ou outras drogas principalmente a partir dos 13 anos, sendo a idade de 16 anos, crítica para o uso 'pesado' e para o desenvolvimento de transtornos por substâncias. Isto demonstra a necessidade de buscar abordagens que ampliem o olhar e as possibilidades de intervenção, sobretudo no nível de prevenção e promoção à saúde, focadas na criança e no adolescente.⁽²¹⁵⁾

Rutherford, Mayes e Potenza⁽²¹⁶⁾ observam que a adolescência representa um período único do desenvolvimento do ser humano, especialmente pela ocorrência da maturação neuronal. Entretanto, esta é acompanhada pelo aumento de comportamentos de risco e, embora estes sejam marcadores prováveis de desenvolvimento normativo do adolescente, há maior chance do surgimento precoce de transtornos por uso de substâncias, nesta população.

Assim, a adolescência representa um período de vulnerabilidade à iniciação do uso de álcool e/ou outras drogas e transição para o abuso e dependência de substâncias,⁽²¹⁶⁾ uma vez que o desenvolvimento de algumas áreas cerebrais envolvidas nestes comportamentos, como os sistemas pré-frontal e límbico, ocorrem assincronicamente.⁽²¹⁷⁻²¹⁹⁾

Por outro lado, várias estruturas do cérebro podem apresentar déficits em sua função, aspecto ou volume em pessoas com início precoce de uso de substâncias, como indicam De Bellis et al.⁽²¹⁷⁾ e Medica et al.⁽²²⁰⁾ Neste caso, o uso abusivo de álcool e outras substâncias desde a adolescência até a idade adulta pode produzir desvantagens cognitivas - incluindo alterações visuoespaciais, desempenho de aprendizagem verbal e declínio de memória - e consequências deletérias duradouras que contribuem para o desenvolvimento de TUS.⁽²²¹⁾ Jovens com uso 'pesado' e crônico de álcool e/ou de outras drogas têm, particularmente, risco aumentado para tal transtorno.⁽²²²⁾

Segundo Brown et al.⁽²²³⁾, o período caracterizado pela escalada de problemas relacionados ao consumo de álcool e de risco para o início de transtornos por uso desta substância (para alguns indivíduos), ocorre no final

da adolescência (16-20 anos). Os autores⁽²²³⁾ entendem que este momento de vida é também um período no qual os jovens estão experimentando significativas mudanças e pronunciadas exigências de maturação. Começa a emergir a necessidade de assumir papéis de adultos, responsabilizando-se cada vez mais por atividades de vida diária, pelo próprio comportamento e pelo futuro. Mudanças ocorrem também na relação com a família de origem (ficam menos dependentes), relacionamentos sexuais e afetivos (para alguns noivado, casamento, filhos) e papéis ocupacionais (conclusão do ensino médio, início da faculdade, trabalho remunerado formal). Este é também o tempo de vida que alguns indivíduos saem de suas casas de criação e estabelecem, pela primeira vez, suas residências próprias, exigindo mais tomadas de decisões.

O final da adolescência também é um momento de transição legal. Os jovens começam a assumir os direitos, os privilégios e as obrigações da vida adulta (como votar, trabalhar, responder criminalmente, consumir bebida alcoólica, tirar carteira de motorista - no Brasil). A diversidade de contextos de vida é maior do que em qualquer estágio anterior de desenvolvimento, somada, como já visto, a um período de vulnerabilidade a processos neurotóxicos pela contínua neuroplasticidade cerebral que ocorre ainda ao longo do final da adolescência e em jovens adultos.⁽²²³⁾

No entanto, apesar do entendimento de que a adolescência é a fase mais crítica para o uso de álcool e/ou outras drogas, ainda se faz relevante discutir os resultados obtidos, na presente pesquisa, de que 20% dos entrevistados iniciaram o consumo de substâncias psicoativas na infância e que o início na vida adulta foi relatado especialmente pelos participantes mais

velhos. Pode-se confirmar a hipótese de que há uma tendência cada vez maior para o início precoce de uso, o que é alarmante, pois pode gerar danos neurológicos e psicossociais irreversíveis. Lee⁽¹⁴⁸⁾ refere que quanto mais cedo o indivíduo iniciar o consumo de álcool ou tabaco, maior será sua vulnerabilidade para o desenvolvimento de abuso ou dependência das substâncias e uso concomitante com drogas ilícitas.⁽⁹⁵⁾

Levantamento nacional brasileiro⁽²⁰⁴⁾ demonstrou resultados expressivos de uso na vida, especialmente do álcool e do tabaco, na faixa etária de 10 a 12 anos, com 12,7% do total de estudantes respondentes. Pesquisas de Costa et al.⁽¹⁶⁵⁾ e Benchaya et al.⁽⁹⁵⁾ também apontam o início precoce do consumo de drogas entre adolescentes. Estes dados são verificados por Shiner e Parry⁽¹⁶⁴⁾ e demonstram ainda que estudantes com início do ato de beber no ginásio tendiam a consumir bebidas alcoólicas com mais frequência e mais intensamente do que aqueles que começaram na faculdade.

Neste sentido, por razões diversas, crianças estão cada vez mais expostas e sujeitas ao uso indevido de drogas e devem constituir-se como foco de atenção, junto aos adolescentes, nos programas de promoção de saúde e prevenção. Estudos como de Beets et al.⁽²²⁴⁾ comprovam benefícios de intervenções precoces nos comportamentos de escolares. Os autores⁽²²⁴⁾ observaram que estudantes de quinta série que participavam de programas de prevenção relataram menos envolvimento com drogas se comparados ao grupo controle.

Por outro lado, resultados da pesquisa de Marsiglia et al.⁽²²⁵⁾ não evidenciaram que prevenções realizadas apenas na quinta série foram eficazes

em alterar trajetórias de uso de substâncias como álcool, cigarros, maconha e inalantes, entre quinto-oitavo anos. Além disso, a dose dupla de prevenção, nos ensinos fundamental e médio, mostrou-se tão efetiva quanto a intervenção isolada na sétima série, e apenas para duas substâncias: maconha e inalantes.

Os autores⁽²²⁵⁾ levantam como hipóteses para estes resultados fatores do desenvolvimento infantil (as crianças mais jovens podem não estar prontas para o material da intervenção) e fatores do ambiente (elas podem não ter conhecimento empírico sobre o uso de drogas, e/ou têm poucas oportunidades de usar os conhecimentos e habilidades adquiridos). Outra questão considerada na interpretação dos resultados foi o grau de sucesso na adaptação da intervenção para crianças menores, tanto em termos de conteúdo curricular como de formato, adequados.

Desta forma, Marsiglia et al.⁽²²⁵⁾ sugerem que a análise da frequência e tipos de ofertas de drogas e do nível de acesso às substâncias ao longo do desenvolvimento infanto-juvenil poderia ajudar a abordar estas questões. Sugerem ainda que estudos futuros podem explorar a possibilidade de subgrupos específicos beneficiaram-se da intervenção na quinta-série. Em seu estudo, jovens com experiência precoce de uso de substâncias foi o único grupo a perceber o material de prevenção como saliente ou ter a oportunidade de atuar sobre seus novos conhecimentos e habilidades e, assim, mostrar resposta sensível à intervenção na forma de crescimento atenuado de uso após a iniciação.

Tomando por base estas considerações, deve-se questionar o que realmente abordar em programas com crianças que seja eficaz na prevenção do uso de álcool e/ou outras drogas. Trabalhar conteúdos relacionados diretamente às drogas ou fortalecer habilidades sociais e acadêmicas, que indiretamente fariam com que as crianças fossem mais capazes de resistir e recusar as drogas quando expostas a estas, são perguntas a serem respondidas cientificamente.

A Secretaria de Educação do Estado do Paraná - Brasil, por meio de cadernos temáticos sobre os desafios educacionais contemporâneos,⁽²²⁶⁾ posiciona que deve-se tratar o assunto sobre uso indevido de drogas no cotidiano escolar de maneira crítica, histórica, pedagógica e articulada aos conteúdos de todas as disciplinas da Educação Básica. O documento faz referência às abordagens desenvolvidas até o presente momento, como enviesadas, superficiais, permeadas de preconceitos e amedrontamentos e com precária cientificidade. Observa que não há um modelo de prevenção que tenha a garantia de sucesso e que o tratamento dado para o tema, por meio de palestras, dia e mural de prevenção, entre outros, não caracteriza a intervenção propriamente dita. Sugere que a intervenção deva resultar de um processo educacional constante e permanente, com embasamento teórico e formação contínua e não ser somente tratada por meio de estratégias pontuais e esporádicas.

De certo modo, o que é possível observar são as lacunas e limitações deste campo do conhecimento. É escassa a literatura sobre prevenção voltada às crianças, sendo mais raras ainda pesquisas aplicadas que possam

direcionar o trabalho prático de forma mais eficiente. Constitui uma área do saber que requer investigações por parte de profissionais especializados.

Com relação aos companheiros de uso de substâncias psicoativas, a maioria dos entrevistados do presente estudo relatou consumir drogas com a 'turma/amigos/colegas', principalmente aqueles provenientes de outros locais (exceto SJRP). Os de origem na região administrativa de SJRP relataram os 'familiares/parentes' como parceiros de uso. Estes dados também estão condizentes com as expectativas dos pesquisadores e com vasta literatura na área⁽⁶⁾ e requerem atenção especial pelos órgãos promotores de saúde.

Como já exposto em outras sessões da discussão, 'amigos' são incontestavelmente apontados como os maiores cúmplices na prática de consumo de substâncias.⁽²²⁷⁻²²⁸⁾ Dentro da dinâmica das amizades e do consumo de álcool e/ou outras drogas é possível verificar pelo menos dois tipos de reforçamentos operando no comportamento de uso: o primário (pelo efeito das substâncias no organismo) e o social (pelas consequências dentro do grupo de referência).⁽²²⁹⁻²³⁰⁾ Deve-se, desta maneira, buscar preparar os jovens para lidar com situações de riscos e vulnerabilidades mediante os amigos e colegas, desenvolvendo recursos para lidar com os mesmos, tais como assertividade em recusar ofertas ou diminuir a interação com usuários de álcool e/ou outras drogas.⁽²³¹⁾

Quanto à companhia de familiares e parentes no uso de álcool e/ou outras drogas, é possível levantar a hipótese de que estes se envolvem com o uso de, principalmente, álcool e tabaco, como uma atividade de convívio social e lazer, mostrando-se coniventes e/ou incentivadores do hábito entre seus

próprios integrantes. Shínew e Parry⁽¹⁶⁴⁾ e Costa et al.⁽¹⁶⁵⁾ verificaram a relevância dos pais e familiares no início do consumo de drogas, especialmente de bebidas alcoólicas. No entanto, é provável que estes não mensurem o grau de influência de seus comportamentos para futuros problemas de uso de substâncias em seus descendentes. Neste sentido, intervenções em diferentes níveis da saúde precisam estender-se às famílias, dada a importância do papel que os pais exercem, como modelos, na educação dos filhos.

Corroborando com as considerações anteriores, Vieira et al.⁽¹⁷⁷⁾ concluem, com os resultados de seu estudo, que muitas das drogas entram na vida dos indivíduos pelos

“... espaços sociais, como clubes, festas, comemorações e no próprio ambiente familiar, sendo que seu malefício é percebido apenas com a instalação de dependência física e/ou psíquica da substância. A não compreensão do álcool como droga evidencia esse fácil acesso, dificultando a aceitação da doença (dependência), bem como do seu devido tratamento” (p.284).

Os principais motivos, influências, fatores e condições associados ao início do uso, indicados pela população entrevistada no presente trabalho, foram principalmente as amizades e o convívio com a turma, a frequência em bailes e festas e a curiosidade e vontade de experimentar as drogas. Este último motivo foi associado estatisticamente aos participantes com 5 a 8 anos de estudos. *“Comecei vendo meus amigos usar. O que eles faziam eu tinha que fazer também”* (Suj. 36); *“la atrás de colegas”* (Suj. 38); *“Falei para amigo que estava estressado, amigo falou para eu experimentar”* (Suj. 48); *“Foi em bailes, festas e bares. Jogava sinuca...”* (Suj. 5); *“Por curiosidade”* (Suj. 8); *“... queria experimentar”* (Suj. 16).

Pode-se entender que especialmente o ciclo de vida da adolescência, com suas características peculiares, contribua para associação positiva entre convívio com amigos,^(159,165,227) bailes,⁽¹⁵⁹⁾ curiosidade, álcool e/ou outras drogas, como indica extensa literatura pertinente.^(12,165,205,215) Pesquisas evidenciam que as principais razões para o início do uso de bebidas são as sociais^(159,164) e a curiosidade.^(159,165) Outros motivos demonstrados em estudos nacionais e internacionais foram ‘para relaxar’, ‘escapar’, ‘reduzir o estresse’ e a ansiedade”, ‘divertir’,⁽²²⁷⁾ ‘enfrentar emoções negativas’,⁽²³²⁾ ‘suportar pressão dos pares’, ‘usufruir dos efeitos’,^(164,227) dentre outros. Além disso, estímulos ambientais que contém apelos para o consumo de álcool e outras drogas estão direcionados à esta faixa etária.

A dispersa e ampla variedade de razões associadas ao início de uso de substâncias podem se constituir como dificultadores para a elaboração de programas eficazes à prevenção do problema. Entretanto, considerando a baixa efetividade dos recursos tratamentosos direcionados a indivíduos usuários, bem como os prejuízos incalculáveis de ordens orgânica, psicológica, social e econômica do efeito destas na vida de crianças e adolescentes, os investimentos devem ser concentrados na promoção da saúde e prevenção de riscos nesta fase precoce do desenvolvimento da vida.

Quanto ao uso ininterrupto de álcool e/ou outras drogas por alguns dias, parcela expressiva dos participantes da presente pesquisa respondeu sim para a questão. Por outro lado, a maioria dos entrevistados afirmou períodos sem o consumo. Apesar dos relatos de abstinência, o tempo alcançado variou significativamente, de alguns dias à mais de 10 anos; houve também aqueles

que referiram não ter ficado abstêmios, especialmente os participantes com nove ou mais anos de estudos, conforme correlação estatística.

Pode-se verificar, portanto, que o padrão de utilização das drogas se dá de forma intermitente, assim como indica a literatura. É expressiva a falta de controle que em alguns momentos são tomados os indivíduos, ficando a mercê do uso indiscriminado e contínuo de drogas. Em outros períodos, há a suspensão do consumo. Entretanto, ainda que a interrupção ocorra após tratamento específico, esta por si só não deve ser entendida como sucesso terapêutico e/ou vitória pessoal.

Em pesquisa de Bastos, Bertoni e Hacker⁽⁶⁾, dentre os 17,9% dos entrevistados que utilizavam bebidas alcoólicas de forma regular (mais de quatro vezes por semana) em algum período de suas vidas, 60% declararam ter pensado em parar de beber, todavia somente 2,2% referiram ter cessado este hábito por completo e 3,4% ter interrompido por um tempo, mas voltado a fazer uso. No estudo de Walter et al.,⁽²³³⁾ a taxa de recaída entre os pacientes dependentes de álcool foi de 49% durante o primeiro ano após o tratamento para desintoxicação.

Estes dados corroboram com o entendimento de que, uma vez estabelecido contato abusivo ou apresentado quadro de dependência das drogas, mesmo abstinentes, é preciso que os indivíduos fiquem vigilantes para esta questão. Fatores estressores, tanto ambientais como pessoais, podem contribuir para as recaídas,⁽¹⁴⁶⁾ independentes do tempo de abstinência conquistado.

Condições associadas às recaídas são apontadas entre os estudos⁽¹⁴⁶⁾ na área, evidenciando uma diversidade de influências operando sob esta variável. Algumas pesquisas demonstram fatores sociais (influências negativas e pressões do grupo de amigos para beber) relacionados com situações de vida (viver sozinho, solidão), estado civil (ser separado do cônjuge) e frequência pré-tratamento de ingestão de álcool.⁽²³³⁾ Outras, associam-na ao *craving* ou fissura pelas substâncias,⁽²³⁴⁾ às emoções negativas⁽²³⁵⁻²³⁶⁾ ou à busca de estados positivos de alegria e relaxamento,⁽¹⁴⁶⁾ ao manejo de situações difíceis (notícias desagradáveis, problemas na área familiar) e ao enfrentamento de problemas físicos e psicológicos (insônia, doenças, estresse, problemas sexuais).^(146,236)

No presente estudo, os aspectos indicadores das recaídas também foram diversos, sendo os principais relatados: solidão (especialmente para os participantes mais velhos da pesquisa); distância dos familiares; impressão de poder beber sem consequências negativas ou de estar bem; vontade e prazer no uso; brigas; e, características psicológicas próprias, como nervosismo e intolerância às situações adversas, estando compatíveis com os apresentados pela literatura pertinente, como já exposto nos parágrafos anteriores.

Neste sentido, deve-se esperar a ocorrência de recaídas durante o tratamento de transtornos por uso de substâncias. A literatura⁽¹⁴⁶⁾ destaca que a reincidência deve ser encarada como um estado de transição, que pode ou não ser seguido de uma melhora. Discute também três possibilidades de respostas dos indivíduos: 1) abstinência permanente na primeira tentativa; 2) episódios

breves de recaída com abstinência em longo prazo; e, 3) recaídas crônicas e recuperações transitórias da adição química.

Programas de tratamento para álcool e/ou outras drogas devem utilizar estratégias de prevenção de recaídas como potencializadores da situação de abstinência.⁽⁹²⁾ Estudos⁽²³⁷⁾ sugerem a necessidade de trabalhar, nestes tipos de intervenções, a autoeficácia em não beber, uma vez que esta variável demonstrou-se correlacionada a resultados favoráveis em médio prazo. Corroborando, Demirbas et al.⁽²³⁸⁾ evidenciam que o envolvimento ativo na solução de problemas, como a utilização de estilos reflexivo e de esquivo, aumenta abstinência. Sugerem que um dos principais objetivos dos programas de tratamento para substâncias psicoativas deve estar voltado para a ampliação do repertório e variedade de comportamentos de resolução de problemas que podem ser utilizados na vida diária dos usuários.

O padrão descontinuado de consumo de álcool e/ou outras drogas, observado entre os participantes do presente estudo, pode justificar o resultado encontrado de que 31% dos entrevistados referiram não ter sentido sintomas clássicos do período de abstinência durante todo o tempo de uso destas substâncias. É possível também que, por demonstrarem tempos de uso variados, a sensação da intensidade dos prejuízos possa ser percebida de forma distinta entre os usuários.

Por outro lado, aproximadamente 42% da amostra investigada já sentiram sintomas da abstinência, o que pode indicar quadros de dependência de substâncias já desenvolvidos. Como se sabe, os critérios para o diagnóstico de dependência de álcool e/ou outras drogas, segundo o DSM-IV-TR,⁽²⁹⁾ são:

(1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

A – necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância, para obter a intoxicação ou o efeito desejado;

B – acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;

(2) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

A- síndrome de abstinência característica da substância;

B- a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

(3) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;

(4) Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;

(5) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (p. ex., consultas a vários médicos ou longas viagens de automóvel), na utilização da substância (p. ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos;

(6) Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância. (p.212)

Entretanto, mesmo demonstrando quadros mais crônicos de TUS, os sintomas de abstinência foram pouco associados, na presente pesquisa, às razões por busca de tratamento. Fontanella et al.⁽¹⁵³⁾ supõem que este fato possa ter relação com a capacidade dos sujeitos de lidar ‘eficazmente’ com a síndrome em seus cotidianos. Os autores⁽¹⁵³⁾ concluem que este aprendizado serve como barreira para procura precoce de tratamento, à medida que é uma habilidade exercida sem ajuda externa.

A atitude de não procurar tratamento no momento em que ocorrem os primeiros sinais de perda de controle sobre a situação pode levar o hábito à estágios que causem danos e custos significativos no que diz respeito a perda da dignidade e da condição humana e a própria deteriorização do sujeito,

prejuízos estes que impactam tanto indivíduo como família, sociedade e governo.

Isto pode ser confirmado na presente pesquisa, pelo entendimento entre os entrevistados de que as drogas prejudicaram as suas vidas (quando questionados sobre problemas relacionados ao uso de álcool e/ou drogas). No momento de busca por tratamento, quase a totalidade dos participantes relatou prejuízos vinculado ao uso de álcool e/ou outras drogas, que se deu em diversas áreas: familiar, profissional, financeira, credibilidade, bens (especialmente os que referiram renda mensal familiar de três ou mais salários mínimos), formação escolar (especialmente para os participantes mais jovens), perspectiva de vida, social, moral (principalmente aos caucasóides), legal, emocional e conjugal, dentre outras, conforme demonstrados nos exemplos.

“Prejudicou muito, em todos os sentidos” (Suj. 28);

“Em tudo... perdi tudo” (Suj. 40);

“Você se distancia dos familiares” (Suj. 6);

“Interferiu na convivência com a família, com filhos, com a esposa (Suj. 13);”

“... magoei a família inteira, não sou nada para meus filhos” (Suj. 44);

“Família, filhos. Deixava meus filhos chorando. Dava mais atenção às drogas” (Suj. 46);

“Pegava dinheiro da família” (Suj. 50);

“...Perdi vários serviços” (Suj. 26);

“Perdi emprego bom” (Suj. 32);

“Atrasou minha vida. Estou começando ir para frente agora. Com 20 anos era pai” (Suj. 24);

“Eu poderia ter tido um futuro melhor, com oportunidades, conhecer pessoas melhores” (Suj. 36);

“... ai passa ano e vem outro, e não fiz nada” (suj. 47);

“Tudo o que preciso (financeiramente) tenho que ter ajuda.” Suj. 24;

“Estou acabando com tudo... moto - não tenho mais... aparelho de som. Não tenho mais nada. Roupas - meninos pegavam (trocava minhas coisas por drogas)” (Suj. 16);

“Perdi carro, moto. Vendi carro e moto para pagar as drogas” (Suj. 32);

“Poderia ter estudado, hoje ter uma profissão” (Suj. 27);

“... O álcool acaba com o fígado, dá cirrose, acaba com tudo. A pinga te queima todo” (Suj. 9);

“... acabando com os créditos que tenho com as pessoas, elas passam a desconfiar de você” (Suj. 6);

“Perdi moral e dignidade” (Suj. 17);

“... e na vida sentimental. Tive meninas ótimas e não aproveitei” (Suj.42);

“Eu fui preso porque eu fui roubar por causa da droga” (Suj. 15);

“Acabou com minha vida de uma forma radical. Eu tinha tudo aí foi corroendo, corroendo até acabar com tudo. Cheguei no fundo do poço” (Suj. 6);

“Perdi casamento” (Suj. 41);

“Briguei bastante” (Suj. 3);

“Direção perigosa” (Suj.2);

“Sofrendo de querer a droga” (Suj. 25);

“... fico desconfiado de todos (acho que todo mundo está olhando para mim)” (Suj.43);

“Não sou mais tranquilo, não consigo ficar parado em um lugar e ficar calmo, não tenho mais prazer” (Suj.44).

Estes resultados estão compatíveis com os apresentados pela literatura pertinente,⁽¹⁵³⁻¹⁵⁴⁾ como demonstra o estudo de Vieira et al.⁽¹⁷⁷⁾ no qual todos os entrevistados classificaram as drogas como algo negativo, desorganizador de suas vidas, que acarreta o afastamento de familiares, da religião, de amigos e perda de bens materiais, e o estudo de Budney, Vandrey e Stanger⁽²³⁹⁾ no qual foi comum relatos de problemas na escola ou no trabalho, no vínculo conjugal e na família relacionados ao uso de drogas,

além de dificuldades financeiras, baixa energia, baixa autoestima, insatisfação com o nível de produtividade, problemas no sono e na memória e baixa satisfação com a vida.

Os dados evidenciam que o consumo abusivo e contínuo de álcool e/ou outras drogas pode interferir e prejudicar todas as áreas de vida dos indivíduos, comprometendo-os existencial e funcionalmente. Entretanto, *per se* os sujeitos conseguem perceber as consequências nocivas do vício e buscar por tratamento, somente após vivenciar intensa desestruturação.

Especificamente com relação aos prejuízos na área da saúde, quase a totalidade dos participantes do presente estudo relatou algum tipo de prejuízo nesta área vinculado ao uso de álcool e/ou outras drogas, sendo os principais, os psicológicos (como 'depressão', 'ansiedade', 'psicose'), seguido por físicos (como perda de peso, perda de resistência muscular, acidentes, machucados, brigas, convulsão, tosse, overdose, cansaço, indisposição, fraqueza e mal-estar) e cognitivos (como prejuízo da memória, esquecimento e dificuldade de reter novas informações).

Os resultados identificados sugerem que as estratégias de intervenção em pacientes com abuso/dependência de substâncias devam considerar a avaliação de complicações. Após tempo de uso intenso, além do álcool e/ou outras drogas, outras doenças acarretam prejuízos na vida dos usuários impedindo a obtenção de uma melhor qualidade de vida nesta população.

Complicações para o organismo do usuário por uso crônico de substâncias são relatadas pela literatura.^(153-154,239) Estudos associam o consumo crônico de cocaína e derivados à problemas cardíacos (angina,

arritmias), pulmonares, deficiências vitamínicas, distúrbios neurológicos (acidentes vasculares cerebrais e medulares, isquemias, cefaléias, convulsões), desordens motoras (tiques), déficits significativos nas funções cognitivas (memória, atenção e concentração, aprendizagem, formação de conceitos e habilidades viso-espaciais) e complicações psiquiátricas (transtorno psicótico, transtornos ansiosos, depressão e os transtornos associados ao consumo).

Hipertensão, doenças do aparelho gastrointestinal (esteatose, cirrose, hepatite viral), diabetes, doenças do aparelho respiratório, parasitoses intestinais, acidente vascular cerebral, doenças do fígado e do estômago, câncer de esôfago e depressão foram os transtornos clínicos mais frequentemente encontrados entre usuários de álcool, principalmente por indivíduos na faixa etária de 35 e 54 anos.⁽¹⁵⁴⁾

Quanto às atitudes dos familiares relatadas pelos entrevistados, na presente pesquisa, frente ao uso de álcool e/ou outras drogas, a categoria 'se afastaram ou rejeitaram' esteve associada aos participantes mais velhos do estudo, enquanto a categoria 'pediam e procuravam ajuda/ tratamento/ internação', aos mais jovens. Estes dados podem ser compreendidos se levar em conta as diferentes épocas vividas pelos familiares dos participantes, nas quais influenciaram o modo de entendimento das causas relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas, bem como da cronicidade do problema.

Como já citado, os participantes mais velhos possivelmente tinham o álcool como principal substância de consumo. Por se tratar de uma droga legalizada e os problemas desenvolvidos por esta evoluírem gradativamente

até sua cronificação, é provável que as dificuldades foram encaradas, pelos familiares, como uma questão de caráter. Além disso, as famílias podiam estar expressando, com a atitude de afastamento ou rejeição, a falta de perspectiva de resolução do problema, o cansaço pelas insistências mal sucedidas e pela percepção de abandono de esforços por parte dos usuários.

Filizola et al.,⁽¹⁹²⁾ ao buscar compreender as condições de vulnerabilidade de famílias que vivenciam a experiência de alcoolismo entre seus membros, averiguaram que há pouco conhecimento sobre o assunto e os conceitos importantes para a compreensão deste problema de saúde e do seu tratamento. Algumas famílias declaravam não saber nada, outras reconheciam o alcoolismo como uma doença, no entanto, desconfiavam de que a pessoa fazia uso da enfermidade em proveito próprio, sendo uma forma de se acomodar. Houve ainda aquelas que consideravam que quem fazia uso de álcool, mas continuava realizando seu trabalho não poderia ser considerado um alcoolista. Quanto aos determinantes da doença, as famílias apresentaram crenças de que as pessoas já nascem assim, ou que se tornam alcoolistas por vontade própria.

Miranda et al.⁽¹⁸⁸⁾ verificaram que a moral constituiu-se como modelo explicativo mais utilizado por familiares para o uso e abuso de álcool entre seus membros, responsabilizando-os tanto pelo início e desenvolvimento do problema, quanto pelas soluções. Há a recusa em aceitar a condição de doente (*“não é doença, é safadeza”*). Por outro lado, há a presença de comportamentos agressivos (*“eu só queria que ele ficasse internado para*

sempre”) e punitivos (*“só trouxe para interná-lo porque chamei a Polícia, quando ele estava dormindo”*).

Para pesquisadores da área, o reconhecimento do alcoolismo como doença representa uma dificuldade tanto das famílias como da sociedade. Um dos dificultadores apresentados é o fato da ingestão de bebidas alcoólicas levar a quadros muito diferentes, com cursos irregulares e prognósticos variados.⁽¹⁹²⁾

Os entrevistados mais jovens do presente trabalho, por outro lado, faziam uso de outras drogas, especialmente as ilícitas, que têm sido vistas pela população como deletérias. Pelos efeitos de sua manifestação, com expressões de comportamentos agressivos, descontrole e prejuízos da saúde psicológica, social e física, é de se esperar que os familiares sintam-se mais insitados para a ajuda. Além do mais, atualmente há uma maior conscientização sobre o problema de álcool e outras drogas, entendendo-o como doença. Esta concepção, somada à disponibilidade dos familiares em procurarem ajuda especializada, contribuem para a possibilidade de inclusão da família no tratamento e de desenvolvimento de medidas preventivo/educativas.

A partir de relato de experiência da participação de famílias no tratamento de álcool e/ou outras drogas em um CAPSad do município de Natal-RN,⁽²⁴⁰⁾ é possível reafirmar as vantagens deste modelo de atenção. A liberdade para falar, discutir e ser ouvido, é reconhecida pelos familiares entrevistados como uma situação privilegiada, motivando-os ainda mais a

comparecerem ao serviço e a assumirem a coparticipação no tratamento do membro usuário, melhorando o funcionamento e o ajustamento da família.

Deste modo, assim como há reciprocidade entre presença de problemas relacionados ao álcool, conjugais e familiares, há também evidência de que as pessoas que são mais bem sucedidas em controlar o consumo de álcool e/ou outras drogas são aquelas que estão em relacionamentos favoráveis com o cônjuge e/ou que possuem uma família com maior probabilidade de se tornar estável ao longo do tratamento.

Com a adoção de um enfoque amplo e sistêmico, que considere tanto as necessidades dos usuários como as da família como um todo,⁽²⁴¹⁾ há a possibilidade de se construir um espaço, do ponto de vista prático-profissional, de ações concretas de instrução do como lidar e agir com membros da família com problema de uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, favorecendo resultados positivos.⁽⁹³⁾

Com relação aos tipos de tratamentos e/ou serviços utilizados pelos pacientes entrevistados, no presente trabalho, frente ao problema de álcool e/ou outras drogas, os mais relatados foram: CAPSad (especialmente pelos sujeitos mais velhos); Internação; Pronto Socorro (principalmente pelos que referiram 'outras' religiões); AA/NA/Amor exigente (sobretudo pelos com nove ou mais anos de estudos); e, Religioso. Houve aqueles que referiram não ter feito nenhum tratamento antes do CAPSad (especialmente os com renda mensal familiar de três ou mais salários mínimos).

Apesar da atual Política Nacional para Usuários de Álcool e outras Drogas preconizar a assistência em todos os níveis de atenção, privilegiando-

se os cuidados em dispositivos extra hospitalares, como o CAPSad e Rede de Atenção Básica de Saúde,⁽²⁴²⁾ é possível observar que internações em hospitais psiquiátricos e unidades especializadas ainda estão entre os serviços mais utilizados. Este modelo de intervenção configura-se como o mais tradicional na área e se baseia na expectativa de que, impossibilitando o acesso do usuário/ dependente ao álcool e outras drogas, o mesmo poderá se afastar definitivamente destas substâncias.⁽²⁴³⁾

No entanto, o que é demonstrado na prática é que este objetivo não se cumpre efetivamente, principalmente pelo fato do método estar baseado predominantemente em intervenções medicamentosas e contribuir para a estigmatização e isolamento social dos pacientes.^(83,243) Outro problema observado na realização destes cuidados intensivos gira em torno de seu alto custo, que suscita gastos crescentes para o Sistema Único de Saúde (SUS), como indica pesquisa de Gallassi, Elias e Andrade.⁽²⁴⁴⁾

Os autores⁽²⁴⁴⁾ evidenciam a necessidade e o desafio em aperfeiçoar programas extra hospitalares para os atendimentos aos usuários de substâncias psicoativas. Essas modalidades proporcionam, muitas vezes, a não necessidade de recorrer aos serviços de maior complexidade, com conseqüente, menor ônus ao sistema.

Entretanto, devido aos agravos na saúde decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, muitas vezes os usuários requerem respaldo hospitalar. Amaral, Malbergier e Andrade⁽²⁴²⁾ demonstram que o álcool está associado a quase 70% dos homicídios, 40% dos suicídios, 50% dos acidentes automobilísticos, 60% das queimaduras fatais, 60% dos afogamentos e 40%

das quedas fatais. Além do mais, muitas das mortes em setores de emergência relacionadas às drogas envolvem o uso de duas ou mais substâncias, muitas vezes simultâneas (p.ex.: poliusuários).

Ainda Amaral, Malbergier e Andrade⁽²⁴²⁾ esclarecem que o cuidado inicial à indivíduos com TUS em pronto socorros ou unidades de emergência psiquiátrica justifica-se pela condição primariamente clínica de quadros de intoxicação, de abstinência e de complicações. No entanto, estes serviços não visam os cuidados de problemas de ordem psicológica, social ou comportamental decorrentes do abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas.

Para possibilitar a transição entre cuidados paliativos, em momentos de crise e com intervenções pontuais, para o modelo de atenção psicossocial, profissionais de saúde envolvidos em atendimentos de emergência devem saber identificar e encaminhar eficazmente os pacientes usuários de substâncias. Em muitos casos, estes serviços configuram-se como o primeiro contato com algum tipo de tratamento para a problemática e o primeiro passo para a recuperação.

“A procura de setores de emergência por usuários de álcool e drogas pode ser uma oportunidade para a sensibilização do paciente quanto ao uso de substâncias, comportamentos de risco e consequências médicas e psicossociais do uso de substâncias psicoativas.” (p.109)⁽²⁴²⁾

Algumas estratégias de intervenção indicadas pela literatura pertinente envolvem o oferecimento de sessões individuais de 5 a 15 minutos, com o objetivo de motivar o paciente para a continuidade no tratamento, e de

encaminhar, após a alta do PS, para seguimento ambulatorial, como o CAPSad.⁽²⁴²⁾

Por outro lado, para que as chances de tratamentos extra hospitalares aumentem é importante assegurar a disponibilidade, rapidez e efetividade dos serviços oferecidos.⁽²⁴²⁾ Estas condições não estão, muitas vezes, presentes nos serviços públicos, o que gera deficiências na absorção da população que busca ajuda e ineficácia no tratamento para a problemática.

Pode-se verificar também, no presente estudo, que não houve procura exclusiva, por parte dos pacientes, da rede oficial de Saúde, fundamentada no saber técnico-científico, para a ajuda frente ao problema com substâncias. Outras redes, baseadas em expressões espontâneas da população, também foram consideradas como alternativas. Este é o caso de AA/NA/Amor exigente e tratamento religioso.

Os grupos de mútua ajuda apresentam como meta a abstinência total das substâncias psicoativas. Buscam, por meio de um ambiente aberto, honesto e de troca de experiências, que os pacientes sejam motivados a aprender a viver com o seu problema, que é considerado uma condição crônica, sem a necessidade de procurar as causas ou esperar por uma cura.⁽²⁴³⁾

Os tratamentos religiosos baseam-se na fé como propulsora de melhora, tendo também como meta a abstinência total. Entretanto, há diferenças entre os de base evangélica, católica e espírita. Estudo de Sanchez e Nappo⁽¹⁰¹⁾ demonstra que os evangélicos, fundamentados em orações como prática para manejo do consumo de drogas e para controle de recaída, vêem as preces

como substituta da terapia farmacológica. O enfrentamento das dificuldades ocorre a partir da perspectiva de que o consumo de álcool e/ou outras drogas se configura como pecado e de que Deus salva, protege e resolve os problemas.

Ao contrário dos evangélicos, os católicos se submetem mais a outros tratamentos, especialmente os que seguem o molde dos grupos de AA, com princípios católicos e sem farmacoterapia. Entendem que o sucesso depende do esforço individual e do auxílio de pessoas ou grupos, apesar de Deus dar forças para alcançar os objetivos. Os recursos terapêuticos disponíveis nesta religião são: a confissão (remissão dos pecados) e a eucarística (receber Jesus que protegerá da vontade de consumir drogas).⁽¹⁰¹⁾

Por outro lado, a terapêutica espírita baseia-se em ‘passes’ para o reequilíbrio energético e no afastamento dos “espíritos pouco evoluídos” pelo método da desobsessão. Os espíritas trabalham o estado emocional dos usuários de drogas, dão subsídios para o enfrentamento das dificuldades e para a mudança na forma de pensar e de agir, utilizando-se da moral contida nos evangelhos.⁽¹⁰¹⁾

Muitos usuários de álcool e/ou outras drogas preferem os tratamentos religiosos ou os grupos de mútua ajuda por encontrarem nestes, diferentemente do que observam muitas vezes nos profissionais de saúde, acolhimento fervoroso, respeito e declarações, por parte de quem os acolhem, de enfrentamento dos mesmos problemas. A condição de vulnerabilidade na qual os indivíduos se encontram, na maioria das vezes, torna ações como estas, condições para a recuperação da autoestima. Além disso, a reinserção

social por meio de novas atividades e vínculos sociais são recursos para a reestruturação dos indivíduos.⁽¹⁰¹⁾

Pode-se verificar, portanto, que o abuso e a dependência de substâncias psicoativas, por se tratar de um fenômeno complexo e multideterminado, recebe atenção de diversos campos do saber. No entanto, como observa Schneider⁽²⁴⁵⁾, sob um discurso hegemônico, existem concepções variadas sobre a problemática, muitas vezes incompatíveis entre si.

Por meio da comparação dos tratamentos religiosos entre evangélicos, católicos e espíritas, apresentados por Sanchez e Nappo,⁽¹⁰¹⁾ evidenciou-se que apenas entre os espíritas ocorreu a recomendação de tratamento médico em paralelo ao proferido pelo grupo religioso. Em contrapartida, entre os evangélicos, houve oposição a intervenções médicas e psicológicas, o que pode contribuir para a não melhora do problema.

Essas divergências permeiam entendimentos sobre a dependência como: uma doença, com claros componentes genéticos, que se torna recorrente e incurável; um problema de 'pecado'; uma escolha livre do sujeito no seu direito de cidadão; ou um produto de ordem social; dentre outras.⁽²⁴⁵⁾

Segundo Schneider,⁽²⁴⁵⁾ a problemática do abuso e dependência de álcool e/ou outras drogas não pode ser reduzida a uma visão determinista, subjetivista, psicologizante ou psicopatologizante, nem espiritualista ou moralista, que enquadram os usuários ora em uma condição de culpados, ora de vítimas. Até mesmo a racionalidade científica, comprovada por métodos rigorosos e que se desdobra principalmente em intervenções realizadas sobre a perspectiva comportamental (terapia cognitivo-comportamental, terapia

motivacional, prevenção à recaída, manejo de contingências etc.) e a farmacológica, podem incorrer em reduções irreais.⁽²³⁹⁻²⁴⁶⁾

Segundo pesquisadores da área, atualmente, não há nenhum modelo de tratamento que dê conta inteiramente da problemática. Mesmo as intervenções para usuários adultos demonstradas pela literatura nacional e internacional como as mais eficazes, alcançam resultados parciais.⁽²³⁹⁾ Expectativas mais otimistas estão em aplicações inovadoras que levam em consideração a complexidade do fenômeno, não reduzindo-o à apenas um olhar,⁽²³⁹⁾ além da ênfase em ações preventivas, sejam na forma de promoção de saúde e/ou na prevenção do início do uso.^(239,245)

Quanto ao uso de medicamentos para o tratamento de álcool e/ou outras drogas concomitante a intervenção psicossocial, ambos oferecidos pelo CAPSad, parcela expressiva dos participantes da presente pesquisa (especialmente os mais velhos) afirmou a utilização deste recurso, tendo como principais categorias de remédios: ‘antidepressivos’, ‘estabilizadores de humor’, ‘ansiolíticos/benzodiazepínicos’, ‘antipsicóticos’ e ‘anticonvulsivantes’.

O tratamento farmacológico é indicado nos casos de intoxicação, síndrome de abstinência, complicações clínicas e comorbidades,⁽²⁴³⁾ condições estas mais passíveis de ocorrer em usuários crônicos, o que pode justificar a correlação estabelecida. Contribui também no período pós-abstinências para a manutenção dos resultados obtidos. Entretanto, segundo literatura pertinente na área,⁽²⁴³⁾ este tipo de intervenção para os TUS é uma das de menor efetividade. Possivelmente isto ocorre, em parte, pela não utilização de remédios específicos para a problemática, como pode-se observar nas

indicações das classes de medicamentos no presente trabalho, tornando seus efeitos genéricos.

Quanto aos tipos de drogas utilizadas no último mês pelos pacientes participantes, pode-se observar uma diminuição na frequência de uso (comparada ao consumo durante a vida) de todas as substâncias ou mesmo o relato de não uso destas, após o início do tratamento no CAPSad, conforme pode ser observado na correlação entre o 'não uso de nicotina e álcool' aos participantes mais velhos da pesquisa. Entretanto, as associações entre consumo de crack e cocaína aos participantes mais jovens continuam as mesmas das observadas no padrão de uso durante a vida.

Os resultados da presente pesquisa demonstram sinalizações sobre as possibilidades e limitações do modelo proposto pelo CAPSad. Pode-se observar que a metodologia empregada, associada à disposição do próprio usuário, no momento da pesquisa, traduzem-se em resultados favoráveis na redução do uso. No entanto uma parcela da população estudada ainda mantém-se no hábito, principalmente os mais jovens, usuários de drogas ilícitas.

Se o CAPSad não fragmentar os tipos distintos de agrupamentos de usuários que se inter cruzam, observando os perfis e as características de forma personalizada, ampliando as abordagens e especializando profissionais para as diversidades de padrões, possivelmente não proporcionará intervenções eficazes. Deve também reconhecer as limitações do modelo que, muitas vezes, não contempla a necessidade terapêutica de todos os perfis de usuários, realizando encaminhamentos precisos.

5. CONCLUSÕES

Apesar dos significativos prejuízos evidenciados para o maior número dos participantes do presente estudo, no geral, os resultados não permitem evidenciar fatores considerados como preditores para uso de substâncias, uma vez que características da amostra foram variadas entre piores e melhores condições socioeconômicas e clínicas ao longo dos ciclos de vida dos indivíduos avaliados.

- Infância:

Na constituição de uma linha de tempo para o conjunto dos participantes da amostra é possível verificar que na fase da infância não se identifica fatores isolados, tão pouco um conjunto de situações, diretamente consideradas como preditores para uso de substâncias.

Na sua maioria, são indivíduos que apresentam desempenhos não significativamente distintos de uma população geral; entretanto, possuem um perfil ligeiramente prejudicado em várias esferas de seu funcionamento. Estiveram inseridos em dinâmicas familiares tradicionais – principalmente representadas por estruturas com pais naturais, avôs aposentados, mães do lar (especialmente os participantes mais velhos da amostra), com baixa escolaridade, renda e ocupações que não requerem qualificação e anos de estudos. Esta estrutura familiar interferiu, com prejuízos, no envolvimento e rendimento na vida escolar e no nível educacional dos participantes.

Muitos indivíduos enfatizaram características negativas do cuidador pai, principalmente os participantes mais velhos, inseridos em um momento sociohistórico no qual as famílias se caracterizavam pela divisão rígida entre papéis masculinos – com estilo parental autoritário e agressivo, e femininos – com submissão em relação ao cônjuge e conotações positivas na percepção dos filhos. Especialmente para os sujeitos mais jovens, que tiveram possibilidades de convivência com estruturas familiares menos rígidas, houve a percepção de ‘pais (pai e mãe) legais, amorosos e não agressivos’. Entretanto, estes estilos parentais não estabeleceram relação direta com condições de abuso de álcool e/ou outras drogas.

Entretanto, os dados demonstram que os participantes da amostra (tanto mais velhos como mais novos) não foram contemplados neste período de vida com as condições contingenciadoras indicadas pela literatura como fatores de proteção familiar para o risco em relação ao uso de substâncias, como por exemplo, comunicação efetiva entre os integrantes da família, liderança eficaz por parte dos pais, otimismo na forma de lidar com os problemas, dentre outras. Tais aspectos requerem melhores investigações com grupos comparativos.

Alguns participantes mencionaram vivenciar dificuldades desde a infância: trabalho desde cedo, relatos de uso de substâncias, abusos e sofrimentos; outros, a consideraram favorável. Percepções positivas e negativas estiveram correlacionadas com a renda familiar e condições de vida favoráveis e não favoráveis, respectivamente.

- Adolescência:

Na adolescência, as condições de vida dos participantes foram relatadas como significativamente prejudicadas para quase toda a amostra estudada. Este período esteve diretamente relacionado com o início de práticas problemáticas (uso de álcool, cigarro, outras drogas), vivências desfavoráveis (mudanças, perdas, sofrimentos) e evasão escolar.

Assim, para o período da adolescência, é possível verificar modificações relevantes tanto relacionadas a própria natureza da fase (crescimento, desenvolvimento e maturidade biopsicossocial), quanto alterações significativas de condições ao entorno destes adolescentes como fatores socioeconômicos desfavoráveis, dinâmica familiar, modelo de uso de substâncias por parte de parentes, desempenho acadêmico prejudicado e grupalidades, que se colocaram como situações de risco/ vulnerabilizadoras para o início, desenvolvimento e agravamento de transtornos, principalmente para substâncias. Possivelmente tal quadro pode estabelecer correlação com o uso pela falta de perspectivas, pertencimento e estabelecimento de vínculo de amizades proativas em relação à vida.

Características peculiares da adolescência, visivelmente indicadas no presente estudo, assim como apontadas pela literatura, como turma e amigos, bailes e festas, curiosidade e vontade de experimentar, constituem fortes elementos favorecedores para a vulnerabilidade do adolescente e estiveram estreitamente relacionadas aos comportamentos e repertório de início do uso de substâncias.

Entre as gerações dos participantes, houve topografias distintas de respostas para o tipo de drogas e a forma de uso; entretanto, independentemente do período sociohistórico, o momento de busca pelas substâncias concentrou-se nesta fase de vida.

É provável que parcela expressiva da amostra, que já possuía, na sua constituição e história de infância, restritos fatores protetores para a autoestima, estrutura psicológica e desempenho acadêmico, tornou-se mais fragilizada no período das modificações e mudanças sociais, psicológicas e orgânicas decorrentes da adolescência.

Na transição entre adolescência e vida adulta, evidenciou-se a estabilidade da rede social associada ao uso de substâncias (p. ex.: colegas, amigos, parceiras) e gradativos prejuízos nos diferentes segmentos da vida estreitamente relacionados ao consumo contínuo das drogas.

- Vida adulta:

Na vida adulta, a linha de tempo demonstra para este período, nítidos e marcantes prejuízos para o equilíbrio da saúde, relacional, social e ocupacional dos participantes em decorrência direta dos agravos do abuso/dependência de substâncias. Os prejuízos da condição crônica de uso são diretamente constituídos, o que demarca que a droga estabelece relação de causalidade para a deterioração da identidade destes indivíduos.

De forma geral, esta deterioração se dá de maneira gradual: no início, o uso de álcool e/ou outras drogas não interfere de forma a prejudicar significativamente a qualidade dos relacionamentos familiares, sociais,

conjugais e com os filhos. Entretanto, com a intensificação do hábito esta é desgastada, levando aos rompimentos dos vínculos.

Há significativa mudança e redução no repertório de comportamentos de lazer, de estudos e profissional. Uma vez estabelecido contato abusivo ou quadro de dependência das drogas, mesmo abstinentes, fatores estressores, tanto ambientais como pessoais, podem contribuir para recaídas, independente do tempo de abstinência conquistado pelos sujeitos.

A busca por tratamento, na maioria das vezes, é tardia; um dos motivos está no uso intermitente de álcool e/ou outras drogas. Ela se torna evidente a partir do momento em que o indivíduo toma consciência/ se percebe em condições extremas de comprometimento da saúde (física, psicológica, social, familiar, conjugal, ocupacional e legal) conseqüenciadas pelo uso abusivo e crônico das substâncias.

Mesmo assim e diante da estrutura oferecida pelo CAPSad, que tem como finalidade respeitar a motivação natural dos próprios indivíduos para os seus cuidados, há dificuldade para o seguimento terapêutico. Quando os sujeitos são 'pressionados' ao tratamento, dificilmente mantêm-se nele. Esta dificuldade se torna visível aos mais jovens, possivelmente por não se identificarem em condições aversivas relacionadas ao abuso/dependência das substâncias.

Os resultados permitem, desta forma, observar que o agrupamento da linha de tempo é paralelo à linha de uso de substâncias: infância/especialmente não uso; adolescência/início e agravamento do uso; e, vida adulta/manutenção e deterioração.

No processo do tempo, somam-se e imbricam-se contextos os quais interferem e são interferidos pelo uso de substâncias. Inicialmente o considerado mais sólido ao indivíduo é a instituição familiar que agrega-se, posteriormente, à escola, às estruturas social (vínculos, amigos, lazer), conjugal (relacionamentos maritais, filhos) e ocupacional (empregos/trabalhos).

Outro resultado evidente no estudo foi a presença de distintos perfis de usuários. Participantes mais velhos, representando gerações anteriores, geralmente tiveram nas drogas lícitas seus principais hábitos. Configuraram-se usuários exclusivos de um tipo de substância - o álcool, ou este associado ao tabaco e à maconha. Desta forma, apresentaram prejuízos mais lentos, perfis mais depressivos, menos conflitivos e desafiadores. Além de encontrarem-se em relacionamentos conjugais mais longos e duradouros.

Sujeitos mais novos apresentaram comportamentos de uso de drogas ilícitas associadas ao álcool; foram, em sua maioria, poliusuários; demonstraram perfis mais eufóricos, impulsivos, desafiadores; tiveram dificuldades de manterem-se em vínculos familiares e conjugais estáveis, em tratamento (menor adesão ao tratamento) e sofreram uma deterioração rápida e intensa em seu funcionamento de vida, relacionada ao uso de substâncias.

Os usuários foram heterogêneos nos motivos de início, na gravidade, nas consequências, no abuso, na preparação para a mudança e na prontidão para o tratamento. Os dados indicam uma variabilidade de padrões funcionantes; cada um apresenta sua história de forma diferente, porém todos,

no momento atual da vida adulta, reconhecem e vivenciam as consequências negativas do uso abusivo/dependência de álcool e/ou outras drogas.

- Limitações do estudo:

Os resultados do presente trabalho devem ser interpretados considerando limitações:

- *no método empregado*: estruturada como uma pesquisa descritiva qualitativa, o instrumento de coleta baseou-se em autorelatos e embora assegurado aos entrevistados que as informações prestadas seriam anônimas e confidenciais, pela sensibilidade das perguntas feitas, estes podem ter sido relutantes em respondê-las espontânea/honestamente. Além do que, há uma perda natural de memória quanto os dados referentes às informações retrospectivas (resgate da historicidade) se comparados aos dados atuais (menos prejuízo de perdas de informações), com restrições às generalizações dos resultados conclusivos.

- *na população/amostra utilizada*: dificuldade de adesão, baixa renda, pouco tempo de permanência na Unidade, recusa em participar da pesquisa com justificativas de trabalho, horários de refeição, ou simplesmente por não poderem ou não quererem, e quantidade limitada de participantes, tornaram a amostragem de conveniência, com redução na confiabilidade interna no método da pesquisa;

- *no instrumento utilizado*: entrevista de longa duração, com possível prejuízo para a disposição de resposta dos participantes. Algumas perguntas poderiam ser mais abrangentes (p. ex.: abusos poderiam envolver agressões,

humilhações) e outras mais restritivas/focadas (p.ex.: apresentação de perguntas mais pontuais sobre história de vida na infância/adolescência), com facilitação para a tabulação e análise das respostas. Outras questões foram suprimidas da análise por não constituírem-se passíveis de tabulação.

- *na estatística*: dificuldade de acesso pessoal ao consultor estatístico, com prejuízos para a compreensão da proposta a ser analisada, escolha de instrumentos apropriados e interpretação dos resultados gerados. O montante das informações em análises mais gerais (descritivas e comparativas) e a necessidade de agrupamentos sintetizados das mesmas, pareados ao tempo limite da apresentação do trabalho e ao alto custo dos serviços, desencorajaram os pesquisadores para investigações mais específicas junto aos dados (p.ex: análise de multivariáveis). Diversas correlações estabelecidas pela análise estatística provavelmente ocorreram casualmente, por frequência de respostas das variáveis.

No entanto, se por um lado, observa-se limitações, por outro, no conjunto instrumental e metodológico utilizado houve acurácia e fidedignidade para mostrar o perfil retrospectivo e prospectivo para o início do uso das drogas, com especial evidência ao último.

- Encaminhamentos:

Considerando os pressupostos da Psicologia da Saúde e do modelo biopsicossocial de saúde, apresentados respectivamente por Matarazzo⁽²⁴⁷⁾ e por Ribes Inêsta⁽²⁴⁸⁾, no qual o processo de saúde-doença é visto como um contínuo influenciado pela interação e combinação de fatores biológicos,

psicológicos e ambientais (sociais), fica claro que uma variável isolada não se traduz em condição para o desenvolvimento de transtornos de uso de substâncias. Um indivíduo pode apresentar vulnerabilidade (orgânica, neuroquímica) para o álcool e/ou outras drogas, mas esta por si não se constitui condição para torná-lo um alcoolista/usuário de substâncias. O ambiente, com práticas educativas, culturais e governamentais, pode contribuir tanto para reduzir quanto aumentar a probabilidade desta vulnerabilidade se desenvolver.

Nesta linha de raciocínio, pode-se finalizar a conclusão dos dados apresentados nesta dissertação, discorrendo sobre as várias instâncias envolvidas no uso/abuso de álcool e/ou outras drogas e nas contribuições de cada uma para a temática.

No que se refere às políticas nacionais e internacionais de saúde, há a necessidade de uma clara definição sobre uso/abuso de substâncias. Se incoerências, vistas atualmente, como a aceção contrária de traficante (como ilegal/ilícito/penal), e usuário (como legal/lícito/não-penal), permanecerem, lacunas de ações a serem tomadas nas instâncias técnicas e jurídicas, continuarão a prejudicar condutas eficazes contra o avanço e proliferação do consumo de drogas.

Por outro lado, se o paradigma for de que as drogas legitimamente mostram-se maléficas para os indivíduos e a sociedade, como já extensamente comprovada pela literatura pertinente e pelo presente trabalho, então estas devem ser reprimidas. No entanto, a política de repressão deve incidir nas intervenções do governo junto à produção, distribuição, imagem e divulgação

do álcool e/ou outras drogas, e nas leis federais, estaduais e municipais condizentes entre si. Deve-se estabelecer uma mesma diretriz para as ações e uma justiça que não gere a sensação de impunidade, propícia para a permanência do problema. O exemplo disto, como já citado, está na complacência em relação os usuários, que por sua vez estimulam a continuidade do tráfico. Se há claramente o entendimento de que o uso de drogas prejudica significativamente a vida pessoal, familiar, social, comunitária, de saúde, dentre outras, continuar a ser complacentes com tais é ignorar que os mesmos são corresponsáveis e complementares para o processo de uso/abuso, numa cadeia comportamental mais ampla. Certamente, não devem ser conduzidos como bandidos/traficantes, mas também não somente como vítimas passivas, uma vez que constituem elos que mantêm este processo circular e ininterrupto, fomentando contingencialmente tal cadeia comportamental coletiva.

No que se refere às drogas ilícitas, a repreensão, como já dito, deve estar na produção, tráfico e porte de substâncias. Há a necessidade de trabalhos de fronteiras, políticas internacionais, acordos entre países circunvizinhos, interação entre política, justiça e sociedade, além de uma justiça ágil e eficaz, que demonstre a não compensação do crime. Por outro lado, para as drogas lícitas, deve-se fortalecer políticas restritivas de propagandas e estabelecer leis mais severas para crimes cometidos em condições de embriaguez, fixar impostos sobre estas mercadorias que se revertam em ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, relacionados ao uso/abuso de álcool e tabaco, além de restringir

significativamente a venda e acesso destas drogas, principalmente para crianças e adolescentes. Há a necessidade de apresentar posições claras de ações e intervenções, mesmo que estas contrariem alguns seguimentos comerciais da sociedade, em prol da humanidade.

No âmbito da promoção de saúde, ações também devem ser agilizadas. Atividades e práticas no contexto da comunidade, principalmente com crianças e adolescentes, devem ser pensadas tendo como objetivo principal o ingresso destes em uma prática saudável de vida, nas quais incorporem na rotina diária perspectiva de vida, ascensão nos estudos, trabalho, geração de renda e afastamento da necessidade do uso de substâncias (prática a margem da saúde) como busca de equilíbrio para sensações de desamparos, falta de apoio familiar e social, dentre outras.

A promoção da saúde passa pela inserção de práticas com as famílias, fortalecendo-as, especialmente as de camadas sociodemográficas menos favorecidas ou em desequilíbrio social, e com as escolas, em seus respectivos níveis – pré-escolar, fundamental, ensino médio e universitário, com planejamentos de educação para a saúde, beneficiando a conexão entre poder público, família e escola.

Ações e políticas relacionadas à prevenção de saúde merecem atenção. Estas atitudes devem ocorrer no âmbito familiar, escolar e comunitário, visando a redução de situações/ambientes de risco/vulnerabilidade. Exemplo destas atuações está no seguimento da população pela rede de saúde primária e secundária (municipal, estadual e federal) e na avaliação do seu desenvolvimento biopsicossocial, em todas as fases de vida (desde o recém-

nascido ao idoso), para possibilitar propostas de intervenções às necessidades específicas.

Direcionadas às pessoas que se inseriram no uso/abuso de substâncias, com prejuízos médios ou significativos, está a necessidade de estratégias tratamentosas. Estas também envolveriam diversos setores da rede para melhoria das instituições e localidades de tratamento, com profissionais qualificados para as propostas e para intervenções combinadas.

Estas instituições, com interligações entre si, se desenvolveriam por meio de gerenciamento de sistema único, respeitando filosofia e programas de políticas públicas uníssonos; no entanto, cada qual na sua amplitude de abrangência e recursos, especializadas e claramente definidas para um tipo de perfil de usuário.

Por fim, sequenciado ao tratamento propriamente dito, encontra-se a necessidade da reabilitação dos usuários de substâncias, que implica na retomada do sujeito ao seu meio. Este retorno deve ser antecipado com o trabalho junto ao locus no qual o indivíduo irá se inserir/voltar e aos próprios usuários, para cogestão da reinserção e manutenção dos resultados positivos do tratamento. Os ambientes devem ser devidamente preparados, aumentando a possibilidade de emitir contingências reforçadoras adequadas e estabelecer regras apropriadas. Receber os sujeitos, estabelecer vínculos sociais, comportamentos de lazer, convivência no trabalho, na escola, na família e na comunidade, são contingências reforçadoras incompatíveis com aquelas encontradas no meio das substâncias e poderão evitar a retomada aos comportamentos habituais do vício.

No âmbito acadêmico, o trabalho apresenta como possibilidades de compreensão e encaminhamentos:

- Pesquisas que analisem as sutilezas e peculiares pessoais, familiares e socioculturais no seu conjunto e nas suas associações devem ser atentadas para poder estabelecer programas de promoção de saúde na infância mais efetivos para este período de vida;

- Pesquisas sobre desenvolvimento de programas efetivos no âmbito da educação, promoção e prevenção da saúde com crianças, jovens, família e comunidade devem ser investidas;

- Pesquisas e ações de aperfeiçoamento do processo de: articulação entre CAPSad, redes de atenção e sociedade em geral, acolhimento, adesão e tratamento devem ser estimuladas;

- Pesquisas no âmbito da inserção dos usuários, utilizando-se recursos do próprio ambiente natural destes indivíduos, para tornarem-se potencializadores dos possíveis efeitos positivos do tratamento propriamente dito devem ser exploradas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fontana AM. Manual de clínica em psiquiatria. SP: Editora Atheneu; 2005.
2. Rangé BP, Marlatt GA. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. Rev Bras Psiquiatr 2008;30(Supl II):S88-95.
3. Pratta EMM, Santos MA. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. SMAD 2006; 2(2).
4. Bergeret J, Leblanc J. Toxicomanias. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas,1991. *apud* Azevedo RCS. Usuários de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamentos de risco. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas; 2000.
5. Carlini EA (Super.). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. SP: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas/ UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo; 2006.
6. Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. Rev Saúde Pública 2008;42(Supl 1):109-17.

7. Heerden MS, Grimsrud AT, Seedat S, Myer L, Williams DR, Stein DJ. Patterns of substance use in South Africa: results from the South African Stress and Health study. *S Afr Med J*. 2009;99(5 Pt 2):358-66.
8. Gostautas A, Povilaitis R, Pilkauskiene I, Jakusovaite I, Statkeviciene S. Prevalence of the use of psychoactive substances among students during 2005-2006. *Medicina (Kaunas)* 2009;45(7):522-9.
9. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC. Epidemiological patterns of extra-medical drug use in the United States: evidence from the National Comorbidity Survey Replication, 2001-2003. *Drug Alcohol Depend* 2007;90(2-3):210-23.
10. Morihisa RS, Barroso LP, Scivoletto S. Labeling disorder: the relationship between conduct problems and drug use in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29(4):308-314.
11. Mosqueda-Díaz A, Ferriani MGC. Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011;19(Spe n):789-95.
12. Jinez MLJ, Souza JRM, Pillon SC. Drug use and risk factors among secondary students. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2009;17(2):246-52.

13. Adamson TA, Onifade PO, Ogunwale A. Trends in sociodemographic and drug abuse variables in patients with alcohol and drug use disorders in a Nigerian treatment facility. *West Afr J Med* 2010;29(1):12-8.
14. Idris SH, Sambo MN. Psycho-active substance use among in-school adolescents in Zaria, north western Nigeria: what are the triggers? *Niger J Med* 2009;18(3):291-4.
15. Azaiza F, Shoham M, Bar-Hamburger R, Abu-Asbeh K. Substance use among Druze adolescent students in Israel: identifying predictors and patterns of use. *J Stud Alcohol Drugs* 2008;69(6):840-7.
16. Malone DT, Hill MN, Rubino T. Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models. *Br J Pharmacol* 2010;160(3):511-22.
17. Lucas ACS, Parente RCP, Picanco NS, Conceição DA, Costa KRC, Magalhães IRS, Siqueira JCA. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006;22(3):663-671.
18. Serfaty E, Andrade JH, Ortiz Z, Masaútis A, Negri G. Descripción del perfil de consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente de 15 a

- 18 años del conurbano bonaerens. Bol Acad Nac Med B Aires 2006;84(2):317-330.
19. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(Supl.1)7-10.
20. Azevedo RCS. Usuários de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamentos de risco. [Tese Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2000.
21. Ekblad M, Gissler M, Lehtonen L, Korkeila J. Prenatal smoking exposure and the risk of psychiatric morbidity into young adulthood. Arch Gen Psychiatry 2010;67(8):841-9.
22. Ryb G, Dischinger P, Smith G, Soderstrom C. Adult correlates of early behavioral maladjustment: a study of injured drivers. Ann Adv Automot Med 2008;52:39-48.
23. Popova S, Rehm J, Patra J, Baliunas D, Taylor B. Illegal drug-attributable morbidity in Canada 2002. Drug Alcohol Rev 2007;26(3):251-63.
24. Amdzaranda PA, Fatoye FO, Oyebanji AO, Ogunro AS, Fatoye GK. Factors associated with psychoactive substance use among a sample of prison inmates in Ilesa, Nigeria. Niger Postgrad Med J 2009;16(2):109-14.

25. Carlsten A, Waern M. Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly? *BMC Geriatr* 2009;9:20.
26. Ryb GE, Dischinger P, Kufera J, Soderstrom C. Smoking is a marker of risky behaviors independent of substance abuse in injured drivers. *Traffic Inj Prev* 2007;8(3):248-52.
27. Wysowski DK. Surveillance of prescription drug-related mortality using death certificate data. *Drug Saf* 2007;30(6):533-40.
28. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J, Villatoro JAG, Sergio. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Rev Panam Salud Publica* 2006;19(4):265-276.
29. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. Texto revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed; 2002.
30. Barlow DH, colaboradores. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo. Porto Alegre: Artmed; 2009.
31. Silva CJ, Serra AM. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em Dependência Química. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(1): 33-39.

32. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Brasília: Brasil; 2001.
33. Chalub M, Telles LEB. Álcool, drogas e crime. Rev Bras Psiquiatr 2006;28(Supl II):S69-73.
34. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. Revista ABP-APAL. 1992;14(3):93-104. APUD Chalub M, Telles LEB. Álcool, drogas e crime. Rev Bras Psiquiatr 2006;28(Supl II):S69-73.
35. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
36. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults – United States, 1995. Morbidity and Mortality Weekly Report 1997;46:1217-1230.
37. World Health Organization. WHO evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. Copenhagen; 2001.
38. Calheiros PRV, Oliveira MS, Andretta I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. Aletheia 2006;23:65-74.

39. Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J Bras Pneumol* 2010;36(5):603-611.
40. Tims FM, Dennis ML, Hamilton N, J Buchan B, Diamond G, Funk R, Brantley LB. Characteristics and problems of 600 adolescent *cannabis* abusers in outpatient treatment. *Addiction* 2002;97(Suppl 1):46-57.
41. Goldchluk A, Herbst L. Efectos psiquiátricos permanentes en ex abusadores de marihuana o de estimulantes. *Vertex Rev Argent Psiquiatr* 2008;19(77):503-511.
42. Modrzejewska R, Bomba J. Prevalence of mental disorders and psychoactive substance use in metropolitan 17-year old youth population. *Psychiatr Pol* 2010;44(4):579-92.
43. Gentil AF, de Mathis MA, Torresan RC, Diniz JB, Alvarenga P, do Rosário MC, Cordioli AV, Torres AR, Miguel EC. Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug Alcohol Depend* 2009; 100(1-2):173-7.
44. Ringen PA, Melle I, Birkenaes AB, Engh JA, Faerden A, Vaskinn A, Friis S, Opjordsmoen S, Andreassen OA. The level of illicit drug use is related to

- symptoms and premorbid functioning in severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118(4):297-304.
45. Ferigolo M, Stein AT, Fuchs FD, Barros HM. Influence of depression and early adverse experiences on illicit drug dependence: a case-control study. *Rev Bras Psiquiatr* 2009;31(2):106-13.
46. Sewitch MJ, Cole M, McCusker J, Ciampi A, Dyachenko A. Medication use and nonadherence to psychoactive medication for mental health problems by community-living Canadian seniors with depression. *Can J Psychiatry* 2008;53(9):609-20.
47. Havens JR, Cornelius LJ, Ricketts EP, Latkin CA, Bishai D, Lloyd JJ, Huettner S, Strathdee SA. The Effect of a Case Management Intervention on Drug Treatment Entry Among Treatment-Seeking Injection Drug Users With and Without Comorbid Antisocial Personality Disorder. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2007; 84(2).
48. Cerdá M, Sánchez BN, Galea S, Tracy M, Buka SL. Estimating Co-Occurring Behavioral Trajectories Within a Neighborhood Context: A Case Study of Multivariate Transition Models for Clustered Data. *Am J Epidemiol* 2008;168(10):1190–1203.

49. Kufner H. Epidemiology of substance use and substance use disorders in Germany. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2010;53(4):271-83.
50. Bakare MO, Agomoh AO, Ebigbo PO, Onyeama GM, Eaton J, Onwukwe JU, Okonkwo KO. Co-morbid disorders and sexual risk behavior in Nigerian adolescents with bipolar disorder. Int Arch Med 2009;2(1):16.
51. Mandal MC, Mullick SI, Nahar JS, Khanum M, Lahiry S, Islam MA. Prevalence of psychiatric ailments among patients with sexually transmitted disease. Mymensingh Med J 2007 Jul;16(2 Suppl):S23-27.
52. Zhornitsky S, Stip E, Pampoulova T, Rizkallah E, Lipp O, Bentaleb LA, Chiasson JP, Potvin S. Extrapyramidal symptoms in substance abusers with and without schizophrenia and in nonabusing patients with schizophrenia. Mov Disord 2010;25(13):2188-94.
53. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalence of mental disorders associated with suicide attempts treated at an emergency hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saude Publica 2009;25(9):2064-74.
54. Fløvig JC, Vaaler AE, Morken G. Substance use at admission to an acute psychiatric department. Nord J Psychiatry 2009;63(2):113-9.

55. Klingemann H, Gmel G. Introduction, editors: Social consequences of alcohol - the forgotten dimension? In: Mapping the social consequences of alcohol consumption. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2001. p.1-9.
56. Martin SL, Gibbs DA, Johnson RE, Sullivan K, Clinton-Sherrod M, Walters JL, Rentz ED. Substance use by soldiers who abuse their spouses. *Violence Against Women* 2010;16(11):1295-310.
57. Zaleski M, Pinskyll I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano Raul. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev Saude Publica* 2010;44(1):53-9.
58. Alvarado-Zaldivar G, Moysen JS, Estrada-Martinez S, Terrones-Gonzalez A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex* 2002.
59. Thompson MP, Kingree JB. The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes. *J Interpers Violence* 2006;21(2):163-77.
60. Cole J, Logan TK, Shannon L. Women's risk for revictimization by a new abusive partner: for what should we be looking? *Violence Vict* 2008;23(3):315-30.

61. Bhandari M, Dosanjh S, Tornetta P, Matthews D. Musculoskeletal manifestations of physical abuse after intimate partner violence. *J Trauma*. 2006;61(6):1473-9.
62. Santamariña-Rubio E, Pérez K, Ricart I, Rodríguez-Sanz M, Rodríguez-Martos A, et al. Substance use among road traffic casualties admitted to emergency departments. *Inj Prev* 2009;15(2):87-94.
63. Alti-Muazu M, Aliyu AA. Prevalence of psychoactive substance use among commercial motorcyclists and its health and social consequences in Zaria, Nigeria. *Ann Afr Med* 2008;7(2):67-71.
64. Kjelsberg E, Friestad C. Exploring gender issues in the development from conduct disorder in adolescence to criminal behaviour in adulthood. *Int J Law Psychiatry* 2009;32(1):18-22.
65. García KSL, Junior MLC. Antisocial behavior and alcohol consumption by school adolescents. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008;16(2): 299-305.
66. Borges G, Cherpitel CJ, Mondragón L, Poznyak V, Peden M, Gutierrez I. Episodic Alcohol Use and Risk of Nonfatal Injury. *Am J of Epidemiol* 2004; 159(6): 565-571.

67. Cole J, Logan TK, Shannon L. Risky sexual behavior among women with protective orders against violent male partners. *AIDS Behav* 2007;11(1):103-12.
68. Rooban T, Rao A, Joshua E, Ranganathan K. The prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in Chennai, south India. *Indian J Dent Res* 2009;20(1):41-6.
69. Medina González L, Fuentes Ferrer ME, Suárez Llanos JP, Arranz Peña MI, Ochoa Mangado E. Epidemiology of drug poisoning in the Ramón y Cajal University Hospital during a year. *Rev Clin Esp* 2008;208(9):432-6.
70. Folhetos sobre drogas. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br>.
71. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Disponível em: <http://www.unifesp.br>.
72. Bucher R. Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: populações em situação de risco. Brasília: Ministério da Saúde; 1995.
73. Sengik AS, Scortegagna SA. Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora* 2008;9(1): 73-80.

74. Vinet EV, Faúndez X, Larraguibel M. Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: Una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI / Application of Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) to drug abuser adolescents. Rev Med Chil 2009;137(4):466-474.
75. Penso MA, Sudbrack MF. Envolvimento em atos infracionais e com drogas como possibilidades para lidar com o papel de filho parental. Rev Psicol USP 2005;15(3):29-53.
76. Guimarães ABP, Hochgraf PB, Brasiliano S, Ingberman YK. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. Rev Psiq Clin 2009;36(2):69-74.
77. Cavaco VCS, Jesus SN, Rezende MM. Percepção de estilos parentais na toxicod dependência. Bol Psicol 2010; lix(131):179-190.
78. Bernardy CCF, Oliveira MLF. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(1):11-7.
79. Schenker M, Minayo MCS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. Cad Saude Publica 2004;20:649-59.

80. Hawkins J, Catalano R, Miller J. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992;112:64-105
81. Washton AM. *Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
82. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. *Tratamentos Farmacológicos para Dependência Química: da evidência científica à Prática Clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
83. Souza J, Kantorski LP, Gonçalves SE, Mielke FB, Guadalupe DB. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. *R Enferm UERJ* 2007;15(2):210-7.
84. Faria JG, Schneider DR. O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade* 2009;21(3):324-333.
85. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

86. Corradi-Webster CM, Minto EC, Aquino FMC, Abade F, Yosetake LL, Gorayeb R, et al. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. SMAD 2005;1(1).
87. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: www.saude.org.br
88. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ 2008;16(4):569-76.
89. Bolçone OJ (org). Conjuntura econômica de São José do Rio Preto. 25 ed. São José do Rio Preto, SP: Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica; 2010.
90. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. Ciência & Saúde Coletiva 2006;11(4):1011-1022.
91. Velho, SRBR. Perfil Epidemiológico dos usuários de Substâncias Psicoativas atendidos no CAPSad, Londrina-Pr. [Dissertação] Londrina: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina; 2010.

92. Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em Caps-ad do Piauí. Esc Anna Nery 2011;15(1):90-95
93. Peixoto C, Prado CHO, Rodrigues CP, Cheda JND, Mota LBT, Veras AB. 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). J Bras Psiquiatr 2010;59(4):317-321.
94. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país –2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas/ UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo; 2002.
95. Benchaya MC, Bisch NK, Moreira TC, Ferigolo M, Barros HMT. Non-authoritative parents and impact on drug use: the perception of adolescent children. J Pediatría 2011;87(3).
96. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo Demográfico 2000: Características Gerais da População. Resultados da amostra. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; 2000.

97. Silva LVER, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade, AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Rev Saude Publica 2006; 40(2).
98. Barros MBA, Botega NJ, Dalgarrondo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. Rev Saude Publica 2007;41(4):502-9.
99. Dalgarrondo P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. Rev Psiq Clin 2007;34(Supl 1):25-33.
100. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. Rev Saude Publica 2004;38(6):787-96.
101. Sanchez ZVDM, Nappo SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. Rev Saude Publica 2008;42(2):265-72.
102. Baeninger R. Novos Espaços da Migração no Brasil: Anos 80 e 90. (referência incompleta)
103. Baeninger R. São Paulo e suas migrações no final do século 20. São Paulo em Perspectiva 2005;19(3): 84-96.

104. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saude Publica* 2007; 23(10):2375-2384.
105. Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enfermagem* 2007;60(4): 391-395.
106. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J Bras Psiquiatr* 2008;57(1):70-79.
107. Ballarin MLGS, Miranda IMS, Fuentes ACRC. Centro de Atenção Psicossocial: Panorama das Publicações de 1997 a 2008. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2010;30 (4):726-737.
108. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
109. Burns L, Randall D, Hall WD, Law M, Butler T, Bell J, et al. Opioid agonist pharmacotherapy in New South Wales from 1985 to 2006: patient characteristics and patterns and predictors of treatment retention. *Addiction* 2009;104(8):1363-72.

110. Pelisoli CL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev Psiquiatria Rio Grande do Sul* 2005;27(3):270-277.
111. Chomynova P, Miller P, Beck F. Perceived risks of alcohol and illicit drugs: Relation to prevalence of use on individual and country level. *J Subst Use* 2009;14(3-4): 250-264.
112. O'Toole TP, Pollini RA, Ford D, Bigelow G. Physical health as a motivator for substance abuse treatment among medically ill adults: Is it enough to keep them in treatment? *J Subst Abuse Treat* 2006; 31:143–150.
113. Tracy SW, Kelly JF, Moos RH. The Influence of Partner Status, Relationship Quality and Relationship Stability on Outcomes Following Intensive Substance-Use Disorder Treatment. *J Stud Alcohol* 2005;66(4):497-505.
114. DiClemente CC. Motivation for Change: Implications for Substance Abuse Treatment Psychological. *Science* 1999;10.
115. Battjes RJ, Gordon MS, O'Grady KE, Kinlock TW, Carswell MA. Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2003;24: 221–232.

116. Wild TC, Cunningham JA, Ryan RM. Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addict Behav* 2006;31:1858–1872.
117. Goodman I, Peterson-Badali M, Henderson J. Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addict Behav* 2011;36: 660–668.
118. Samara EM. O que mudou na família brasileira? (da colônia à atualidade). *Psicol USP* 2002;13(2).
119. Santos PL, Graminha SSV. Estudo comparativo das características do ambiente familiar de crianças com alto e baixo rendimento acadêmico. Trabalho derivado da Tese de Doutorado do primeiro autor: Santos PL. Riscos e recursos em crianças com baixo e alto rendimento acadêmico – um estudo comparativo. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: FFCLRP USP; 2002.
120. Moreira FG, Silveira DX, Andreoli SB. Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2006;40(5):810-7.

121. Wang MT, Dishion TJ, Stormshak EA, Willett JB. Trajectories of Family Management Practices and Early Adolescent Behavioral Outcomes. *Dev Psychol* 2011;47(5):1324–1341.
122. Gallo AE; Williams ICA. A escola como fator de proteção à conduta infracional de adolescentes. *Cadernos de Pesquisa* 2008;38(133).
123. Oliveira EB, Bittencourt LP, Carmo AC. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. *SMAD* 2008;4(2).
124. Mason WA, Hawkins JD, Kosterman R, Catalano RF. Alcohol use disorders and depression: Protective factors in the development of unique versus comorbid outcomes. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2010;19(4):309-323.
125. Velleman RDB, Templeton LJ, Copello AG. The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Review* 2005; 24(2): 93-109.
126. Velleman R, Orford J, Templeton L, Copello A, Patel A, L. Moore L, Macleod J, Godfrey C. 12-Month follow-up after brief interventions in

primary care for family members affected by the substance misuse problem of a close relative. *Addict Research Theory* 2011;19(4): 362-374.

127. Erikson EH. *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1987.

128. *Obras Completas de Sigmund Freud (CD-Rom)*.

129. Sousa N. Atuação em rede de proteção social. *Rev SBPH* 2008;11(2).

130. Fonseca AM, Galdwoz JCF, Tondowski CS, Noto AR. Padrões de violência domiciliar associado ao uso de álcool no Brasil. *Rev Saude Publica* 2009;43(5):743-749.

131. Pires Filho MF. *Abuso sexual em meninos: a violência intrafamiliar através do olhar de psicólogo que atende em instituições*. Curitiba: Juruá; 2009.

132. Dossi AP, Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1939-1952.

133. Tucci AM, Kerr-Correa F, Souza-Formigoni ML. Childhood trauma in substance use disorder and depression: an analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse Negl* 2010;34(2):95-104.
134. Spatz CW, Marmorstein NR, White HR. Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychol Addict Behav* 2006; 20(4): 394-403.
135. Caballero MA, Ramos L, González C, Saltijeral MT. Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child Abuse Negl* 2010; 34(8):576-584.
136. Melo ZM, Caldas MT; Carvalho MMC, Lima AT. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. *Psicologia em Estudo* 2005;10(2): 201-208.
137. Zilberman ML, Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(Supl II):S51-5.
138. Locke TF, Newcomb M. Child Maltreatment, Parent Alcohol- and Drug-Related Problems, Polydrug Problems, and Parenting Practices: A Test of Gender Differences and Four Theoretical Perspectives. *J Fam Psychol* 2004; 18(1):120-134.

139. Slutske WS, D'Onofrio BM, Turkheimer E, Emery RE, Harden KP, Heath AC, Martin NG. Searching for an Environmental Effect of Parental Alcoholism on Offspring Alcohol Use Disorder: A Genetically Informed Study of Children of Alcoholics. *J Abnorm Psychol* 2008;117(3): 534–551.
140. Tucci AM. Fatores associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas: história de abuso e negligência na infância, história familiar e comorbidades psiquiátricas. [Tese Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Psicobiologia; 2005.
141. Leon FLL, Menezes-Filho NAM. Reprovação, Avanço e Evasão Escolar no Brasil. *Pesquisa e Planejamento Econômico* 2002; 32(3).
142. Kimberly L, Henry AE, Huizinga DH. School-related Risk and Protective Factors Associated with Truancy among Urban Youth Placed at Risk. *J Primary Prevent* 2007;28:505–519.
143. Oliveira ED. Trabalho infantil: causas, consequências e políticas sociais. Brasília: Universidade de Brasília; 2004.
144. Sanchez ZVDM, Nappo SA. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saude Publica* 2002;36(4): 420-430.

145. Sanchez ZVDM, Oliveira LG, Nappo SA. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Rev Saude Publica* 2005;39(4): 599-605.
146. Álvarez AMA. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *J Bras Psiquiatr* 2007;56(3):188-193.
147. Barry AE, Chaney B, Chaney JD. The Impact of Truant and Alcohol-Related Behavior on Educational Aspirations: A Study of US High School Seniors. *J Sch Health* 2011;81(8).
148. Lee CYS, Winters KC, Wall MM. Trajectories of substance use disorders in youth: Identifying and predicting group memberships. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2010;19(2):135-157.
149. Vanconcelhos L. Relação entre frequência escolar e renda familiar no BR – 1981-99. *Pesquisa e Planejamento Econômico* 2005; 35(2).
150. Neri M (coord). *Motivos Evasão Escolar*. Centro de Pesquisas Sociais, FGV; (referência incompleta)
151. Bahls FRC, Ingbermann YK. Desenvolvimento escolar e abuso de drogas na adolescência. *Estudos de Psicologia* 2005;22(4):395-402.

152. Dallo L, Martins RA. Uso de álcool entre adolescentes escolares: um estudo-piloto. *Paidéia* 2011;21(50):329-334.
153. Fontanella BJB, Mello GA, Demarzo MMP, Turato ER. Percepção da síndrome de dependência por pacientes em tratamento. *J Bras Psiquiatr* 2008;57(3):196-202.
154. Portugal FB, Corrêa APM, Siqueira MM. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. *SMAD* 2010; 6(1).
155. Silva LHP, Guimarães NA, Borba LO, Mantovani MF, Paes MAM. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Esc Anna Nery* 2010; 14(3):585-590.
156. Vargens RW, Cruz MS, Santos MA. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011;19(Spe):804-12.
157. Duarte PAV, Stempluk VA, Barroso LP, organizadores. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD; 2009.
158. Brown BS, O'Grady KE, Battjes RJDSW, Katz EC. The Community Assessment Inventory—Client views of supports to drug abuse treatment *J Subst Abuse Treat* 2004;27(3): 241-251.

159. Pratta EMM, Santos MA. Lazer e uso de substâncias psicoativas na adolescência: Possíveis relações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007;23(1): 43-52.
160. Schaub M, Gmel G, Annaheim B, Mueller M, Schwappach D. Leisure time activities that predict initiation, progression and reduction of cannabis use: A prospective, population-based panel survey. *Drug Alcohol Review* 2010; 29(4): 378-384.
161. Souza LK, Hutz CS. Relacionamentos pessoais e sociais: amizade em adultos. *Psicologia em Estudo* 2008;13(2): 257-265.
162. Dishion TJ, Owen LD. A longitudinal analysis of friendships and substance use: Bidirectional influence from adolescence to adult-hood. *Dev Psychol* 2002;38:480-491.
163. Bojorquez I, Fernández-Varela H, Gorab A, Solís C. Factors associated with illegal substance use initiation among young students in Mexico City. *Drug Alcohol Review* 2010;29(3): 286-292.
164. Shinew K, Parry DC. Examining College Students' Participation in the Leisure Pursuits of Drinking and Illegal Drug Use. *J Leisure Research* 2005;37(3): 364-386.

165. Costa COM; Alves MVQM; Santos CAST; Carvalho RC; Souza KE; Sousa HL. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substancias psicoativas/SPA na adolescência. *Ciência Saude Coletiva* 2007;12(5):1143-1154.
166. Caldwell LL, Darling N. Leisure context, parental control, and resistance to peer pressure as predictors of adolescent partying and substance use: an ecological perspective. *J Leisure Research* 1999;31:57-77.
167. Gomes LGN, Júnior NS. Experimentação Política da Amizade: Alteridade e Solidariedade nas Classes Populares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007; 23(2):149-158.
168. Branstetter SA, Low S, Furman W. The influence of parents and friends on adolescent substance use: A multidimensional approach. *J Subst Use* 2011;16(2):150-160.
169. Hoffmann J, Cerboneb FG. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. *Drug Alcohol Depend* 2002;66(3):255-64.

170. Wasserman DA, Stewar AL, Delucchi KL. Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend* 2001;65:65–75.
171. Passetti LL, Godley SH, White MK. Adolescents' perceptions of friends during substance abuse treatment: A qualitative study. *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly* 2008;35(1):99-114.
172. Toprak S, Cetin I, Akgul E, Can G. Factors associated with illicit drug abuse among Turkish college students. *J Addict Medicine* 2010;4(2): 93-98.
173. McKee LG, Bonn-Miller MO, Moos RH. Depressive symptoms, friend and partner relationship quality, and posttreatment abstinence. *J Stud Alcohol Drugs* 2011;72(1):141-149.
174. Ferguson CJ, Meehan DC. With friends like these...: Peer delinquency influences across age cohorts on smoking, alcohol and illegal substance use. *Eur Psychiatry* 2011;26(1):6-12.
175. Bortoluzzi MC, Traebert J, Loguercio A, Kehrig RT. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15(3):679-685.

176. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Sup 4):S545-S557.
177. Vieira JKS, Carvalho RN, Azevedo EB, Silva PMC, Ferreira Filha MO. Concepção sobre drogas. Relatos dos usuários do CAPS-AD, de Campina Grande, PB. *SMAD* 2010; 6(2).
178. Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(Supl I):11-13.
179. Homish GG, Leonard KE. The Drinking Partnership and Marital Satisfaction: The Longitudinal Influence of Discrepant Drinking. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(1): 43–51.
180. Ryan AK. Gender differences in family formation behavior: The effects of adolescent substance use. *J Stud Alcohol Drugs* 2010;71(6): 938-949.
181. Ryan AK. The effects of alcohol and illegal drug use on initial family formation. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2011;4578.
182. Kornreich C, Philippot P, Foisy M, Blairy S, Raynaud E, Dan B, Hess U, Noel X, Pelc I, Verbanck P. Impaired emotional facial expression

- recognitions is associated with interpersonal problems in alcoholism. *Alcohol Alcohol* 2002;37(4):394-400.
183. Dethier M, Counerotte C, Blairy S. Marital Satisfaction in Couples with an Alcoholic Husband. *J Fam Viol* 2011;26:151–162.
184. Singh NK, Bhattacharjee D, Das B, Kumar M. Interaction patterns in Indian families with alcohol-dependent persons. *Hong Kong Journal of Psychiatry* 2009;19(3):117-120.
185. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR; 2007.
186. Cunradi CB, Caetano R, Clark CL, Schafer J. Alcohol-Related Problems and Intimate Partner Violence Among White, Black, and Hispanic Couples in the US. *Alcohol Clin Exp Res* 1999;23(9).
187. Zordan EP; Wagner A. Até que a vida nos separe: os motivos para separação conjugal em processos judiciais. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, PUCRS. III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS; 2008.

188. Miranda FAN, Simpson CA, Azevedo DM, Costa SS. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. *Rev Eletrônica Enfermagem* 2006;08(02):222-232.
189. Johnson MD, Cohan CL, Davila J, Lawrence E, Rogge RD, Karney BR, Sullivan KT, Bradbury TN. Problem-Solving Skills and Affective Expressions as Predictors of Change in Marital Satisfaction. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(1):15–27.
190. Fleming CB, White HR, Catalano RF. Romantic relationships and substance use in early adulthood: An examination of the influences of relationship type, partner substance use, and relationship quality. *J Health Soc Behav* 2010;51(2):153-167.
191. Floyd FJ, Cranford JA, Daugherty MK, Fitzgerald HE. Marital Interaction in Alcoholic and Nonalcoholic Couples: Alcoholic Subtype Variations and Wives' Alcoholism Status. *J Abnorm Psychol* 2006;115(1):121–130.
192. Filizola CLA, Perón CJ, Nascimento MMA, Pavarini SCI, Petrilli Filho JF. Compreendendo o alcoolismo na família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2006;10(4): 660-70.

193. Schneider ACN, Ramires VRR. Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia* 2007;26: 95-108.
194. D'Onofrio BM, Turkheimer E, Emery RE, Slutske WS, Heath AC, Madden PA, Martin NG. A Genetically Informed Study of Marital Instability and Its Association With Offspring Psychopathology. *J Abnorm Psychol* 2005;114(4): 570–586.
195. Zhou Q, King KM, Chassin L. The Roles of Familial Alcoholism and Adolescent Family Harmony in Young Adults' Substance Dependence Disorders: Mediated and Moderated Relations. *J Abnorm Psychol* 2006;115(2): 320–331.
196. Cardoso MN, Caiaffa WT, Mingoti SA. AIDS incidence and mortality in injecting drug users: the AJUDE-Brasil II Project. *Cad Saude Publica* 2006;22(4):827-837.
197. Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14(2):407-416.

198. Baggio L, Palazzo LS, Aerts DRG. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica* 2009;25(1):142-150.
199. Lovisi, GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr* 2009;31(Supl II):S86-93.
200. Ponce JC, Andreuccetti G, Jesus MGS, Muñoz DR. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. *Rev Psiq Clin* 2008;35(supl 1):13-16.
201. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13(nº esp):888-95.
202. Olszewski D, Matias J, Monshouwer K, Kokkevi A. Polydrug use among 15- to 16-year olds: Similarities and differences in Europe. *Drugs: Education, Prevention & Policy* 2010;17(4):287-302.
203. Molinaro S, Siciliano V, Curzio O, Denoth F, Salvadori S, Mariani F. Illegal substance use among Italian high school students: Trends over 11 years (1999–2009). *PLoS ONE* 2011;6(6).

204. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004. São Paulo: CEBRID; 2005.
205. Paduani GF, Barbosa GA, Morais JCR, Pereira JCP, Almeida MF et al. Consumo de álcool e fumo entre os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Rev Bras Educação Médica 2008;32 (1):66–75.
206. Domingos NAM, Domingos JCV. Levantamento sobre o uso de álcool e drogas em universitários. Rev Bras Ter Cogn 2005;1(1).
207. Wagner GA. Álcool e drogas: terceira pesquisa sobre atitudes e uso entre alunos na Universidade de São Paulo - campus São Paulo. [Tese doutorado] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011.
208. Noto AR, Galduróz JCF, Nappo AS, Fonseca AM, Carlini CMA, MouraYG, Carlini EA. Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras – 2003. São Paulo:CEBRID; 2004

209. Mombelli MA, Marcon SS, Costa JB. Caracterización de las admisiones psiquiátricas para desintoxicación de adolescentes adictos a las drogas. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(5): 735-40.
210. Doubeni CA, Li W, Fouayzi H, DiFranza JR. Perceived accessibility of cigarettes among youth: A prospective cohort study. *Am J Prev Med* 2009;36(3): 239-242.
211. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Livro Informativo sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 2003.
212. Silva CR, Kolling NM, Carvalho JCN, Cunha SM, Kristensen CH. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia* 2009;30:101-112.
213. DiNitto DM, Choi NG. Marijuana use among older adults in the U.S.A.: User characteristics, patterns of use, and implications for intervention. *Int Psychogeriatr* 2011;23(5):732-741.
214. Fraile C, Riquelme N, Pimenta A. Consumo de drogas lícitas e ilícitas en escolares y factores de protección y riesgo. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004;12(nº esp):345-51.

215. Almeida Filho AJ, Ferreira MA, Gomes MLB, Silva RC, Santos TCF. Adolescente e drogas: conseqüências para a saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007;11(4): 605-10.
216. Rutherford HJV, Mayes LC, Potenza MN. Neurobiology of adolescent substance use disorders: Implications for prevention and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010;19(3): 479-492.
217. De Bellis MD, Narasimhan A, Thatcher DL, Keshavan MS, Soloff P, Clark DB. Prefrontal cortex, thalamus, and cerebellar volumes in adolescents and young adults with adolescent-onset alcohol use disorders and comorbid mental disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29(9):1590-1600.
218. Barnea-Goraly N, Menon V, Eckert M, Tamm L, Bammer R, Karchemskiy A, Dant C, Reiss AL. White matter development during childhood and: A cross-sectional adolescence diffusion tensor imaging study. *Cereb Cortex* 2005;15(12):1848-1854.
219. Bava S, Tapert SF. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychol Rev* 2010;20(4):398-413.
220. Medina KL, Schweinsburg AD, Cohen-Zion M, Nagel BJ, Tapert SF. Effects of alcohol and combined marijuana and alcohol use during

- adolescence on hippocampal volume and asymmetry. *Neurotoxicol Teratol* 2007;29(1):141-152.
221. Ashtari M, Avants B, Cyckowski L, Cervellion KL, Roofeh D, Cook P, Gee J, Sevy S, Kumra S. Medial temporal structures and memory functions in adolescents with heavy cannabis use. *J Psychiatry Res* 2011;45(8):1055-1066.
222. Hanson KL, Medina KL, Padula CB, Tapert SF, Brown SA. Impact of adolescent alcohol and drug use on neuropsychological functioning in young adulthood: 10-year outcomes. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2011;20(2):135-154.
223. Brown SA, McGue M, Maggs J, Schulenberg J, Hingson R, Swartzwelder S, Martin C, Chung T, Tapert SF, Sher K, Winters KC, et al. A Developmental Perspective on Alcohol and Youths 16 to 20 Years of Age. *Pediatrics* 2008;121(S290).
224. Beets MW, Flay BR, Vuchinich S, Snyder FJ, Acock AL, Burns K, Washburn IJ, Durlak Joseph. Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors, and sexual activity among elementary-school students in Hawaii. *Am J Public Health* 2009;99(8):1438-1445.

225. Marsiglia FF, Kulis S, Yabiku ST, Nieri TA, Coleman E. When to intervene: Elementary school, middle school or both? Effects of keepin' It REAL on substance use trajectories of Mexican heritage youth. *Prevention Science* 2011;12(1):48-62.
226. Paraná. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos. Prevenção ao uso indevido de drogas. Curitiba: SEED – PR; 2008.
227. Chiapetti N, Serbena CA. Uso de Álcool, Tabaco e Drogas por Estudantes da Área de Saúde de uma Universidade de Curitiba. *Psicologia: Reflexão e Crítica*;20(2):303-313.
228. Stevens-Watkins D, Rostosky S. Binge drinking in African American males from adolescence to young adulthood: The protective influence of religiosity, family connectedness, and close friends' substance use. *Subst Use Misuse* 2010;45(10):1435-1451.
229. Lepre RM; Martins RA. Raciocínio moral e uso abusivo de bebidas alcoólicas por adolescentes. *Padéia* 2009;19(42).

230. Martins RA, Parreira GV, Cruz LAN, Silva IA. Expectativas sobre os efeitos do uso de álcool e padrão de beber em alunos de ensino médio. *SMAD* 2010;6:08.
231. Glaser B, Shelton KH, van den Bree MBM. The moderating role of close friends in the relationship between conduct problems and adolescent substance use. *J Adolesc Health* 2010;47(1):35-42.
232. Fox CL, Tow SL, Stephens RS, Walker DD, Roffman RA. Motives for Cannabis Use in High-Risk Adolescent Users. *Psychology of Addictive Behaviors* 2011; 25(3): 492–500.
233. Walter M, Gerhard U, Duersteler-MacFarland KM, Weijers H, Boening J, Wiesbeck GA. Social Factors but Not Stress-Coping Styles Predict Relapse in Detoxified Alcoholics. *Neuropsychobiology* 2006,54(2):100-106.
234. Araujo RB, Oliveira MS, Pedrosa RS, Miguel AC, Castro, MGT. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento *J Bras Psiquiatr* 2008;57(1):57-63.
235. Kantorski LP, Lisboa LM, Souza J. Grupo de Prevenção de Recaídas de Álcool e Outras Drogas. *SMAD* 2005; 1(1).

236. McMahon RC. Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction. *J Subst Abuse Treat* 2001;21(2):77-87.
237. Vielva I, Iraugi I. Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction* 2001;96(2): 297-303.
238. Demirbas H, Ilhan IO, Dogan YB. Ways of problem solving as predictors of relapse in alcohol dependent male inpatients. *Addict Behav* 2012;37(1):131-134.
239. Budney AJ, Vandrey RG, Stanger C. Intervenções farmacológica e psicossocial para os distúrbios por uso da cannabis. *Rev Bras Psiquiatr* 2010;32(Supl I).
240. Azevedo DM; Miranda FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010;14(1):56-63.
241. Templeton L, Velleman R, Russell C. Psychological interventions with families of alcohol misusers: A systematic review. *Addiction Research & Theory* 2010;18(6):616-648.

242. Amaral RA, Malbergier A, Andrade AG. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. Rev Bras Psiquiatr 2010;32(Supl II).
243. Tratamentos. Disponível em:
<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>
244. Galassi AD, Elias PEM, Andrade AG. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas – SP. Rev Psiqu Clin 2008;35(Supl 1):2-7.
245. Schneider DR. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. Ciência & Saúde Coletiva 2010;15(3):687-698.
246. Newton TE, Haile CN. Summary and future directions. Cocaine and methamphetamine dependence: Advances in treatment. American Psychiatric Publishing 2012;xviii:193-203.
247. Matarazzo JD. Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. In: Hammonds BL, Scheirer CL (editors). Psychology and Health. Washington, DC: American Psychological Association; 1984.(p.5-43)

248. Ribes E. Psicología y salud: Un análisis conceptual. Barcelona: Martinez Roca; 1990.

7. APÊNDICES

Apêndice 1. Ficha de Identificação

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL

Iniciais nome:

Data da Entrevista: ____/____/____

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

1. DADOS PESSOAIS E SOCIODEMOGRÁFICOS:

INICIAIS DO NOME: _____ PRONTUÁRIO: _____

ENDEREÇO ATUAL: _____

FONE RESIDENCIAL: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____

ETNIA/COR: _____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ TEMPO: _____

ESCOLARIDADE: _____ RELIGIÃO: _____

ORIGEM: _____

RENDA MENSAL FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS: _____

Apêndice 2. Roteiro de Entrevista Semidirigida para pessoas com problemas relacionados a álcool e/ou drogas

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

Encaminhamento:

Você veio por conta própria ou encaminhado por alguém ou alguma instituição?

Quais foram as razões para vir buscar ajuda neste serviço?

Desde quando você está fazendo tratamento neste serviço?

História Pessoal/Familiar:

Você foi criado por seus pais naturais ou morou com outras pessoas (como madrasta/padrasto, outra família, orfanato)?

O que eles faziam para sobreviver?

Como eram os seus pais e/ou responsáveis (carinhosos ou agressivos; havia muitas regras, se havia, você as burlava)?

Na infância e adolescência, como era sua vida?

Quando criança e/ou adolescente, você sofreu abusos físicos, sexuais ou emocionais?

Você tem irmãos ou irmãs? Como era a convivência com eles na infância e adolescência?

Entre seus familiares, alguém tinha/tem problemas com álcool e/ou outras drogas? Quem?

E com a lei? Alguém, na sua família (sem ser você), tem problemas com a lei?

Como você vê seu relacionamento com sua família agora? Com que frequência você tem contato com seus familiares?

Com quem você mora hoje?

Como você se relaciona com as pessoas que você mora?

História Escolar:

Na infância e adolescência, até que série estudou? O que fez depois? E na vida adulta, estudou ou voltou a estudar?

Em quantas escolas estudou? Quais os motivos das mudanças (expulsão, mudança de endereço, etc)?

Gostava de estudar?

Como era seu comportamento na escola (bagunceiro, arrumava problemas e confusão, brigava, trapaceava, furtava)?

História social:

Quais as suas atividades de lazer? O que faz para se divertir, se distrair?

Tem amigos? Nas horas livres, você fica com eles? Eles usam álcool e/ou outras drogas? Tem problemas com a lei?

Você já se sentiu rejeitado pelas pessoas? Seus amigos se afastaram de você?

História marital/sexual:

Quantos relacionamentos conjugais (casado ou morar junto) você teve?

Quanto tempo durou o seu último relacionamento conjugal? Como ele era? Estável, com agressões, com muitas brigas?

Porque o relacionamento acabou? O uso de álcool e/ou outras drogas contribuiu para o término do relacionamento?

Você já se relacionou com mais de uma pessoa ao mesmo tempo?

Atualmente, tem um(a) parceiro(a)? Como vocês se relacionam?

Quais as atitudes do parceiro frente ao problema de álcool e/ou outras drogas (o que faziam em relação ao seu problema de álcool e/ou outras drogas?)

Algum parceiro(a) também teve/ tem problemas com álcool e/ou outras drogas?

Filhos:

Você tem filhos biológicos, adotivos ou enteados? Quantos? Com que idade?

Quem é a mãe?

Como era seu relacionamento com eles quando crianças e/ou adolescentes?
E hoje, como é o seu relacionamento com eles?

Algun deles tem problemas com álcool e/ou outras drogas?

História médica/psiquiátrica:

Você já teve algum problema grave de saúde? Qual? Tratamento?

Você alguma vez recebeu atendimento psicológico ou psiquiátrico? Por quê?
Com que idade? Qual foi o diagnóstico? Qual foi o tratamento? Houve hospitalização?

Quais remédios já tomou?

Já tentou suicídio?

História de Comportamentos Relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas:

Quais as drogas que consumiu e/ou experimentou durante a vida (ex.: anfetamina/estimulante, êxtase, cocaína, crack, maconha, alucinógenos – LSD, mescalina -, tranquilizantes, analgésicos, opiáceos – morfina, heroína – anabolizantes, inalantes, solventes - cola, lança perfume -, tabaco, álcool)?

Como foi o início do uso de álcool e/ou outras drogas? Com que idade? Com quem usava?

Quando começou a usar todos os fins-de-semana ou quase todos os dias?

Quando foi a primeira vez que teve sintomas de abstinência (tremores, náusea, ânsia de vômito e sudorese)?

Parou de usar álcool e/ou outras drogas por alguns períodos (alguns dias/semanas/meses)?

Já chegou a usar direto por alguns dias, sem dormir, sem comer?

Atitudes dos familiares frente ao problema de álcool e/ou outras drogas?

Que tipo de tratamento fez (no ambulatório, pronto socorro, clínicos gerais, psiquiatras, autoajuda, ONGs, religioso, AA/NA, psicológico)?

Ficou abstinência depois de fazer tratamento, por quanto tempo, e quais foram os fatores relacionados às recaídas?

Uso de medicamentos? Quais?

Atualmente, qual é o seu padrão de uso?

História de Risco:

Já injetou alguma droga? Já compartilhou seringas/agulhas?

Já trocou sexo por drogas ou dinheiro (se prostituiu)?

Problemas relacionados às drogas:

De uma forma geral, como o álcool e/ou outras drogas interferiram e/ou prejudicaram sua vida?

Físicos (p.ex: tosse; overdose; hepatite B ou C; HIV; pneumonia; convulsão; acidentes; perda de peso; hemorragias).

Cognitivos: (p.ex: dificuldade de reter novas informações; esquecimento).

Psicológicos: (p.ex: depressão; psicose; ansiedade).

História Profissional:

Quais os tipos de trabalho e ocupações que já exerceu?

Quantos empregos você teve?

Qual foi o emprego mais duradouro? Quanto tempo durou? O que aconteceu? Qual foi o mais breve? Quanto tempo? O que aconteceu?

Foi demitido ou você abandonou o trabalho?

Atualmente, está trabalhando? Em que?

Há algum negócio, ofício, emprego ou ocupação que você gostaria de ter?

Futuro:

Onde e como gostaria de estar daqui dez anos? Quais são os passos para alcançar isto?

Apêndice 3. Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE¹⁰

Eu, _____
 _____, brasileiro(a), nascido(a) em ____/____/____ e residente a
 _____ do
 município de _____ Estado
 _____, declaro para devidos fins, ter sido
 convidado(a) a ser participante da pesquisa intitulada “Programa de
 Intervenção Cognitivo-Comportamental em Grupo à Pacientes Dependentes
 Químicos com Transtorno de Personalidade Anti-Social: efeitos sobre as
 variáveis ‘sintomatologia’, ‘padrão de uso’ e ‘adesão ao tratamento’”. Declaro
 ainda que recebi todas as informações sobre o presente estudo científico que
 tem como objetivo avaliar os efeitos de um programa de intervenção
 psicológica em grupo sobre as variáveis ‘sintomas’ do transtorno de
 personalidade anti-social, ‘padrão de uso’ de drogas e ‘adesão ao tratamento’
 da dependência química e que faz parte dos requisitos exigidos para aquisição
 do título de mestre em Medicina e Ciências Correlatas do Programa de Pós-
 Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do
 Rio Preto (FAMERP), sob responsabilidade legal da mestrandia Janelise
 Bergamaschi Paziani Costa, brasileira, casada, RG 30608546-x, residente em

¹⁰ Termo gerado em duas vias de igual teor: uma para posse do participante e outra, para o pesquisador.

Catanduva, e de seu orientador Professor Doutor Nelson Iguimar Valerio, RG 15642841, CRP: 33849-2, da FAMERP-SP.

Minha participação incluirá preencher ficha de identificação, responder entrevista semi-dirigida e entrevista clínica estruturada para os transtornos de personalidade do eixo II do DSM-IV (SCID-II). Nesta primeira avaliação, será utilizado, se assim eu permitir, um gravador portátil para registro e posterior reprodução por especialistas sob os mesmos preceitos éticos de sigilo e confidencialidade dos pesquisadores.

Tenho conhecimento que poderei ser selecionado para segunda fase da pesquisa que implicará em receber exclusivamente tratamento de rotina e/ou intervenção psicológica em grupo que acontecerá em oito sessões semanais com duração de duas horas com a pesquisadora responsável, podendo estes encontros ser filmados. Além disso, responderei a Escala para Avaliação de Sintomas de Transtornos de Personalidade Anti-social e Quadro de Padrão de Uso de Drogas.

Também tenho conhecimento que o risco em participar da pesquisa é mínimo e refere-se a geração de constrangimentos e/ou a reações emocionais às questões pesquisadas. Porém, também tenho conhecimento que a pesquisa poderá trazer benefícios para programas futuros de atendimentos e benéficos imediatos para aqueles que integrarem o grupo de intervenção psicológica.

Sei que receberei orientação específica, se necessário. Fui orientado(a) que posso consultar a pesquisadora responsável em qualquer época do processo de pesquisa, pessoalmente ou pelo telefone (17) 3201-5704 ou o

Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (17) 3201-5813 para esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Fui informado(a) que tenho toda liberdade para recusar-me a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer prejuízo aos meus atendimentos de rotina da Instituição.

Fui esclarecido(a) também que todas as informações por mim prestadas e os resultados obtidos nessa pesquisa serão mantidos em absoluto sigilo. Tenho conhecimento, no entanto, que os dados coletados serão utilizados para apresentação em eventos científicos e publicações em revistas especializadas.

Esclareço que não receberei nenhum tipo de benefício de ordem financeira, material ou qualquer outras e que não fui, em momento algum, pressionado(a) para colaborar neste estudo e que minha participação é de LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE e com absoluta ciência dos fatos.

SJRP, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Apêndice 4. Correlação entre família da CBO e ocupações exercidas pelos pais e/ou responsáveis.

- **Membros Superiores do Poder Público, Dirigentes de Organizações de Interesse Público e de Empresas e Gerentes (Grupo 1):** comerciário, gerente de banco, dono de metalúrgica, dono de laticínio;
- **Profissionais das Ciências e das Artes (Grupo 2):** fotógrafo, médico;
- **Técnicos de Nível Médio (Grupo 3):** oficial de justiça, investigador de polícia, auxiliar de enfermagem;
- **Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados (Grupo 5):** vigia patrimonial, cozinheiro, atendente em padaria, atendente em quitanda, atendente em empresa de telefone, vendedor, faxineira, empregada doméstica, diarista, comércio, frentista de posto, guarda noturno, guarda;
- **Trabalhadores Agropecuários, Florestais e da Pesca (Grupo 6):** trabalhador rural, carvoaria, seringueiro, catador de laranja;
- **Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais (Grupo 7):** motorista de caminhão, servente de pedreiro, ajudante de eletricista, linotipista, marceneiro, carpinteiro, pedreiro, metalúrgico, costureira industrial, costureira;
- **Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (Grupo 8):** açougueiro;
- **Trabalhadores de manutenção e reparação (Grupo 9):** eletricista.

8. ANEXOS

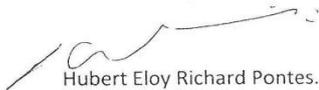
Anexo 1. Autorização da Coordenação da Saúde Mental para a realização da pesquisa no CAPS-AD.

AUTORIZAÇÃO

Eu, Hubert Eloy Richard Pontes, Coordenador da Equipe Técnica da Saúde Mental da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São José do Rio Preto, autorizo a realização da Pesquisa intitulada PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL em grupo à pacientes dependentes químicos com transtorno de personalidade anti-social: efeitos sobre as variáveis sintomatologia, padrão de uso e adesão ao tratamento no CAPS-AD deste município.

Por ser verdade, firmo o presente na forma da lei.

São José do Rio Preto, 03/03/2009.



Hubert Eloy Richard Pontes.

Coordenadoria de Saúde Mental.

Dr Hubert Eloy Richard Pontes
Psiquiatra - Psicoterapia - Mod. Trabalho
CRM. 24.617

Anexo 2. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Famerp**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 007/2009

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo nº 7125/2008 sob a responsabilidade de Janelise Bergamaschi Paziani Costa com o título "Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental em grupo à pacientes dependentes químicos com transtorno de personalidade anti-social: efeitos sobre as variáveis 'sintomatologia', 'padrão de uso' e 'adesão ao tratamento'" está de acordo com a resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 08 de janeiro de 2009.


Prof. Dr. Antonio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP

