



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

LAUANA APARECIDA TEODORO JACINTO

**FATORES RELACIONADOS AO USO, REABILITAÇÃO E RECAÍDAS
SEGUNDO ADICTOS EM RECUPERAÇÃO**

DEZEMBRO/2014

UBERABA - MG



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

LAUANA APARECIDA TEODORO JACINTO

**FATORES RELACIONADOS AO USO, REABILITAÇÃO E RECAÍDAS
SEGUNDO ADICTOS EM RECUPERAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de mestre. **Linha de pesquisa:** Atenção à saúde das populações. **Eixo temático:** Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientadora Responsável: Prof^a Dr^a Leiner Resende Rodrigues.

DEZEMBRO/2014

UBERABA – MG

Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

JACINTO, Lauana Aparecida Teodoro

Fatores relacionados ao uso, reabilitação e recaídas segundo adictos em recuperação / Lauana Aparecida Teodoro Jacinto.— 2014.

107 f: il:tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014.

Orientadora: Prof^o Dr^o Leiner Resende Rodrigues

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Recidiva; Saúde Mental. I. Rodrigues, Leiner Resende. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

LAUANA APARECIDA TEODORO JACINTO

**FATORES RELACIONADOS AO USO, REABILITAÇÃO E RECAÍDAS SEGUNDO
ADICTOS EM RECUPERAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de mestre. **Linha de pesquisa:** Atenção à saúde das populações. **Eixo temático:** Saúde do Adulto e do Idoso.

_____ de _____ de _____

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Leiner Resende Rodrigues - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Prof.. Dr. Divane de Vargas
Universidade de São Paulo – USP

Prof^o Dra^o Lúcia Aparecida Ferreira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Dedico este trabalho a Deus, a meu pai amado e minha mãe, à minha família, amigos, colegas, professores e a todos que de alguma forma acreditaram em mim.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, que me carrega em todas as horas, me sustenta e me guia. Olhou pra minha pequenez e me concedeu a graça de poder continuar na minha caminhada de estudo, finalizando mais essa etapa

Agradeço a meu pai e minha mãe por todos ensinamentos, apoio e todas as lutas que batalharam comigo, é por vocês essa conquista. Amo muito vocês.

Em especial ao meu pai, que não pode ver minha conquista concretizada, mas sei que está muito feliz por ela. Sinto tanto por não estar aqui meu pai.... saudades eternas...

À toda minha família pela torcida e apoio.

Aos meus amigos(a), companheiros(a) e irmãos(a) de caminhada, em especial às minhas amigas Isabel Resende, Larissa Carvalho, Larissa Aparecida, Larissa Borges, Kátia Cristina, Tahina Gonçalves e Mariana Oliveira que torceram muito, me apoiaram e me aconselharam nessa fase tribulosa com muito amor e companheirismo.

Às minhas colegas de mestrado, que compartilharam comigo o aprendizado e convivência nessa jornada, em especial à Liliane Roza, Nayara Reis, Lorena Campos e Natalia Gomes pela amizade que levarei pela vida.

Ao meu namorado Rodrigo Félix, que me apoiou e me ajudou muito nessa etapa.

À minha orientadora Leiner, que sem nenhum glichê é uma das melhores pessoas que conheci, pela sua paciência, calma, sabedoria e pela leveza que levou nossos dias.

À todos os professores pelo auxílio e pela sabedoria compartilhada durante esses dois anos de estudo.

À todos que de alguma forma me ajudaram ou torceram pelo meu sucesso.

Oração da Serenidade

“Concede-me, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar as que eu posso e sabedoria para distinguir uma da outra – vivendo um dia de cada vez, desfrutando um momento de cada vez, aceitando as dificuldades como um caminho para alcançar a paz, considerando o mundo pecador como ele é, e não como gostaria que ele fosse, confiando em Deus para endireitar todas as coisas para que eu possa ser moderadamente feliz nesta vida e sumamente feliz contigo na eternidade”.

SÓ POR HOJE!

RESUMO

JACINTO, Lauana Aparecida Teodoro. Fatores relacionados ao uso, reabilitação e recaídas segundo adictos em recuperação. 2014. 107 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

Palavras- chaves: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Recidiva; Saúde Mental.

Droga é uma substância ilegal e nociva, proibida para uso, que, no organismo modifica suas funções, podendo várias dessas substâncias provocarem um padrão de consumo problemático com perda de controle (AMORIN, 2007). O uso descontrolado de substâncias psicoativas é um grave problema social e de saúde pública (PRATTA, 2009). Estudo quantitativo, transversal e descritivo. O estudo foi realizado com 180 indivíduos internados em clínicas para tratamento de dependência química, com idade entre 18 e 77 anos, solteiros (61,7%), morando com os pais (43,3%), com ocupação não profissionalizante (35,6%), renda familiar de 01 a 02 salários (28,3%) e fumantes (59,4%). A idade de início de uso da substância foi de 11 a 20 anos (75,6%) no álcool (66,1%), maconha (46,2%), cocaína (28,9%) e crack (20,6%). Os motivos de uso destacados foram a curiosidade (66,7%), problemas emocionais (35,6%) e problemas familiares (35,0%). Os problemas sociais consequentes do uso foram desemprego (36,1%), separação do cônjuge (32,2%) e perda da guarda dos filhos (26,1%). Os fatores relacionados a manutenção da sobriedade foram a família (70,6%), trabalho (43,3%) e religião (37,2%). Dos pesquisados 52,2% recaíram, sendo a droga mais citada na última recaída o álcool (87,2%) e o crack (77,6%). Durante a recaída, 49,4% trabalhavam, moravam com os pais (30,6%), não tinha lazer (30,0%) e receberam apoio (58,3%) da família (50,6%). Os fatores protetores de recaídas destacados foram família (48,9%), religião (35,6%) e trabalho (32,2%). Na abordagem ao uso de drogas, as medidas preventivas devem considerar contextos históricos, socioculturais e econômicos, visando à realidade do consumo e das motivações do uso (OMS, s/d). Essas medidas devem visar a redução dos fatores de riscos e fortalecimento dos fatores de proteção. As ações de prevenção devem ser definidas, planejadas, implantadas e implementadas com múltiplas estratégias, com atividades comunitárias e parcerias com os segmentos sociais, buscando a redução da iniciação no consumo e das consequências do uso (BRASIL, 2003). Acredita-se que as informações disponibilizadas nesta pesquisa, poderão subsidiar a atuação dos profissionais de saúde e também contribuir para orientar o planejamento de estratégias, intervenções e políticas sobre essa temática.

AMORIM, T.R; LAZARINI, W.S; SIQUEIRA, M.M. Atenção à dependência química na Universidade Federal do Espírito Santo: possibilidades da extensão universitária. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 717-721, dez. 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde - Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Correio da Unesco. **Educação preventiva contra as drogas**. Genebra: OMS; s/d.

PRATTA, E.M.M; SANTOS, M.A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Prática**, Brasília,. v.25, n.2, p 203-211, abr./Jun. 2009.

ABSTRACT

JACINTO, Lauana Aparecida Teodoro. Factors related to the use, rehabilitation and relapse second recovering addicts. 2014. 107 f. Dissertation (Master in Health Care) - Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

Keywords: Substance-Related Disorders; Recurrence; Mental Health.

Drug is an illegal and harmful substance, prohibited for use, that the body changes its functions and may result in a number of these substances problematic pattern of use with loss of control (AMORIN, 2007). The uncontrolled use of psychoactive substances is a serious social and public health problem (Pratta, 2009). Quantitative, descriptive study. The study was conducted with 180 individuals admitted to clinics for treatment of chemical dependency, aged between 18 and 77 years old, single (61.7%), living with their parents (43.3%), with no professional occupation (35, 6%), household income 01-02 wages (28.3%) and smoking (59.4%). The age of substance-use initiation was 11-20 years (75.6%) in alcohol (66.1%), marijuana (46.2%), cocaine (28.9%) and crack (20.6 %). Seconded use reasons were curiosity (66.7%), emotional problems (35.6%) and family problems (35.0%). The consequent social problems of use were unemployment (36.1%), separation from spouse (32.2%) and loss of custody of the children (26.1%). Factors related to maintenance of sobriety were the family (70.6%), work (43.3%) and religion (37.2%). Of respondents fell 52.2%, the most familiar drug in the last relapse alcohol (87.2%) and crack (77.6%). During relapse, 49.4% worked, lived with their parents (30.6%), had no leisure (30.0%) and received support (58.3%) of the family (50.6%). The relapse protective factors highlighted were family (48.9%), religion (35.6%) and work (32.2%). in the approach to drug use, preventive measures should consider historical, socio-cultural and economic contexts, seeking the reality of consumption and the use motivations (WHO, s / d). These measures should aim at reducing risk factors and strengthening protective factors. Preventive actions should be defined, planned, implemented and deployed with multiple strategies, with community activities and partnerships with social groups, seeking to reduce the initiation consumption and consequences of use (BRAZIL, 2003). It is believed that the information provided in this study may support the work of health professionals and also help to guide the planning strategies, interventions and policies on this topic.

AMORIM, T.R; LAZARINI, W.S; Siqueira, M. M. Attention to drug addiction at the Federal University of Espirito Santo: possibilities of university extension. Anna Nery School Journal of Nursing, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 717-721, mar. 2007.

BRAZIL. MINISTRY OF HEALTH. National STD / AIDS. The Ministry of Health's policy for comprehensive care to users of alcohol and other drugs / Ministry of Health - Brasília (DF): Ministry of Health, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Unesco Courier. Preventive education on drugs. Geneva: WHO; s / d.

Pratta, E.M.M; SANTOS, MA The health-disease process and drug addiction: interfaces and evolution. Psychology: Theory and Practice, Brasilia,. v.25, n.2, p 203-211, April / June. 2009

RESUMEM

JACINTO, Lauana Aparecida Teodoro. Factores relacionados con el uso, la rehabilitación y la recaída adictos en recuperación segundos. 2014. 107 f. Tesis (Maestría en Atención de Salud) - Universidad Federal de Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

Palabras-clave: Trastornos Relacionados con Sustancias; Recurrencia; Salud Mental.

Drogas es una sustancia ilegal y perjudicial, prohibido para su uso, que el cuerpo cambia sus funciones y puede resultar en un número de estas sustancias patrón problemático de uso con la pérdida de control (AMORIN, 2007). El uso incontrolado de sustancias psicoactivas es un grave problema social y de salud pública (Pratta, 2009). Estudio cuantitativo, descriptivo. El estudio fue realizado con 180 individuos ingresados en clínicas para el tratamiento de la dependencia química, con edades comprendidas entre los 18 y 77 años de edad, soltero (61,7%), que vive con sus padres (43,3%), sin ocupación profesional (35,6%), los ingresos del hogar 2.1 salarios (28,3%) y el tabaquismo (59,4%). La edad de consumo de sustancias iniciación fue 11-20 años (75,6%) en el alcohol (66,1%), marihuana (46,2%), la cocaína (28,9%) y el crack (20,6%). Razones de uso en comisión fueron la curiosidad (66,7%), problemas emocionales (35,6%) y los problemas familiares (35,0%). Los consiguientes problemas sociales del uso fueron el desempleo (36,1%), la separación de los cónyuges (32,2%) y la pérdida de la custodia de los niños (26,1%). Factores relacionados con el mantenimiento de la sobriedad fueron la familia (70,6%), el trabajo (43,3%) y la religión (37,2%). De los encuestados cayó 52,2%, el medicamento más conocido en la última recaída de alcohol (87,2%) y el crack (77,6%). Durante la recaída, el 49,4% trabajaba, vivía con sus padres (30,6%), no tenían tiempo (30,0%) y recibió el apoyo (58,3%) de la familia (50,6%). Los factores de protección de recaída fueron resaltados familia (48,9%), religión (35,6%) y el trabajo (32,2%). En la aproximación al consumo de drogas, las medidas preventivas deben considerar los contextos históricos, socio-culturales y económicos, buscando la realidad del consumo y las motivaciones de uso (OMS, s / d). Estas medidas deben tener como objetivo la reducción de los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección. Las acciones preventivas deben ser definidas, planificadas, implementadas y desplegadas con múltiples estrategias, con actividades de la comunidad y asociaciones con grupos sociales, que buscan reducir el consumo de iniciación y las consecuencias de su uso (Brasil, 2003). Se cree que la información proporcionada en este estudio puede apoyar el trabajo de los profesionales

sanitarios y también ayudan a orientar la planificación de estrategias, intervenciones y políticas sobre este tema.

AMORIM, T.R; LAZARINI, W.S; Siqueira, M. M. Atención a las drogodependencias en la Universidad Federal de Espírito Santo: posibilidades de extensión universitaria. Escuela Anna Nery Revista de Enfermería, Río de Janeiro, v.11, n.4, p. 717-721, marzo 2007.

BRASIL. MINISTERIO DE SALUD. Nacional de ITS / SIDA. La política del Ministerio de Salud para la atención integral a los usuarios de alcohol y otras drogas / Ministerio de Salud - Brasilia (DF): Ministerio de Salud, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Correo de la Unesco. La educación preventiva contra las drogas. Ginebra: OMS; s / d.

PRATTA, E.M.M; SANTOS, MA El proceso de salud-enfermedad y adicción a las drogas: interfaces y evolución. Psicología: Teoría y Práctica, Brasilia,. v.25, n.2, p 203-211, abril / junio. 2009

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo variáveis sociodemográficas. Uberaba, 2014.....	43
Tabela 2 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo variáveis socioeconômicas. Uberaba, 2014.....	44
Tabela 3 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo religião. Uberaba, 2014.....	46
Tabela 4 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo tabagismo. Uberaba, 2014.....	46
Tabela 5 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo uso de álcool e drogas iniciais. Uberaba, 2014.....	48
Tabela 6 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo uso de álcool e drogas antes da internação. Uberaba, 2014.....	50
Tabela 7 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo experimento de outras drogas. Uberaba, 2014.....	51
Tabela 8 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo motivos para uso. Uberaba, 2014.....	53
Tabela 9 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo problemas sociais relacionados ao uso de drogas. Uberaba, 2014.....	54

Tabela 10 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo primeira internação. Uberaba, 2014.....	55
Tabela 11 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo tratamentos. Uberaba, 2014.....	56
Tabela 12 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo fatores relacionados à manutenção da sobriedade. Uberaba, 2014.....	57
Tabela 13 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo primeira recaída. Uberaba, 2014.....	58
Tabela 14 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo outras recaídas. Uberaba, 2014.....	59
Tabela 15 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo recaída atual. Uberaba, 2014.....	61
Tabela 16 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo fatores relacionados a recaída atual. Uberaba, 2014.....	62
Tabela 17 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo fatores protetores de recaídas. Uberaba, 2014.....	64
Tabela 18 – Distribuição da razão de chances das variáveis se teve recaídas e fatores sociodemográficos dos internos em tratamento nas clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG. Uberaba, 2014.....	64
Tabela 19 – Distribuição da razão de chances das variáveis se teve recaídas e tipos de drogas utilizada antes internação dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG. Uberaba, 2014.....	65

Tabela 20 – Distribuição da razão de chances das variáveis se teve recaídas e motivos para uso dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG. Uberaba, 2014.....	66
Tabela 21 – Distribuição da razão de chances das variáveis se teve recaídas e problemas sociais relacionados ao uso de álcool e drogas dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG. Uberaba, 2014.....	67
Tabela 22 - Relação de instituições de internação para dependência química de Uberaba cadastradas no Conselho Municipal Antidrogas de Uberaba – COMAD/Uberaba.....	100

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	19
2.	REFERÊNCIAL TEÓRICO	21
2.1	USO DE DROGAS	21
2.2	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	22
2.3	DEPENDÊNCIA QUÍMICA	23
2.4	TRATAMENTO DA DEPENDENCIA QUÍMICA	24
2.5	RECAÍDAS	28
2.6	PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE	30
2.7	FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA O USO DE ÁLCOOL E DROGAS	31
2.8	ATUAÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	33
3.	HIPÓTESE	35
4.	OBJETIVOS.....	36
4.1	OBJETIVO GERAL	36
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
5.	JUSTIFICATIVA	37
6.	MATERIAL E MÉTODOS.....	39
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	39
6.2	LOCAL DE ESTUDO.....	39
6.3	CRITERIOS DE INCLUSÃO.....	39
6.4	CRITERIOS DE EXCLUSÃO.....	39
6.5	POPULAÇÃO	39

6.6	MÉTODO PARA A COLETA DE DADOS	40
6.6.1	Coleta de dados.....	40
6.6.2	Estudo Piloto	40
6.6.3	Variáveis sociodemográficas	40
6.6.4	Variáveis sobre o uso de substâncias	40
6.7	PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	41
6.7.1	Análise dos dados	41
6.8	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	41
6.8.1	contato com as clínicas	41
7.	RESULTADOS.....	43
8.	DISCUSSÃO.....	70
8.1	POPULAÇÃO	70
8.2	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	70
8.3	TABAGISMO.....	72
8.4	INICIO DA ADICÇÃO.....	73
8.5	SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	75
8.6	INTERNAÇÕES.....	77
8.7	FATORES DE RISCO.....	78
8.8	PROBLEMAS SOCIAIS RELACIONADOS AO USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS.....	83
8.9	RECAÍDAS.....	84
9.	CONCLUSÃO.....	86
10.	REFERENCIAS	87

APÊNDICE 1	100
APÊNDICE 2	101
APÊNDICE 3	102
APÊNDICE 4	103

1. INTRODUÇÃO

O ser humano sempre buscou ao longo da existência humana, maneiras de aumentar o seu prazer e minimizar o seu sofrimento e um desses meios era as substâncias que alteram o psíquico também denominadas drogas (MARTINS, 2008).

Droga é uma substância ilegal e nociva, proibida para uso, natural ou sintética, que, no organismo modifica suas funções, podendo várias dessas substâncias provocarem um padrão de consumo problemático com perda de controle. Quando ocorre a dependência pode ser entendida como uma doença. O indivíduo conceitua sua relação com estas substâncias de formas diferentes, complicando a ajuda e/ou intervenção, em casos de transtornos relacionados às mesmas (AMORIN, 2007).

Dependência vem de uma palavra latina que significa *dependere*, ou seja, estar intrinsecamente ligado a algo ou alguém, no caso à droga. A dependência química é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam perda de controle do consumo da droga, apesar dos problemas gerados pela mesma. Isso leva à necessidade do uso da substância para impedir o aparecimento dos efeitos desagradáveis, característicos da síndrome da abstinência (BRASIL, 2008).

Os padrões de consumo de drogas têm assumido diferenças ao longo dos tempos. As drogas seguem o desenvolvimento da sociedade, sendo consumidas em formas, contextos e objetivos variados. As mesmas são consideradas benéficas ou maléficas conforme o contexto utilizado, padrão de uso, motivos para tal e cultura inserida (NUNES, 2007). Antes o uso era restrito a pequenos grupos, atualmente verifica-se o uso dessas substâncias em qualquer circunstância e por pessoas de diferentes grupos e realidades. (PRATTA, 2009)

O uso descontrolado de substâncias psicoativas é um grave problema social e de saúde pública na atualidade. Sua utilização revela questões relacionadas à saúde, necessitando de uma reflexão sobre esse fato no âmbito das concepções sobre saúde e doença, desenvolvidas ao longo da história do homem, assim como na atualidade. O uso de substância perturbadoras do sistema nervoso central ocorre ao longo dos tempos, desde a antiguidade, independente da cultura e religião, com suas finalidades próprias (PRATTA, 2009).

No momento atual esse uso tem sido associado a questões sociais, econômicas e políticas como criminalidade e práticas antissociais e a oferta de tratamento tem sido orientada, muitas vezes, ao combate somente do uso e abuso, deixando em segundo plano os fatores individuais e do seu meio de convívio (BRASIL, 2003).

A procura por alternativas de tratamento e sua adesão a eles, está engatilhada pelos problemas que esse uso abusivo das substâncias psicoativas causa como as complicações médicas, ocupacionais e nos relacionamentos, dificuldades financeiras e legais. É importante quando o indivíduo inicia o tratamento, conhecer suas expectativas relacionadas a ele, pois se não forem alcançáveis, gerará frustração dificultando a mudança comportamental e a continuidade dos resultados terapêuticos (LOUREIRO, 2007).

Essa insustentação dos resultados terapêuticos leva a recaída que não deve ser somente compreendida como retorno ao uso abusivo de uma substância, mas somado a isso a um processo em que sinais antevê a esse retorno. Esses sinais podem ser compreendidos como respostas ineficazes às situações, demonstrados por pensamentos, sentimentos e atitudes comportamentais do adicto em recuperação, que ao serem detectados podem e devem ser vistos como possíveis previsões de recaídas (MARLATT, 2008).

Este estudo procura conhecer mais sobre as questões individuais relacionadas ao uso e abuso de substâncias químicas, procura de tratamento, seguimento e recaídas, e assim, contribuir com o conhecimento dos fatores relacionados, auxiliando na construção de um cuidado mais direcionado aos fatores individuais biopsicossociais que compõe a complexa relação entre o indivíduo e o uso abusivo de álcool e drogas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 USO DAS DROGAS

É universal e milenar o consumo de drogas pelas populações, em diferentes culturas e contextos históricos. Foram consumidas em rituais religiosos, lazer, a fim de aumentar a energia física, para fins terapêuticos (GABATZ, 2013), razões culturais, para o enfrentamento de problemas, para transgredir ou transcender, para socializar ou isolar-se (BRASIL, 2013), porém, com o passar do tempo esse uso passou a ter relação com problemas sociais (GABATZ, 2013). A visão sobre as drogas passou por vários enfoques ao longo do tempo, sendo vista como benéficas ou nocivas conforme o contexto histórico e cultural vigente (NUNES, 2007).

A relevância de que o uso de substâncias psicotrópicas se torna um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil, está sendo comprovada quando se observa a estreita relação entre o consumo e os problemas sociais. A Organização Mundial da Saúde alerta que 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo utilizam abusivamente substâncias psicoativas, não importando a idade, sexo, nível de escolaridade e poder aquisitivo. Por um longo período, o problema do uso abusivo tem sido tratado somente na visão médica psiquiátrica, não sendo resolutiva. Esse fato evidenciou que a dependência química precisa de uma atenção ampla que abrange aspectos sociais, psicológicos, econômicos, culturais, individuais e políticos, compreendendo a doença de uma forma total (BRASIL, 2003).

O uso indevido de drogas tem sido discutido como questão de ordem internacional, mobilizando nações em todo o mundo. Seus efeitos negativos acometem as estruturas, ameaça os valores políticos, econômicos, humanos e culturais causando prejuízo aos países, aumentando os gastos com tratamento médico e internação hospitalar, crescendo os índices de acidentes de trânsito, de trabalho, de violência urbana e de mortes prematuras e, também diminuindo a produtividade dos trabalhadores. Atingem homens e mulheres, de todas as idades, sexo, grupos raciais, étnicos, classes sociais, pessoas com ou sem instrução e profissionais especializados ou sem qualificação. (CARLINI, 2008)

No âmbito político, a problemática da droga deixou de ser vista como uma ameaça para ser considerado como um problema social complexo que deve ser destruído com políticas intersetoriais e setoriais específicas, composto de combate à produção, tráfico,

consumo e ações de prevenção, promoção, atenção à saúde e reinserção social dos adictos (ALVES, 2009). É na fase da adolescência principalmente que o indivíduo vivencia uma fase de descobertas, experimentações e identificações (VASTERS, 2011) e essa tem ligação direta e indireta com os agravos de saúde dessa faixa etária, evidenciando distúrbio de conduta, comportamento de risco, depressão, acidentes de trânsito, agressões, contaminações de HIV e problemas de saúde relacionados às vias de administração e ao tipo de droga ingerida (BRASIL, 2003).

A droga pode ser lícita ou ilícita, como drogas lícitas temos o tabaco e o álcool. O uso de tabaco e álcool tem alta prevalência na população mundial adulta, sendo utilizado por 25% e 28% (aproximadamente 2 bilhões de pessoas) respectivamente. A legalidade na distribuição dessas substâncias tem cooperado ao aumento do uso. Porém associado ao aumento do uso também está o aumento dos problemas de saúde; cerca de 5 milhões de mortes anuais pelo uso de tabaco e acredita-se 500 milhões de pessoas em uso morrerão pelo mesmo (UNODC, 2008).

2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Segundo o relatório mundial sobre drogas da UNODC (United Nations Office on Drugs and Crimes – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes), em 2007, de 172 a 250 milhões de pessoas no mundo entre 15 e 64 anos utilizaram algum tipo de droga ilícita, pelo menos uma vez no último ano, destes 18 a 38 milhões foram usuários nocivos ou dependentes. Este mesmo relatório alega que a maior prevalência de uso é a maconha com 143 a 190 milhões de pessoas, seguido de anfetaminas, cocaína, opiáceos e ecstasy (UNODC, 2009).

Estima-se que existam 76,3 milhões de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, dos quais pelo menos 15,3 milhões sofreram algum distúrbio psiquiátrico. Entre 5 e 10 milhões de pessoas atualmente utilizam drogas injetáveis (5% a 10% das infecções por HIV possivelmente são causadas por esse tipo de utilização). Em 2000, mais de 1.8 milhões de mortes foram atribuídos ao uso de álcool e 205.000 atribuídas ao uso de drogas ilícitas. (BRASIL, 2004)

Em pesquisa com 7939 habitantes em 108 cidades do Brasil em 2005, evidenciou-se que o consumo de drogas lícitas no país é maior que das drogas ilícitas, com estimativa de dependentes de álcool de 12,3% da população pesquisada e 10,1% de tabaco, e que 74,6% usaram álcool e 44,0% tabaco no último ano. Em relação às drogas ilícitas 22,8% da população pesquisada já usou em algum momento da vida algum tipo de droga, sendo as mais usadas a maconha com 8,8% dos pesquisados, seguido dos solventes com 6,1% e da heroína com 0,9%. Sobre a dependência às drogas ilícitas a de maior uso dependente é a maconha com 1,2% seguida, de benzodiazepínicos com 0,5% e solventes e inalantes com 0,2% cada. (CARLINI, 2005)

Em Minas Gerais, o Levantamento Domiciliar realizado em 2005, pesquisou 4.107 pessoas, e 24,5% dos entrevistados usaram droga na vida; dos tipos de drogas já utilizados, o álcool se encontra em primeiro lugar com 80,4%, seguido do tabaco com 47,6% e da maconha 10,3%. Nesta pesquisa levantou-se que 12,7% se declaram como dependentes de álcool, 10,7% de tabaco e 1,5% de maconha (CARLINI, 2005).

2.3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

É fato que nem todo usuário de drogas desenvolverá a dependência, essa dependerá da sua história de vida, seu caráter, seus objetivos e dificuldades, bem como suas motivações e desejos conscientes e inconscientes. Assim como a irritabilidade, as frustrações e a carência afetiva podem gerar depressão e ansiedade levando o indivíduo a procurar alívio em atitudes autoagressivas, como o uso abusivo de drogas (LOURENÇO, 2009).

Na atualidade a ideia de que a dependência química é um transtorno mental prevalece, porém é relevante entender quais são as percepções desses indivíduos, valorizando as experiências subjetivas de seus "processos mórbidos" (HALPERN, 2012). Ela é classificada no mundo inteiro como um transtorno psiquiátrico, admitida como uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a vida; o dependente apresenta períodos de controle dos mesmos e de retorno da sintomatologia, logo, pode ser tratada e controlada, diminuindo os sintomas. (AGUILAR, 2007; LEITE, 2008).

Para a OMS (2001) a dependência química deve ser tratada como uma doença médica crônica e como um problema social, caracterizada pela interação entre o indivíduo e uma

droga, causando compulsão para usar uma substância e experimentar seu efeito psíquico e, evitar a ausência da mesma devido ao desconforto provocado. É preciso identificar as consequências e os motivos que levaram ao consumo e não apenas combater os sintomas, relevando a totalidade do sujeito, ofertando a ele novos referenciais e subsídios para mudar comportamentos relacionados ao consumo de droga (OMS, 2001).

A dependência gera mudanças na interação do indivíduo com seus familiares, nas relações sociais e profissionais. A Associação Psiquiátrica Americana publicou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V, em 2004, apresentando como característica primordial da dependência de substâncias químicas o conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que leva o indivíduo a continuar a utilização de uma substância, mesmo com problemas consideráveis relacionados à mesma. A utilização repetida da substância, gera tolerância, abstinência e comportamento compulsivo (APA, 1994).

2.4 TRATAMENTOS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A organização Mundial da Saúde (OMS) declara que saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de moléstia ou doenças (OMS, 2001). Segundo Pratta, (2009) falar sobre saúde não é apenas contrapô-la à questão da doença, sendo a mesma mais ampla e complexa, não dependendo somente da questão biológica. O binômio saúde/doença é um processo dinâmico revelado em qualquer ambiente sob a atuação de diversos fatores inerentes à condição humana (PRATTA, 2009).

O processo saúde/doença está ligado à complexidade e singularidade da vida humana, não sendo determinada por intervenção médica e sim por comportamentos, alimentação, pela natureza do meio ambiente (CAPRA, 1982). Portanto, existe a relação da saúde/doença com fatores psicológicos, sociais, políticos, econômicos e ambientais, sendo que condições inadequadas do meio exercem influência direta na manutenção da saúde do indivíduo. (ROSA, 2007).

Em seu estudo Halpern, 2012 escreve “Por outro lado, a ideia de cura não parece estar associada à de doença orgânica ou genética como muitos pacientes consideram, pois a

prescrição parece estar associada a uma terapia onde o remédio mais eficaz é o diálogo, a troca com outros pacientes, compartilhando experiências” (HALPERN, 2012, p. 1082).

Diante desses dados, torna-se evidente a necessidade de estruturação e fortalecimento da rede de assistência ao usuário com ênfase na reabilitação e inserção do indivíduo na comunidade, baseando em utilização de assistência extra-hospitalar, respeitando a lógica da redução de danos, atendimentos das necessidades da comunidade e cultura inserida, em fatores individuais e respeitando os princípios da reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica visa a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, redução gradual e permanente de leitos em hospitais psiquiátricos para internação em hospitais gerais, prevalece o tratamento ambulatorial com enfoque na reabilitação e reinserção social e não na medicalização. O CAPS é o principal dispositivo de valor estratégico para a desinstitucionalização. Assim também, tem sido enfrentada a problemática da dependência química que a princípio se baseava na separação do usuário do convívio social e buscava-se principalmente a abstinência. Hoje predomina a busca pela reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2005)

Dados do Ministério da Saúde apresenta que 12% da população do país precisam de atendimento em saúde mental e mais de 6% da população brasileira apresenta transtornos psiquiátricos graves devido ao uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2008). Segundo a Organização Mundial da Saúde, uma entre quatro famílias tem um membro ou mais com transtornos mentais sendo que estes sofrem violações dos seus direitos, estigma e discriminação, tanto nas instituições psiquiátricas quanto fora delas. Também apresenta que quatro das seis causas de inaptidão é associada a distúrbios neuropsiquiátricos como depressão, uso de álcool, esquizofrenia e transtorno bipolar, gerando altos custos de saúde e sociais (OMS, 2003).

No final do século XIX e início do século XX, o tratamento dos usuários de drogas tinha por base o modelo biomédico, anexo à assistência psiquiátrica. Os indivíduos eram encaminhados para instituições psiquiátricas para afastá-los do convívio social e provocar o abandono do uso. (PRATTA, 2009)

O tratamento da drogadição é algo prolongado e romper o ciclo de dependência é difícil e delicado, pois a dependência leva a um sofrimento físico e psíquico intensos. É necessário compreender o paciente em um todo, analisando-o como um ser ativo no processo saúde/doença (PRATTA, 2009).

Para o tratamento é necessário ter em vista as singularidades da doença, acolhendo sem distinção cada usuário, suas particularidades e sua demanda e não visando a oferta do serviço. A abordagem, como afirma o Ministério da Saúde, deve ser clínica política, para que não ocorra somente mudança comportamental, mas sim ação sobre o território e família, construindo redes de suporte social, para a defesa da vida (BRASIL, 2003).

Os indivíduos dependentes de substâncias compõem um grupo heterogêneo que necessita de tratamentos heterogêneos capazes de atender suas singularidades, pois a dependência química atinge a pessoa como um todo, em todos seus aspectos (BRASIL, 2013) e não só questões orgânicas e psicológicas, mas também dos aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e culturais relativo ao fenômeno, além das consequências físicas, psíquicas e sociais da mesma (OCCHINI, 2009).

Segundo Leite & Gomes (1998), três aspectos estão relacionados: condições a remissão estável do consumo, que se relaciona ao abuso de drogas leves, e por ter alterações leves comportamentais caminham à remissão completa, a segunda o abuso de drogas pesadas levará o usuário ao "fundo do poço" e à decisão de parar, a terceira refere-se a vivências que rompam com os hábitos enraizados. Para se alcançar a remissão é necessário assumir comportamentos substitutos que disputam com a adicção, disponibilidade para supervisão compulsória, comprometimento em projetos significativos e melhora da autoestima (LEITE, 1998).

A percepção distorcida da realidade pelo uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a problemática que não são na sua totalidade efetivas para o indivíduo, confirmado pelas variadas propostas e abordagens preventivas/terapêuticas, somado ao aumento dos custos do tratamento causando impacto econômico e social no SUS (BRASIL, 2003).

No Brasil assim como em outros países, o enfrentamento das questões de álcool e drogas se baseiam no proibicionismo e na redução de danos. O primeiro combate a oferta e a procura das substâncias psicotrópicas, através da repressão e proibição da produção, tráfico e consumo (TAMMI, 2007), amparado pela Política Nacional Antidrogas que atribui ao uso indevido de drogas uma ameaça importante e continua à humanidade e à vida em sociedade, relacionando ao tráfico de drogas e a outros crimes e modalidades de violência, levantando a necessidade de adoção de uma postura firme do Estado no combate às drogas para se atingir o objetivo de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas (BRASIL, 2002). O segundo busca minimizar os danos à saúde e aspectos sociais, econômicos entre outros que afetam o indivíduo (TAMMI, 2007).

A redução de danos consiste em assistir ao usuário de álcool e outras drogas reconhecendo as diferenças entre o usuário, o dependente e o traficante de drogas, ofertando tratamento de formas diferenciadas, garantindo seus direitos de cidadania e de saúde especializada (ALVES, 2009). Cada usuário tem sua singularidade e a partir dela traçar estratégias para defesa da sua vida, através do direcionamento do tratamento com liberdade e co-responsabilidade entre usuário e os profissionais que o assistem. Para seu sucesso é necessário ser operada em parcerias entre as várias ações, no território, facilitando o acesso, acolhimento, criando redes de suporte social, equipamentos de saúde flexíveis, abertos e articulados, multiplicando assim, as possibilidades de enfrentamento ao problema (BRASIL, 2003).

A rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas necessita ser direcionada na comunidade associada à rede de serviços de saúde e sociais, objetivando a reabilitação e a reinserção social dos mesmos. O SUS tem a responsabilidade de garantir atenção especializada aos usuários, através da Política Nacional sobre Drogas que orienta a prática de uma rede de assistência integrada e articulada aos indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substância psicotrópicas composta por instituições governamentais e não governamentais como Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPs ad), Comunidades Terapêuticas, Grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, Hospital-dia, Hospitais gerais e psiquiátricos, Serviços de emergências, Corpo de bombeiros, Clínicas especializadas, Casas de apoio e convivência e Moradias assistidas (BRASIL, 2003).

Além desses, pode-se citar que os principais tipos de tratamento oferecidos e que será escolhido dependendo da necessidade do paciente são a desintoxicação que pode ser realizada nos três níveis de complexidade com uso ou não de medicamentos para alívio dos sintomas existentes. As comunidades terapêuticas são indicadas para indivíduos que apresentam dificuldade em manter a abstinência sem auxílio e estas trabalham com uma filosofia de disciplina, trabalho e religião; os grupos de autoajuda que utilizam a filosofia dos 12 passos; o tratamento farmacológico para minimizar sintomas da intoxicação e da abstinência e o tratamento psicossocial como entrevista motivacional, aconselhamento, intervenção breve, terapia cognitivo-comportamental, terapia de grupo e de família (BRASIL, 2013)

É importante salientar que o principal objetivo do tratamento oferecido ao adicto é a abstinência. Porém muitos usuários não compartilham esse ideal e abandonam o serviço, ou mesmo não procuram o serviço por não se sentirem acolhidos por ele, gerando assim um nível baixo de adesão; somado a isso há o aparecimento de novas substâncias de abuso que requerem novas modalidades de prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2003).

Segundo Prochaska & DiClemente (1986), para se obter a abstinência é necessário vivenciar quatro estágios denominados de pré-contemplação, contemplação, decisão/ação e manutenção. Na primeira o adicto demonstra interesse na mudança de seu comportamento, na segunda ele apresenta consciência de possuir um problema, na terceira ele realiza mudanças comportamentais ou tentativas e na quarta e última ele se torna abstênico e trabalha para prevenir recaídas (PROCHASKA, 1986).

2.5 RECAÍDAS

A recaída é um estado de crise que apresenta sinais e sintomas da doença de uso abusivo de substâncias psicotrópicas e que ocorre após um período de abstinência. Ela retorna o indivíduo ao uso abusivo de sua droga de preferência, podendo ser interrompidos por meio de habilidade pessoais e estratégias para regressar o dependente ao controle e a abstinência. A recaída pode facilitar a recuperação, pois é nela que muitas vezes o dependente químico se nomeia como portador de uma doença crônica que pode ser recorrente. A recuperação não é somente a abstinência e a prevenção de recaídas é sim a conquista de autonomia e reposicionamento na sociedade (BÜCHELE, 2004).

O objetivo da prevenção de recaídas é habilitar o adicto em recuperação a prever e a lidar com a situação, criando ferramentas para descontinuar o processo de reinício de uso, prevenindo a recaída (MATHIAS, 2007). Segundo Marlatt (1993) a prevenção de recaídas visa à mudança de hábitos e comportamentos (MARLATT, 1993).

Existem três estágios que abrange a mudança de comportamento, o primeiro refere a motivação para o tratamento, o segundo a mudança de hábitos com o abandono da droga ou controle do uso e o terceiro e último é a mudança do estilo de vida para alcançar a abstinência e o impedimento da recaída (RESENDE et al., 2005).

A recaída não deve ser tratada como um fracasso, mas sim como aprendizado de algo que não deu certo, mas que pode ser repensado, pois o sujeito ao passar por ela cria habilidades para a diminuição das mesmas, aumentando o reconhecimento de situações de risco (SOARES, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2003) os índices de recaídas são elevados revelando que os tratamentos atuais não estão sendo eficazes. Pesquisas apresentam que os recaídos para cocaína, totalizam 45% em seis meses, para heroína, 60 a 75% recaem nos trinta dias iniciais, para o tabaco 70 a 90% e para o álcool 50% nos seis meses subsequentes para ambos (BRASIL, 2003).

As recaídas têm acontecido mais comumente aproximadamente 90 dias após o início da abstinência (HUNT, 1971) e o primeiro ano é de alto risco para a mesma (DSM, 1994). Em pesquisa clássica de Cummings, Gordon & Marlatt (1980) foi identificado três situações relacionadas diretamente ao fato, sendo a primeira responsável por 35% do total, o estado emocional negativo, em segundo com 20% de recaídas está a pressão social e em terceiro o conflito interpessoal recente com 16% das recaídas. Em outro estudo de Gossop, Green, Phillips & Bradley (1989), com 80 dependentes, destes, dois alegaram terem recaídos por tomadas de decisão e planejamento de atividades falhas, mais de 50% relataram estado de humor negativo e que esses fatores ocorreriam juntos (HUNT, 1971; MARLATT, 1980; MARLATT, 1989).

Os fatores desencadeantes para a recaída são o meio em que vivem, o não reconhecimento da impotência perante o vício, a dificuldade de lidar com frustrações, a falta

de ocupação, perdas, comorbidades, falta de apoio familiar, a falta de acompanhamento apropriado, envolvimento com antigos amigos usuários, o uso de bebidas alcoólicas, a necessidade de aprovação social e frustrações diante de circunstâncias adversas, falta de religiosidade, influências sociais, acesso a substância, exposição a gatilhos, expectativa dos indivíduos aos efeitos da droga (SANCHEZ, 2008; CARVALHO *et all* 2011; RIGOTTO, 2002; MARLATT, 2009).

2.6 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAUDE

Quanto às frentes de abordagem ao uso de drogas, as medidas preventivas devem considerar contextos históricos, socioculturais e econômicos, visando à realidade do consumo e das motivações do uso (OMS, s/d). Busca grupos específicos a fim de promover seu desenvolvimento no enfrentamento de fatores que predispõe ao uso e abuso. Neste sentido as medidas ficam voltadas a serem aplicadas antes do surgimento ou agravamento da situação, afastando ou diminuindo o surgimento de danos no indivíduo e coletividade (BÜCHELE, 2009).

Prevenção não é banir a possibilidade do uso de drogas, e sim, considerar os fatores que contribuem com o indivíduo a ter escolhas saudáveis. Para isso é necessário identificar os fatores de risco e minimizá-los, detectar os fatores de proteção e fortalecê-los e tratar o grupo, a fim de constatar tais fatores (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde, no documento Educação preventiva contra drogas do Correio da Unesco, define seis abordagens principais para a prevenção do uso de drogas no Brasil, sendo a primeira o enfoque do princípio moral que consiste na condenação do uso de drogas pelos valores religiosos, morais e/ou éticos, a segunda é o amedrontamento através de campanhas informativas para convencer os jovens sobre os aspectos negativos das drogas, a terceira pelo conhecimento científico promovendo aumento do conhecimento sobre drogas. A quarta é a Educação afetiva visando à modificação dos fatores de personalidade que podem predispor ao uso de drogas, por exemplo, desenvolver a autoestima, enfrentamento a tensões, frustrações e angústias, a habilidade de decidir e interagir em grupo, a comunicação verbal e expressão não verbal e a capacidade de resistir a pressões. A quinta consiste em pressão positiva do grupo para mobilização de líderes naturais que atuam ativamente contra as drogas

e por fim a sexta, qualidade de vida que visa à promoção de hábitos de vida saudáveis (OMS,s/d).

Para a redução dos fatores de vulnerabilidade e riscos específicos e fortalecimento dos fatores de proteção, as ações de prevenção devem ser definidas, planejadas, implantadas e implementadas com múltiplas estratégias, com atividades comunitárias e parcerias com os segmentos sociais, buscando a redução da iniciação no consumo e das conseqüências do uso (BRASIL, 2003)

A promoção a saúde do usuário de álcool e drogas visa uma atenção integral ao mesmo com desenvolvimento contínuo de fatores de proteção individuais e coletivos oferecendo subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade, principalmente em grupos de risco (BRASIL, 2004).

2.7 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA O USO DE ÁLCOOL E DROGAS

Observa-se que a principal predominância no que diz respeito à entrada da dependência, saída e recaídas são os fatores individuais. Cada indivíduo carrega consigo sua história de vida que o influencia nas suas escolhas. Neste aspecto se torna imprescindível o conhecimento dos fatores de risco e protetores individuais para o direcionamento do tratamento.

Os fatores de risco podem ser divididos em níveis individuais, nível familiar e sócio-ambiental. No nível individual esses fatores são mais evidentes em indivíduos insatisfeitos com a própria vida ou pelo caminho que ela está tomando, qualidade de vida baixa, saúde deficiente, falta de informação sobre drogas, dificuldade em convívio social e facilidade para obtenção da substância (BRASIL, 2003; MALUF, 2002; AMATO, 2010; SANCHEZ et al., 2004; SCHENKER, 2005, BRASIL, 2013).

Além desses, podemos citar como principais fatores a baixa autoestima, falta de autocontrole e assertividade, comportamento anti-social precoce, doenças psíquicas/cognitivas pré-existentes, vulnerabilidade psicossocial, falta de perspectiva de futuro, início precoce de uso, dificuldade para resistir à oferta de drogas, vulnerabilidade ao efeito da droga, falta de vínculos afetivos, susceptibilidade herdada e falta de religiosidade (BRASIL, 2003; MALUF, 2002; AMATO, 2010; SANCHEZ et al., 2004; SCHENKER, 2005, BRASIL, 2013).

No âmbito familiar encontra-se a influência dos pais que são usuários, padrão familiar disfuncional, desunião familiar, conflitos familiares graves e falta do elemento paterno e no sócio-ambiental estão os pares serem usuários de substâncias dependentes, gerando influência negativa, os pares que aprovam o uso, desaprovação das regras sociais vigentes e de atividades comuns de sua fase, falta de habilidade de convívio em grupos, falta de regras em escolas e ambientes de aprendizado, baixo aproveitamento escolar, fácil acesso às substâncias psicoativas, privações econômica extremas (BRASIL, 2003; MALUF, 2002; AMATO, 2010; SANCHEZ et al., 2004; SCHENKER, 2005, BRASIL, 2013).

Por sua vez os fatores de proteção individuais são flexibilidade, habilidades sociais e de resolução de problemas, cooperatividade, responsabilidade e comunicabilidades, autonomia e religiosidade. No âmbito familiar são a vinculação familiar-afetiva, distribuição de responsabilidades e tarefas do lar, convívio estreito, trocas de informações, desenvolvimento e cultivo de valores familiares, morais e culturais, manutenção de regras e rotinas diárias (BRASIL, 2003; MALUF, 2002; AMATO, 2010; SANCHEZ et al., 2004, BRASIL, 2013).

No nível sócio-ambiental são os pares que não usam drogas e não apóiam o uso, realização de atividades recreativa, escolar, profissional, religiosa, ambiente de ensino com regras claras e firmes, apoio na tomada de decisões por parte dos estudantes como parte do processo de conquista de responsabilidades, dificuldade de acesso às drogas e outros (BRASIL, 2003; MALUF, 2002; AMATO, 2010; SANCHEZ et al., 2004, BRASIL, 2013).

O primeiro contato com as drogas e o seu interesse por elas ocorre muitas vezes na adolescência. Nessa fase o indivíduo passa por muitas mudanças biopsicossociais que aumentam sua labilidade emocional e dúvidas expõe os mesmos a inúmeros fatores de risco ao uso de substância psicoativo (ROEHRS, 2008).

Na escola e nos ambientes sociais há a maior e mais fácil percepção dos fatores de risco e de proteção em todos os níveis e por sua vez as práticas de prevenção e promoção geraram maior impacto nos indivíduos (BRASIL, 2003), já que nessa fase o indivíduo busca sua independência e absorve atitudes, ações e costumes das pessoas próximas, como também conselhos e informações (ZEITOUNE,2012).

Em seu estudo Oliveira (2008) apresenta a família tanto como fator de risco para o uso de substâncias psicoativas como fator de proteção, pois é ela quem transmite valores, exemplos, afeto, proteção, educação e reforço positivo (OLIVEIRA, 2008). Segundo Aragão et al.(2009) no tratamento do dependente químico a família tem importante papel na participação adequada no mesmo e no processo de mudança, pois o indivíduo deve ser compreendido não só contexto individual, mas também familiar. Outro ponto de importância para a dependência química é a religiosidade que pode ser um fator de proteção (BRASIL, 2003; MALUF, 2002; AMATO, 2010; SANCHEZ et al., 2004, BRASIL, 2013), fator relacionado ao menor consumo de drogas e melhores índices de recuperação no tratamento (DALGALARRONDO, 2004), e diminuição do número de recaídas (DERMATIS, 2001, PULLEN, 1999).

Segundo Sanchez, (2008) a religião além de favorecer a abstinência também auxilia na reestruturação das redes sociais do usuário e reinserção social proporcionando novas amizades, atendimento psicológico individualizado, vivência em grupos, valorização da pessoa, atuação em trabalhos voluntários, recuperação da autoestima, além de oferecer respostas religioso-filosóficas para as questões da vida (SANCHEZ, 2008).

2.8 ATUAÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A dependência química é um problema no qual prevalece a heterogeneidade, pois atinge de diferentes formas, razões, contextos e circunstâncias o indivíduo e a comunidade. Compreender o usuário, suas particularidades e demandas, da mesma forma que conhecer os tipos de drogas, vias de administração, criando novas estratégias de contato e ligação com ele, sua família e comunidade, proporcionará fundamentação para a assistência a saúde. Essa questão deve ser tratada de forma integral, com ações articuladas, restaurando a cidadania do indivíduo e da comunidade inserida (BRASIL, 2003). Assim sendo, os trabalhos desenvolvidos sobre o consumo de drogas considerando as multicausalidades, fundamenta ações de prevenção, promoção e reabilitação eficazes, que repercutem no perfil dos indivíduos internados e no número de internações por esta causa (MOMBELLII, 2010).

Os problemas da drogadição devem ser assistidos em uma visão ampla, conduzindo para ações de prevenção da doença e promoção da saúde, valorização da qualidade de vida, criando uma responsabilização do indivíduo consigo mesmo, com os outros e com a

comunidade. A falta de conhecimento técnico dos profissionais dificulta a prevenção, promoção, tratamento e reinserção do indivíduo na sociedade, o que remete a necessidade de uma reavaliação dos modelos atuais de assistência (BÜCHELE, 2009).

O conhecimento sobre a temática de dirogadicção deve ser compartilhado tanto pelos políticos, cientistas, fornecedores de cuidados de saúde e comunidade que vivenciam experiências de sucessos e fracassos de iniciativas de prevenção, serviços de tratamento, aspectos legais, visando a construção de uma assistência que conheça o perfil do usuário, acompanhe e avalie as ações e serviços dirigidos à comunidade (SILVA, 2009), assim espera-se que esse trabalho contribua para levantamento de discussão no meio acadêmico sobre o tema dos fatores de risco e proteção ao uso, manutenção da sobriedade e recaídas, uma vez que existe pouca literatura sobre os mesmos.

3. HIPÓTESE

Os fatores individuais influenciam na dependência química como determinantes para o uso, reabilitação e recaídas em álcool e drogas e esses, se relacionam diretamente com o número de internações e recaídas e os fatores sociodemográficos.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

- Identificar os fatores relacionados ao uso, reabilitação e recaídas segundo adictos em recuperação.

4.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar os adictos em recuperação segundo variáveis socioeconômicas e demográficas;
- Identificar os fatores que motivaram os adictos ao início do uso de drogas;
- Verificar quais os fatores na percepção dos adictos em recuperação auxiliam na reabilitação;
- Elencar quais os fatores auxiliam no pós-internação para a manutenção da sobriedade;
- Verificar quais os fatores levam a recaída;
- Correlacionar os fatores sociodemográficos com as recaídas;
- Correlacionar os motivos de uso e problemas sociais relacionados ao uso de drogas com as recaídas.

5. JUSTIFICATIVA

A dependência química existe ao longo dos tempos, tendo seu uso determinado pelo momento histórico. Atualmente é visto como um problema de saúde pública, com preocupação em nível mundial para combate e diminuição das suas causas e consequências.

O tratamento é um processo longo, e que leva tempo. Esse tempo ainda é discutível podendo durar a vida inteira. Durante décadas, foram realizados inúmeros estudos sobre quão bem os tratamentos de reabilitação funcionam, e o que eles mostraram é que o mais eficaz é uma combinação de diferentes tipos de tratamento. Apesar do sucesso demonstrado por alguns programas, a reabilitação ainda não está disponível para um grande número de pessoas.

A realidade contemporânea tem colocado desafios na contextualização de como certos temas têm sido habitualmente abordados, especialmente no campo da saúde. Isto se dá pelo fato de que os objetos sobre os quais intervimos apresentam-se complexos, exigindo de nós o esforço de evitarmos simplificações reducionistas. Este é o caso do tema “álcool e outras drogas”, que nos indica a necessidade de uma ação não apenas ampliada, mas para onde devem concorrer diferentes saberes e aportes teórico-técnicos. Assim, ao estabelecermos diretrizes, ações e metas na constituição de políticas de saúde para os próximos anos, deveremos ter em mente a perspectiva transversalizadora que permite a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas de modo integrado, e diversificado em ofertas terapêuticas.

A tarefa mais difícil e complexa ao analisar qualquer forma de tratamento em relação ao uso do álcool e drogas, não está em parar de usar, mas sim, em conservar a abstinência sem ter a recaída. As reincidências compõem um assunto muito importante a serem estudados, uma vez que elas representam grande importância para a recuperação do usuário.

Diante o exposto há necessidade de encarar a dependência química como uma realidade que necessita de acompanhamento, discussão sobre ações de promoção e de prevenção com a finalidade de reduzir esse fenômeno na nossa realidade.

Assim, este estudo procura conhecer mais sobre as questões individuais relacionadas ao uso e abuso de substâncias químicas, procura de tratamento, seguimento e recaídas dos

pacientes, visando aumentar os subsídios para o tratamento e o aumento do conhecimento da área.

6. MATERIAL E MÉTODOS

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Pesquisa metodológica. Estudo transversal, descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. Segundo Polit (2011), o delineamento transversal realiza a coleta de dados em um determinado período de tempo, sendo adequado para analisar estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo do tempo (POLIT, 2011).

6.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido em 11 comunidades terapêuticas do município de Uberaba MG.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSÃO

Para a escolha dos sujeitos serão utilizados os critérios de inclusão:

- Ser maior de 18 anos;
- Ser do sexo masculino (por Uberaba ter maior número de clínicas para tratamento de dependência química para o público masculino);
- Concordar em participar da pesquisa;
- Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido

6.4 CRITERIOS DE EXCLUSÃO

Não estar em boas condições fisiológicas e mental para responder ao instrumento segundo o próprio adicto.

6.5 POPULAÇÃO

A pesquisa foi realizada com 180 adictos em tratamento em clínicas terapêuticas para tratamento de álcool e drogas da cidade de Uberaba, no entanto o número máximo de internações nas clínicas são 398 internações. Foi realizado com todos os internos na data da coleta, exceto os que se adequavam aos critérios de exclusão e que não aceitaram participar da pesquisa. Importante ressaltar que as clínicas não estavam com o número de internações

completas no momento da coleta. Foram no total 11 clínicas que estão associadas ao Conselho Municipal sobre álcool e outras drogas da cidade de Uberaba – COMAD/Uberaba (APÊNDICE 1).

6.6 METODO PARA COLETA DE DADOS

6.6.1 Coleta de dados

Foi elaborado um instrumento com questões estruturadas, baseado na literatura científica nacional e internacional, por não ser encontrado instrumento validado específico para verificar fatores de uso, tratamento e recaídas validado no Brasil. Este instrumento foi submetido à avaliação de conteúdo e apreciação por um grupo de pesquisadores para possíveis sugestões. As sugestões foram analisadas e o instrumento foi modificado, de acordo com as modificações sugeridas e pertinentes. (ANEXO 3). Na segunda etapa, ele foi aplicado em uma instituição como estudo piloto e readequado de acordo com a necessidade.

A coleta de dados ocorreu nas clínicas especializadas em reabilitação para dependentes químicos da cidade de Uberaba que aceitaram participar da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Os usuários foram abordados em dias específicos com hora e data marcadas previamente com as clínicas.

O período de coleta ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2014.

6.6.2 Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto da aplicação do questionário (APÊNDICE 4) criado pelos pesquisadores com o objetivo de revisar questões que pudessem gerar dúvida nos participantes da pesquisa e verificar o tempo despendido para responder ao questionário.

6.6.3 Variáveis sociodemográficas

Serão utilizadas variáveis sociodemográficas como sexo (masculino e feminino), faixa etária (em anos), estado conjugal (casado ou mora com companheiro; separado/desquitado/divorciado, viúvo e solteiro), moradia (mora sozinho ou acompanhado), escolaridade (em anos de estudo), renda individual e familiar (em salários mínimos), religião e tempo de internação e quantidade de internações.

6.6.4 Variáveis sobre o uso de substâncias

As perguntas foram referentes ao início do uso de drogas, tipo de substância utilizada no início do uso (listagem conforme a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10), padrão de uso de drogas no início, tipo de substância utilizada antes da internação (listagem conforme a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10), padrão de uso de drogas antes da internação. Fatores pessoais e sociais ligados ao uso, tratamento, manutenção da sobriedade e recaídas. Dados sobre a primeira internação (data, tempo, profissionais que atuaram, indivíduos contribuintes).

6.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados foram digitados em dupla entrada, em banco de dados eletrônico, no programa Excell®. Posteriormente, verificou-se a consistência dos dados entre as duas bases; no caso de dados inconsistentes a entrevista original foi retomada e, assim, realizada as correções pertinentes.

6.7.1 Análise dos dados

Para a análise estatística, os dados foram importados e analisados através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

Para atingir os objetivos foi utilizada a análise univariada dos dados, os quais foram apresentados na forma de distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis qualitativas; e para as variáveis quantitativas, foram calculados valores de média e mediana (medidas de tendência central), desvios-padrão e valores máximo e mínimo (medidas de variação).

A análise bivariada incluiu medidas de associação em tabelas de contingência tais como Qui-Quadrado de Person e Teste de Fisher quando necessário, Razão de Prevalência e Razão de Chances de Prevalência com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. O nível de significância foi de $\alpha=0,05$.

6.8 PROCEDIMENTO ÉTICO

6.8.1 Contato com as clínicas

As clínicas foram inicialmente contatadas por telefone para agendamento de encontro com o responsável. Feito esse contato, foi realizado encontro em local determinado pelo responsável pela clínica, a fim de esclarecimento dos objetivos e procedimentos da pesquisa. Havendo o aceite era assinado pelo responsável um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 2) e coletado informações sobre a número total de internos.

Houve um novo contato com as clínicas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP-UFTM), para agendamento da data e horário para a coleta de dados conforme disponibilidade das mesmas. A pesquisa teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, respeitando os preceitos da resolução 466/12, sob parecer de aprovação nº 814.163.

O questionário foi aplicado pela pesquisadora. Antes de se iniciarem as aplicações, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3) foi lido para os participantes a fim de esclarecimento sobre a pesquisa, os objetivos, o anonimato e sigilo de informações, bem como sobre a participação voluntária e importância da participação de todos. Após assinado foi aplicado o questionário.

7. RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 180 pacientes em tratamento em Clínicas de Tratamento para Dependência Química da cidade de Uberaba – MG. Tais clínicas estavam associadas ao Conselho Municipal de Álcool e outras Drogas de Uberaba – COMAD/Uberaba no período de 2013/2014.

Na tabela 1, encontram-se os dados sociodemográficos dos sujeitos da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo variáveis sociodemográficas. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Idade (anos)		
18 a 19	9	5,0
20 a 29	44	24,4
30 a 39	65	36,1
40 a 49	23	12,8
50 a 59	25	13,9
60 a 69	5	2,8
Acima de 70	9	5,0
Total	180	100,0
Situação Conjugal		
Solteiro	111	61,7
União Consensual	20	11,1
União Legal	13	7,2
Separado	30	16,7
Viúvo	2	1,1
Não respondeu	4	2,2
Total	180	100,0
	Desvio Padrão	11,177
Arranjo Moradia		
Mora sozinho	53	29,4
Mora com os pais	78	43,3

Mora com o cônjuge	22	12,2
Mora com amigos	1	0,6
Familiares 1º Grau (Filhos, Irmão, Avós)	18	10,0
Não tem moradia	5	2,8
Não respondeu	3	1,7
Total	180	1000
	Desvio Padrão	9,679

A idade dos pesquisados variou de 18 a 77 anos, estando 36,1% deles na faixa etária de 20 a 99 anos e 92,2% tinham idade até 59 anos. A média foi igual a 38,09 anos, desvio padrão igual a 14,357 anos, mediana 34 anos, mínimo 18 anos e máximo 77 anos. Em relação à situação conjugal, 61,7% deles se declaram solteiros e 18,3 viviam em união legal ou consensual, seguindo-se os separados, com 16,7%. Quanto ao arranjo moradia 43,3% viviam com os pais e 29,4% sozinhos (Tabela 1).

A pesquisa revela que os entrevistados estudaram de 9 a 12 anos (29,4%), sendo que do total 15,6% tem mais de 12 anos de estudo, no entanto apenas 1,1% possuía nível superior, apenas 12,2% curso profissionalizante ou técnico e 35,6% se ocupavam em profissões não profissionalizantes. A renda familiar relatada por eles em maior número era de 01 a 02 salários (28,3%) e a renda pessoal também de 01 a 02 salários (32,8%) seguido de não possuir renda familiar e nem renda pessoal (17,2% e 26,1% respectivamente) (Tabela 2).

A tabela a seguir apresenta os dados socioeconômicos dos entrevistados.

Tabela 2 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo variáveis socioeconômicas. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Escolaridade (anos de estudo)		
0 anos	4	2,2
1 a 4 anos	40	22,2
5 a 8 anos	49	27,3
9 a 12 anos	53	29,4
Mais de 12 anos	28	15,6
Não responderam	6	3,3
Total	180	100,0
	Desvio Padrão	13,299

Profissão

Ocupação não profissionalizante	64	35,6
Nível Médio profissionalizante/Técnico	22	12,2
Nível Superior	2	1,1
Não possui profissão/Não trabalhava	27	15,0
Não respondeu	65	36,1
Total	180	100,0
	Desvio Padrão	12,504

Renda Familiar (em salários)

Não possui	31	17,2
Até 01	21	11,7
01 a 02	51	28,3
02 a 03	28	15,6
03 a 04	18	10,0
04 a 05	11	6,1
Acima de 05	8	4,4
Não respondeu	12	6,7
Total	180	100,0
	Desvio Padrão	18,511

Renda Pessoal (em salários)

Não possui	47	26,1
Até 01	29	16,1
01 a 02	59	32,8
02 a 03	21	11,7
03 a 04	6	3,3
04 a 05	4	2,2
Acima de 05	4	2,2
Não respondeu	10	5,6
Total	180	100,0
	Desvio Padrão	17,137

Tabela 3 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo religião. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Religião		
Candoblé	2	1,1
Catolicismo	88	48,9
Espiritismo	18	10,0
Evangélica	44	24,4
Umbanda	6	3,3
Outra religiao	8	4,5
Não tem religião	10	5,6
Não respondeu	4	2,2
Total	180	100,0
	Desvio Padrão	10,888
Praticante da religião		
Sim	103	57,2
Não	62	34,4
Não tem religião	7	3,9
Não respondeu	8	4,5
Total	180	100,0
	Desvio Padrão	14,658

Quando perguntados sobre sua religião 48,9% responderam serem católicos, 24,4% evangélicos e 10,0% espíritas. E na pergunta se eram praticantes, 57,2% se consideram e 34,4% não se consideram (Tabela 3).

Tabela 4 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo tabagismo. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Tabagismo		
Sim	107	59,4
Não	34	18,9
Ex- tabagista	30	16,7

Não respondeu	9	5,0
Total	180,0	100,0

Desvio Padrão 16,507

Tempo tabagista (anos)

1 a 10	26	14,4
11 a 20	40	22,3
21 a 30	26	14,4
31 a 40	12	6,7
Mais de 40	4	2,2
Não respondeu	72	40,0
Total	180	100,0

Desvio Padrão 29,562

Tempo ex-tabagista (anos)*

N.(n=30)

1 a 5	6	20,0
6 a 8	1	3,3
Não respondeu	23	76,7
Total	30	100,0

Desvio Padrão 15,043

Cigarros/dia (unidade)*

N.(n=107)

1 a 10	23	21,5
11 a 20	62	57,9
21 a 30	7	6,5
40 ou mais	15	14,1
Não respondeu	0	0,0
Total	107	100,0

Desvio Padrão 29,173

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Dos entrevistados 59,4% responderam serem tabagistas, 18,9% não serem e 16,7% serem ex-tabagistas. Dos tabagistas, 22,3% são fumantes entre 11 a 20 anos seguido de 14,4% que fumam de 1 a 10 anos e/ou 21 a 30 anos. Também referem que usam de 11 a 20 cigarros/dia (57,9%), seguido de 21,5% que usam 1 a 10 cigarros/dia. Os ex-tabagistas (Tabela 4).

Tabela 5 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo uso de álcool e drogas iniciais. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Idade início de uso (anos)		
1 a 10	15	8,3
11 a 20	136	75,6
21 a 30	15	8,3
31 a 40	2	1,1
41 a 50	2	1,1
Não responderam	10	5,6
Total	180	100,0
Drogas iniciais*		
Álcool	119	66,1
Crack	37	20,6
Cocaína	52	28,9
Ecstasy	7	3,9
Heroína	1	0,6
LSD	8	4,4
Maconha	83	46,1
Cola	4	2,2
Cristal	1	0,6
Éter	2	1,1
Lança Perfume	4	2,2
Merla	1	0,6
Rachiche	1	0,6

Rebite	1	0,6
Tabaco	3	1,7
Tiner	4	2,2
Não responderam	7	3,9

Quantidade drogas início

01 droga	103	57,2
02 drogas	29	16,1
03 drogas	18	10,0
04 ou mais	23	12,8
Não responderam	7	3,9
Total	180	100,0

Padrão de uso inicial*

Uma vez por semana	40	22,2
Duas vezes por semana	59	32,8
Uma vez ao dia	14	7,8
Mais de uma vez ao dia	59	32,8
Vezes por dia		
1 a 10	34	57,6
11 a 20	5	8,5
Não responderam	20	33,9
Total	59	100,0
Não responderam	8	4,4
Total	180	100,0

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Quanto ao início do uso de substâncias psicotrópicas, a maioria dos entrevistados, 75,6%, iniciaram o uso na faixa etária de 11 a 20 anos, sendo a média 19,3 anos, a mediana 15 anos, desvio padrão 15,130 anos, mínimo de 2,0 anos e máximo de 50,0 anos. A droga mais usada o álcool (66,1%) seguido da maconha e cocaína (46,1% e 28,9% respectivamente). Ainda, 57,2% iniciaram o uso em apenas uma substância e o padrão de uso geral foi de 32,0%

tanto para aqueles que utilizavam duas vezes por semana quanto para aqueles que utilizam mais de uma vez ao dia, sendo destes 57,6% faziam o uso de 1 a 10 vezes ao dia (Tabela %).

Tabela 6 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo uso de álcool e drogas antes da internação. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Tempo de uso antes da internação (anos)		
1 a 10	63	35,0
11 a 20	55	30,6
21 a 30	33	18,2
31 a 40	14	7,8
41 a 50	5	2,8
Não responderam	10	5,6
Total	180	100,0
Drogas antes da internação*		
Álcool	116	64,4
Crack	98	54,4
Cocaína	47	26,1
Ecstasy	4	2,2
Heroína	1	0,6
LSD	4	2,2
Maconha	50	27,8
Não responderam	4	2,2
Quantidade drogas antes da internação		
01 droga	131	72,8
02 drogas	1	0,6
03 drogas	28	15,5
04 ou mais	16	8,9
Não responderam	4	2,2
Total	180	100,0

Padrão de uso antes da internação*

Uma vez por semana	16	8,8
Duas vezes por semana	33	18,3
Uma vez ao dia	15	8,3
Mais de uma vez ao dia	109	60,6
Vezes por dia		
1 a 10	61	56,0
11 a 20	9	8,2
Não responderam	39	35,8
Total	109	100,0

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Quando questionados sobre a adicção antes da internação, 35% responderam que utilizaram a substância entre 01 e 10 anos antes de internar, seguido de 30,6% entre 11 e 20 anos, sendo a média 18,8 anos, o desvio padrão igual a 18,259 anos, mediana igual a 15 anos, mínimo igual a 1,0 anos e máximo igual a 50,0 anos. As substâncias mais utilizadas foram o álcool (64,4%) seguido do crack (54,4%), sendo a maioria 72,8% utilizavam somente uma substância com padrão de uso de mais de uma vez ao dia (60,6%) entre 01 a 10 vezes (Tabela 6).

Tabela 7 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo experimento de outras drogas. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Experimentou outras drogas		
Sim	112	62,2
Não	57	31,7
Não responderam	11	6,1
Total	180	100,0
	Desvio Padrão	18,180

Drogas experimentadas*

Álcool	85	47,2
Crack	78	43,3
Cocaína	84	46,7
Ecstasy	18	10,0
Heroína	8	4,4
LSD	30	16,7
Maconha	84	46,7
Tabaco	61	33,0
Cola	7	6,2
Chás (Cogumelo, Lírio, Beladona)	7	6,2
Cristal	1	0,6
Éter	1	0,6
Lança Perfume	11	9,8
Loló	5	4,5
Merla	1	0,6
Outros (Back, Skank, Solventes, Inalantes, Anfetaminas)	1	0,6
Rachiche	3	2,7
Rebite	1	0,6
Tiner	5	4,5

Quantidade drogas experimentadas*

01 droga	32	28,6
02 drogas	0	0,0
03 drogas	9	8,0
04 ou mais	71	63,4
Total	112	100,0

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Na tabela acima (Tabela 7) foi apresentado os dados sobre se experimentaram outras drogas, 62,2% responderam sim, destes as drogas mais experimentadas foram álcool, cocaína, maconha e crack (47,2%, 46,7%, 46,7 e 43,3% respectivamente). A maioria, 63,4%, experimentaram 04 ou mais drogas.

Tabela 8 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo motivos para uso. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Motivos para o do uso*		
Problemas familiares	63	35,0
Problemas na escola	16	8,9
Problemas emocionais	64	35,6
Falta de emprego	16	8,9
Curiosidade	120	66,7
Falta de perspectiva	26	14,4
Chantagem	6	3,3
Foi obrigado a experimentar	8	4,4
Persuasão de outras pessoas	44	24,4
Aventura	2	1,1
Desvio de caráter	4	2,2
Festas	3	1,7
Término de relacionamento amoroso	3	1,7
Outros (Profissão, Morte e AIDS)	1	0,6
Não responderam	5	2,8
Quantidades de motivos para uso		
01motivo	120	66,7
02 motivos	2	1,1
03 motivos	28	15,6
04 ou mais motivos	25	13,9
Não responderam	5	2,8
Total	180	100,0

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Na Tabela 8 foram apresentados os dados relacionados aos motivos de uso dos entrevistados, 66,7% alegaram iniciarem uso por curiosidade e 35,6% por problemas

emocionais. Ao analisar todos os motivos, 66,7% revelaram ter apenas 01 motivo para o uso de substâncias psicoativas. Quanto aos problemas sociais relacionados a adicção foram o desemprego com 36,1% seguido da separação do cônjuge com 32,2% e perda da guarda dos filhos com 26,1%, 53,3% tiveram apenas um problema social devido ao uso (Tabela9).

Tabela 9 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo problemas sociais relacionados ao uso de drogas. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Problemas sociais relacionados ao uso de drogas*		
Desemprego	65	36,1
Falta de estudo	46	25,6
Falta de moradia	26	14,4
Fome	24	13,3
Problemas com a justiça	32	17,8
Problemas com dívidas	41	22,8
Perda da guarda dos filhos	47	26,1
Separação do cônjuge	58	32,2
Não responderam	38	21,1
Quantidades de motivos para uso		
01motivo	96	53,3
02 motivos	1	0,6
03 motivos	18	10,0
04 ou mais motivos	27	15,0
Não responderam	38	21,1
Total	180	100,0

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

A primeira internação dos entrevistados ocorreu no período de 2011 a 2014 (50,0%) em Clínicas Terapêuticas (85,6%), sendo que os profissionais mais atuantes foram o psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional (56,7%, 47,2% e 30,6 respectivamente). De todos os participantes da pesquisa apenas 32,2% completaram a primeira internação.

Tabela 10 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo primeira internação. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Data da primeira internação		
Antes do ano 2000	11	6,1
2000 a 2005	14	7,8
2006 a 2010	30	16,7
2011 a 2014	90	50,0
Não responderam	35	19,4
Total	180	100,0
Completo primeira internação		
Sim	58	32,2
Não	96	53,4
Não responderam	26	14,4
Total	180	100,0
Duração primeira internação (meses)		
1 a 2	38	21,1
3 a 4	32	17,8
5 a 6	27	15,0
7 a 8	7	3,9
9	21	11,7
Mais de 9	15	8,3
Não responderam	40	22,2
Total	180	100,0
Instituição de tratamento		
Clínica terapêutica	154	85,6
Hospital Psiquiátricos	10	5,5
Não respondeu	16	8,9

Total	180
-------	-----

Profissionais atuantes na primeira internação*

Assistente Social	85	47,2
Enfermeiro	45	25,0
Psicólogo	102	56,7
Psiquiatra	36	33,6
Terapeuta Ocupacional	55	30,6
Não responderam	31	17,2

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Tabela 11 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo tratamentos. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Outros tratamentos*		
Clínica Terapêutica	131	72,8
Hospital Psiquiátrico	18	10,0
CAPS AD	48	26,7
Religião	29	16,1
Práticas Populares (curandeiros, benzedeiras, chás, banhos etc.)	14	7,8
Não responderam	18	10,0
Ajuda nas internações*		
Amigos	47	26,1
Coordenadores das clínicas	63	35,0
Familiares	138	76,7
Monitores das clínicas	37	20,6
Profissionais	46	25,6
Colegas de internação	51	28,3
Você mesmo	105	58,3
Religioso	45	25,0

Não responderam 5 2,8

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Dos pesquisados 72,8% fizeram tratamento em Clínica Terapêutica, 26,7% no CAPS AD, 16,1% em religião, 10% em Hospital Psiquiátrico e 7,8% em práticas populares (Tabela 11). Quando questionados sobre ajuda nas internações, 76,7% alegaram ter recebido ajuda de familiares, 58,3% deles mesmos e 35,0% dos coordenadores atuantes nas clínicas (Tabela 11).

A Tabela 12 apresenta fatores indicados pelos internos relacionados à manutenção da sobriedade, 70,6% atribuem a família, 43,3% ao trabalho, 37,2 à religião e 32,2% a assiduidade ao grupos de apoio (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo fatores relacionados à manutenção da sobriedade. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=180)	%
Fatores relacionados à manutenção da sobriedade*		
Família	127	70,6
Amigos	36	20,0
Cônjuge	30	16,7
Religião	67	37,2
Trabalho	78	43,3
Lazer	37	20,6
Estudo	28	15,6
Acompanhamento Psicológico	37	20,6
Acompanhamento Psiquiátrico	21	11,7
Serviço de saúde	14	7,8
Acompanhamento da Assistência Social	3	1,7
Assiduidade a grupos de apoio	58	32,2
Não responderam	16	8,9

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

O maior número dos participantes tiveram recaídas, 52,1% deles. Entre eles 14,4% tiveram mais do que 5 recaídas, seguidos de 12,8% com apenas 01 e 8,9% com valor de 03. As drogas mais utilizadas na primeira recaída foram álcool, crack e maconha com 86,1%,

57,4% e 36,2% respectivamente. Do total 72,3% recaíram em apenas uma droga e o padrão de uso coincidiu em duas vezes por semana e mais de uma vez por dia com 32,8% (Tabela 13).

Em relação às outras recaídas, as drogas mais utilizadas foram álcool (86,1%), crack (72,3%) e maconha (42,5%), com padrão de uso de mais de uma vez ao dia (62,8%) sendo que o uso da maioria foi de apenas 01 droga (52,1%) (tabela 14).

Tabela 13 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo primeira recaída. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.	%
Número de recaídas (N.(n=180))		
1	23	12,8
2	13	7,2
3	16	8,9
4	8	4,4
5	8	4,4
Mais de 5	26	14,4
Não responderam ou não recaíram	86	47,8
Total	180	100,0
	Média	38,84
	Mediana	10,0
	Desvio Padrão	36,986
	Mínimo	1,0
	Máximo	110,0
Drogas utilizadas na primeira recaída (N.(n=94))*		
Álcool	81	86,1
Crack	54	57,4
Cocaína	20	21,3
Ecstasy	0	0,0
Heroína	0	0,0
LSD	1	1,1
Maconha	34	36,2

Cristal	1	1,1
Tabaco	16	17,0

Quantidade drogas primeira recaída (N.(n=94))

01 droga	68	72,3
02 drogas	0	0,0
03 drogas	12	12,8
04 ou mais	14	14,9
Total	94	100,0

Padrão de uso na primeira recaída (N.(n=94))

Uma vez por semana	21	22,2
Duas vezes por semana	31	32,8
Uma vez ao dia	7	7,8
Mais de uma vez ao dia	31	32,8
Vezes por dia		
1 a 10	18	57,6
11 a 20	2	8,5
Não responderam vezes por dia	11	33,9
Não responderam pergunta	4	4,4
Total	94	100,0

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Tabela 14 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo outras recaídas. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=94)	%
Drogas utilizadas nas outras recaídas *		
Álcool	81	86,1
Crack	68	72,3
Cocaína	38	40,4
Ecstasy	0	0,0
Heroína	2	2,1

LSD	3	3,1
Maconha	40	42,5
Tabaco	26	27,6

Quantidade drogas outras recaídas

01 droga	49	52,1
02 drogas	0	0,0
03 drogas	20	21,3
04 ou mais	25	26,6
Total	94	100,0

Padrão de uso nas outras recaídas

Uma vez por semana	0	0,0
Duas vezes por semana	26	27,6
Uma vez ao dia	9	9,6
Mais de uma vez ao dia	59	62,8
Vezes por dia		
1 a 10	30	50,8
11 a 20	2	3,4
Não responderam vezes por dia	27	45,8
Total	94	100,0

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Na tabela 15 e 16 estão apresentados dados sobre a recaída atual. As drogas que segundo os entrevistados levaram à recaída atual foram álcool (87,2%), crack (77,6%) seguido de maconha (39,3%) e cocaína (28,8%). O padrão de uso mais citado foi o de mais de uma vez ao dia com 68,1% sendo que destes 50% utilizavam de 01 a 10 vezes ao dia.

A Tabela 16 apresenta os fatores relacionados a recaída atual, quanto ao trabalho 49,4% trabalhava e destes 36,9% em trabalho formal. quanto a moradia 30,6% morava com os pais e 18,9% morava sozinho. Em relação a atividades de lazer 30% responderam que não tinham e 12,8% tinham atividades de lazer diária, das atividades de lazer citadas 46,8%

freqüentavam festas e 29,6% bares. Nessa fase a maioria recebeu apoio (58,3%) sendo a família 50,6% quem mais apoiou.

Tabela 15 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo recaída atual. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=94)	%
Drogas utilizadas na recaída atual *		
Álcool	82	87,2
Crack	73	77,6
Cocaína	28	28,8
Ecstasy	2	2,1
Heroína	1	1,1
LSD	2	2,1
Maconha	37	39,3
Tabaco	25	26,6
Quantidade drogas recaída atual		
01 droga	58	61,7
02 drogas	1	1,1
03 drogas	16	17,0
04 ou mais	19	20,2
Total	94	100,0
Padrão de uso nas outras recaídas		
Uma vez por semana	8	8,5
Duas vezes por semana	12	12,8
Uma vez ao dia	10	10,6
Mais de uma vez ao dia	64	68,1
Vezes por dia		
1 a 10	32	50,0
11 a 20	2	3,1
Não responderam vezes por dia	30	46,9

Total	94	100,0
-------	----	-------

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Tabela 16 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo fatores relacionados a recaída atual. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=94)	%
Trabalhava		
Sim	46	49,4
Não	12	12,8
Não respondeu	36	37,8
Total	94	100,0
Trabalho Formal	17	36,9
Trabalho Informal	11	25,0
Não responderam	18	38,1
Total	46	100,0
Moradia		
Morava sozinho	18	18,9
Morava com os pais	29	30,6
Morava com amigos	1	1,7
Morava com o cônjuge	11	12,2
Morava com irmão	5	5,3
Morava com filhos	1	1,7
Não tinha lugar para morar	4	4,2
Não responderam	25	25,4
Total	94	100,0
Atividade de lazer		
Não tinha	28	30,0
Atividades de lazer diárias	12	12,8
Atividades de lazer esporádicas	9	9,4
A atividade de lazer encaminhou para a recaída	11	12,2

Não responderam	34	29,6
Total	94	100,0

Tipos de atividades*

Festas	44	46,8
Bares	28	29,8
Atividades físicas	10	10,6
Religião	6	6,3
Assistir TV	9	9,6
Computadores	5	5,3
Jogos	3	3,1

Apoio

Sim	55	58,3
Não	9	9,4
Não responderam	30	32,3
Total	94	100,0

Quem apoiou*

Família	47	50,6
Amigos	16	16,7
Cônjuge	10	11,1
Grupos de apoio	7	7,8
Não responderam	6	6,7

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Quando questionados sobre quais fatores foram protetores para recaídas 48,9% responderam ser a família, 35,6% religião seguido de 32,2% do trabalho e 30,6% de mudanças de pensamentos (Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, segundo fatores protetores de recaídas. Uberaba, 2014.

Variáveis	N.(n=94)	%
Fatores protetores de recaídas*		
Família	46	48,9
Amigos	16	16,7
Cônjuge	10	10,6
Religião	33	35,6
Melhora da auto-estima	26	28,3
Serviços de saúde	9	9,4
Mudança de pensamentos	29	30,6
Trabalho	30	32,2
Filhos	20	21,1
Escola	11	11,7
Assiduidade a grupos de apoio (AA, NA, etc.)	26	28,3
Não responderam	36	38,3

*As categorias não são mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas, isto é, o respondente pode assinalar mais de uma resposta.

Tabela 18 – Distribuição da razão de chances das variáveis se teve recaídas e os fatores sociodemográficos dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG. Uberaba, 2014.

	Recaídas				RP(IC)*	RCP(IC)*	P**
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Mora sozinho							
Sim	34	35,8	61	64,2	1,61 (0,99-2,58)	1,93 (1,00-3,74)	0,48
Não	19	22,4	66	77,6			
Tem companhia							
Sim	18	19,4	75	80,6	1,07 (0,57-1,98)	1,08 (0,50-2,32)	0,82
Não	15	18,1	68	81,9			
Estudo							

Sim	92	96,8	3	3,2	0,98 (0,93-1,02)	0,36 (0,30-3,57)	0,38
Não	84	98,8	1	1,2			
Profissão							
Sim	78	84,8	14	15,2	1,00 (0,88-1,14)	1,03 (0,45-2,35)	0,93
Não	70	84,3	13	15,7			
Religião							
Sim	88	94,6	5	77,9	1,00 (0,93-1,08)	1,12 (0,31-4,04)	0,85
Não	78	94,0	5	6,0			
Prática religiosa							
Sim	55	59,8	40	95,8	1,00 (0,78-1,29)	1,02 (0,55-1,87)	0,94
Não	48	59,3	33	40,7			
Renda pessoal							
Sim	71	74,7	24	25,3	1,02 (0,86-1,22)	1,09 (0,56-2,13)	0,78
Não	62	72,9	23	27,1			

* Razões de Chances (RC);

** Valor de p , para o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância $<0,1$ antes do ajuste;

Tabela 19 – Distribuição da razão de chances das variáveis se teve recaídas e tipos de drogas utilizada antes internação dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG. Uberaba, 2014.

Drogas utilizadas	Recaídas				RP(IC)*	RCP(IC)*	P**
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Álcool							
Sim	59	62,1	36	37,9	0,88 (0,71-1,09)	0,69 (0,36-1,29)	0,24
Não	57	70,4	24	29,6			
Ecstasy¹							
Sim	3	3,2	92	96,8	-	-	0,07
Não	1	1,2	80	94,1			
Crack							
Sim	57	60,0	38	40,0	1,18 (0,90-1,55)	1,46 (0,80-2,66)	0,21
Não	41	50,6	40	49,4			

Heroína¹							
Sim	1	1,1	94	98,9	-	-	0,06
Não	0	0,0	81	95,3			
Cocaína¹							
Sim	21	22,1	74	77,9	-	-	0,03
Não	26	30,6	55	64,7			
LSD¹							
Sim	4	4,2	91	95,8	-	-	0,01
Não	0	0,0	81	95,3			
Maconha¹							
Sim	26	27,4	69	72,6	-	-	0,09
Não	24	28,2	57	67,1	-	-	

* Razões de Chances (RC);

** Valor de p , para o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância $<0,1$ antes do ajuste;

¹ Razões de Chance não calculadas por não haver indivíduos em uma das caselas da tabela 2X2.

Tabela 20 – Distribuição da razão de chances das variáveis se teve recaídas e motivos para uso dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG. Uberaba, 2014.

Motivos para uso	Recaídas				RP(IC)*	RCP(IC)*	P**
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Problemas familiares¹							
Sim	42	44,2	53	55,8	-	-	0,12
Não	21	24,7	64	75,3			
Problemas na escola							
Sim	9	9,6	85	90,4	1,10(0,43-2,84)	1,11(0,30-3,15)	0,83
Não	7	8,6	74	91,4			
Problemas emocionais							
Sim	37	39,4	57	60,6	1,27(0,84-1,92)	1,45(0,77-2,72)	0,24
Não	25	30,9	56	69,1			

Falta de emprego

Sim	11	11,7	83	88,3	1,89(0,68-5,22)	2,01(0,66-6,04)	0,20
Não	5	6,2	76	93,8			

Curiosidade

Sim	61	64,9	33	35,1	0,97(0,78-1,20)	0,92(0,49-1,73)	0,80
Não	54	66,7	27	33,3			

Falta de perspectiva

Sim	16	17,0	78	83,0	1,37(0,66-2,86)	1,45(0,62-3,41)	0,38
Não	10	12,3	71	87,2			

Chantagem

Sim	1	1,1	93	98,9	0,17(0,02-1,44)	0,16(0,01-1,42)	0,64
Não	5	6,2	76	93,8	-	-	

Obrigado a experimentar

Sim	5	5,3	89	94,7	1,43(0,35-5,82)	1,46(0,33-6,31)	0,61
Não	3	3,7	78	93,6	-	-	

Persuasão

Sim	20	21,3	74	78,7	0,90(0,52-1,57)	0,88(0,43-1,79)	0,73
Não	19	23,5	62	76,5			

* Razões de Chances (RC);

** Valor de p , para o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância $<0,1$ antes do ajuste;

¹ Razões de Chance não calculadas por não haver indivíduos em uma das caselas da tabela 2X2.

Tabela 21 – Distribuição da razão de chances das variáveis se teve recaídas e problemas sociais relacionados ao uso de álcool e drogas dos internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG. Uberaba, 2014.

Problemas sociais	Recaídas				RP(IC)*	RCP(IC)*	P**
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Desemprego							
Sim	37	49,3	38	50,7	1,18(0,82-1,69)	1,35(0,69-2,63)	0,36

	Não	28	41,8	39	58,2			
Falta de estudo								
	Sim	28	37,3	47	62,7	1,39(0,85-2,27)	1,62(0,79-3,31)	0,18
	Não	18	26,9	49	73,1			
Falta de moradia								
	Sim	17	22,7	58	77,3	1,68(0,80-3,52)	1,88(0,77-4,58)	0,15
	Não	9	13,4	58	86,6			
Fome								
	Sim	15	20,0	60	80,0	1,48(0,69-3,17)	1,61(0,65-3,97)	0,29
	Não	9	13,4	58	86,6			
Problemas com a justiça								
	Sim	19	25,3	56	74,7	1,30(0,70-2,43)	1,40(0,63-3,13)	0,39
	Não	13	19,4	54	80,6			
Problemas com dívidas								
	Sim	29	38,7	46	61,3	2,15(1,20-3,88)	2,88(1,32-6,29)	0,006
	Não	12	17,9	55	82,1			
Perda da guarda dos filhos								
	Sim	9	12,0	66	88,0	1,00(0,41-2,45)	1,00(0,36-2,77)	0,99
	Não	8	11,9	59	88,1	-	-	
Separação do cônjuge								
	Sim	31	41,3	44	58,7	1,02(0,69-1,52)	1,04(0,53-2,04)	0,90
	Não	27	40,3	40	59,2	-	-	

* Razões de Chances (RC);

** Valor de p , para o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância $<0,1$ antes do ajuste;

¹ Razões de Chance não calculadas por não haver indivíduos em uma das caselas da tabela 2X2.

Observada as tabelas 19, 20 e 21, concluiu-se que não houve associação estatística significativa para nenhuma categoria.

8. DISCUSSÃO

8.1 POPULAÇÃO

O presente estudo foi realizado com 180 pacientes internados para tratamento em 11 clínicas de tratamento para dependência química da cidade de Uberaba-MG no período de Julho a Agosto de 2014.

O total de vagas de internações disponíveis pelas clínicas eram de 367, sendo que foi realizado aplicação de questionário com 49% deste total, por ser o numero de internos no período da coleta.

8.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A idade dos pesquisados foi de 18 a 77 anos, demonstrando que a idade de uso de drogas não está somente restrita ao adolescente e/ou ao jovem, e sim, atingindo todas as idades e causando problemas representativos.

É dado na literatura que o consumo álcool e outras drogas está mais presente entre os jovens que em idosos e o padrão de consumo é diferente entre eles (DAR, 2006; DUFOUR, 1995; O'CONNELL, 2003; MENNINGER, 2002; RIGLER, 2000; BELL, 2000; MCLNNES,1994; NHSDA, 2002, BOYLE, 2006)

O uso de álcool e drogas em idosos é mais aceito por ser menos prevalente que nos jovens (PILLON, 2010). No entanto, os efeitos e consequências do uso são mais perceptíveis na saúde física, mental e social acarretando custos sociais e na saúde (NHSDA, 2002).

Quando observada a média de idade dos participantes (38,09 anos, d.p.= 14,357 anos) pode-se destacar que a busca por ajuda pelo uso abusivo de substâncias psicotrópicas se dá em importância na idade adulta jovem por se apresentarem nesta fase o ápice das dificuldades sociopsicoeconômicas.

Em um estudo realizado pelo UNIPAD (2012) com 4200 participantes da zona urbana e rural de todo o território nacional encontrou que 57,2% são casados e 31,7% solteiro, o que diferencia dos dados apresentados neste trabalho dos quais 18,3% dos participantes são casados e 61,7% solteiros.

Neste mesmo estudo, 26,1% possuíam nível primário incompleto e apenas 8,5% nível superior (UNIPAD, 2012). O que condiz com o presente estudo no qual 49,5% possuía até 08 anos de estudo e apenas 1,1% nível superior. Os fatores de idade precoce no início do uso de substâncias psicotrópicas e falta de abordagem preventiva e de redução de danos efetiva aos jovens tornam esses dados comum entre usuários de álcool e drogas dos quais frequentam pouco a escola e geram muitos trabalhadores de níveis não profissionalizantes (35,6%). Outro dado representativo encontrado na presente pesquisa é que 51,9% dos participantes não possuía carteira assinada e ou trabalho.

Em outro estudo foi descrito que 91% dos participantes eram analfabetos ou tinham o ensino fundamental. Diante disso, evidencia que o baixo nível de escolaridade é julgado como um fator de risco potencial para o uso, abuso e dependência de álcool e drogas (DAR,2006; DUFOUR,1995). Esses clientes não compreendem que o uso de substâncias psicotrópicas atua como droga, gerando problemas à saúde (PILLON, 2010).

No estudo de Beck (2007), discute-se os dois lados do trabalho na vida de um usuário de droga, estar trabalhando e não estar trabalhando. O usuário que tem uma ocupação laboral vivencia dificuldades e pressões pelo seu estado, muitas vezes omitindo suas condições por receio de sofrerem represálias ou até mesmo a perda do emprego. Tudo isso auxilia no adiamento da busca do tratamento, que evidencia uma abordagem mais difícil. A fase inicial da dependência química é mais promissora nas respostas ao tratamento (BECK, 2007).

O trabalho pode ser considerado com fator protetor de uso, manutenção de sobriedade e recaídas, como protetor e mantenedor da Saúde Mental. Nesta presente pesquisa 8,9% dos participantes alegaram iniciarem uso por falta de emprego, 36,1% apresentaram como problema social consequente do uso de drogas o desemprego, 43,3% o trabalho como fator de manutenção da sobriedade e 32,2% como fator protetor de recaídas. Beck (2007) apresenta a mesma visão ao reconhecer o trabalho como parte do tratamento e não como divisor dele (BECK,2007).

O desemprego está relacionado ao decréscimo da produtividade do trabalhador, através do absenteísmo, atrasos, aumento na ocorrência de acidentes, ações inadequadas e conflitos interpessoais, tudo isso relacionado às alterações físicas, sociais e psicológicas ocasionadas pelo uso de substâncias psicotrópicas. Usuários desempregados têm menor

autoestima, maiores sentimentos depressivos, menor níveis de bem estar, experimentam sentimentos de caráter negativo, sentem menor grau de satisfação com a vida, além de apresentarem uma imagem mais negativa de si mesmos e de menos valia quando comparados aos trabalhadores empregados (BECK, 2007).

A renda familiar dos entrevistados no presente trabalho é de 01 a 02 salários (28,3%) seguido de 02 a 03 salários (15,6%) e a renda pessoal é de 01 a 02 salários (32,8%) acompanhados de não possuir renda pessoal (26,1%) representando famílias de baixa renda. As famílias que vivem com baixa renda são caracterizadas por vivenciarem de forma significativa as desigualdades sociais gerando escolaridade precária e abandono precoce da escola, empregos precários, convivência com criminalidade e falta de perspectiva de uma vida social estável e de futuro (HERMETO, 2010).

Ainda o mesmo autor discute que essa situação leva aos indivíduos a busca de gratificações imediatas, indo desde a atitudes obsessivas de um adepto das igrejas evangélicas à dependência química de um entregador do narcotráfico (HERMETO, 2010).

8.3 TABAGISMO

Dos entrevistados, 107 (59,4%) deles alegaram fazer uso do tabaco. A Organização Mundial de Saúde – OMS relata que um terço da população mundial adulta cerca de 01 bilhão e 200 milhões de pessoas, 47% da população masculina e 12% da população feminina é tabagista e estima que cerca de 30 milhões de pessoas iniciarão o uso de tabaco a cada ano. O uso do tabaco geralmente se inicia na adolescência podendo observar grande relação com o início do uso de substâncias entorpecentes, frequentemente o usuário de álcool e outras drogas associa tal uso (OMS, 2013).

Segundo a OMS por ano, morrem prematuramente cerca de 4,9 milhões de pessoas, cerca de 10 milhões por dia, pelas consequências do tabaco. Há uma estimativa de que em 2030 cerca de 10 milhões de pessoas morram em consequência do uso de tabaco e metade destas serão indivíduos que estarão em idade produtiva (OMS, 2004). As principais causas de morte são câncer, doenças cardiovasculares, respiratórias, perinatais e decorrentes de incêndios causados pelo cigarro (OMS, 2013).

No presente estudo, 30 pesquisados deixaram de fumar o que acompanha os dados apresentados pela OMS (2013) que divulga que entre 2006 e 2012 no mundo, houve redução expressiva no número de fumantes principalmente entre homens (2,3%) (OMS, 2013).

Em 2008, 17,5% das pessoas no Brasil com 15 anos ou mais eram fumantes dos derivados de tabaco, representando 25,5 milhões de pessoas. Das mesmas 45,6% referem ter feito tentativas de parar de fumar nos últimos anos e 52,1% relataram o desejo de parar de fumar (IBGE, 2008).

Para Henningfield (2005), independente do momento que se para de fumar, precoce ou mais tardiamente o benefício é sempre grande, devido à melhoria do prognóstico e da qualidade de vida (HENNINGFIELD et al., 2005).

8.4 INÍCIO DA ADICÇÃO

O início do uso da substância psicoativa é crucial pra os estudiosos da área, para muitos é nessa fase que as intervenções são mais bem absorvidas.

No presente estudo a idade de início de uso foi maior na faixa etária de 11 a 20 anos (75,6%), que condiz com a adolescência.

Nessa fase observa-se um processo complexo interposto de crescimento e desenvolvimento tanto físico e psíquico quanto social, ambos se contrapõem influenciados pela puberdade e pelos padrões sociais/culturais. O adolescente vivencia muitos conflitos e se prepara nessa turbulência para ser autônomo (REATO, 2006).

O adolescente se encontra mais propício ao início do uso de substâncias psicoativas, pois nessa fase em que ocorre a construção da identidade, se inicia o momento de tomar decisões sobre a vida, busca do reconhecimento dos adultos e escolha que terão consequências na vida adulta. Gomes (2010) relata que os adolescentes são um grupo que aceita a exposição a fatores de risco, com comportamentos característicos da fase de desenvolvimento que vivenciam, reforçando essa busca (GOMES, 2010).

Schenker (2005), também relata que a adolescência é uma fase de grande vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas, pois estas apresentam algumas soluções para o que eles procuram. Propiciar a vivência de diferentes emoções, colocando contra o

controle parental, exprimindo ideia de autonomia e controle sobre sua própria vida, facilitando a entrada e aceitação em determinado grupo e encorajar a aproximação ao sexo oposto (SCHENKER, 2005).

O Brasil possui 51 milhões de indivíduos na faixa etária de 10 a 24 anos, por esse motivo é essencial criar políticas e formas de enfrentamento, prevenção e promoção da saúde destes em todos os aspectos (BRASIL, 2003). Importante também nessa fase é atuar além dos fatores pessoais internos e externos biossociocultural, os fatores relacionados à prevalência do uso, do padrão e do comportamento de consumo.

Outros estudos também trazem dados semelhantes ao apontar que o primeiro contato com a droga ocorre frequentemente na fase da adolescência, por ocorrer nesta fase mudanças significativas tanto físicas quanto psíquicas, tornando esses indivíduos mais vulneráveis (SILVA, 2005; REBOLLEDO, 2004; ANTÓN, 2000; MUÑOZ RIVAS ET AL., 1999).

As drogas mais utilizadas por nossos entrevistados na sua iniciação foram o álcool (66,1%) seguido da maconha (46,1%) e da cocaína (28,9%).

Em estudo realizado com adolescentes no Reino Unido encontrou-se que um quinto dos jovens entre 12 e 13 anos de idade consome álcool, aumentando essa proporção de 40% para 50% entre as idades de 14 a 15 anos e mais de 70%, aos 17 anos (BONOMO, 2005). Outro estudo semelhante realizado no Brasil o consumo de álcool pelos adolescentes começa aos 14,8 anos (SENAD, 2007).

Conforme o “V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 17 Capitais Brasileiras”, a idade mínima de uso foi aos 10 anos, sendo o álcool o consumido mais frequentemente (GALDURÓZ et al., 2005). Corroborando com esses dados, o “I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira” apontou que o beber precoce e regular é comum entre os jovens e a idade do primeiro uso acontece por volta dos 13,9 anos e o consumo regular aos 14,6 anos (SENAD, 2007).

Outro estudo realizado pela UNIPAD (2012) apresenta que em 2006 13% dos brasileiros menores de 15 anos já haviam experimentado o álcool, havendo crescimento em

2012, em que 22% referiram ter experimentado antes dos 15 anos sendo esse crescimento maior em homens que mulheres (UNIPAD, 2012).

8.5 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Estima-se que cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo utilizam alguma substância ilícita, destes 25 milhões poderiam ser consideradas como “usuários problemáticos de drogas” (UNODC, 2007). As drogas ilícitas mais usadas no mundo são a maconha (160 milhões de usuários), os estimulantes do tipo anfetamina (34 milhões de usuários), os opióides (16 milhões de usuários) e a cocaína (14 milhões de usuários). A predominância do uso de drogas é diferente nas várias regiões do mundo sendo na Europa e Ásia o uso de opióides, nas Américas a cocaína e na África a maconha (UNODC, 2007).

No Brasil, em levantamento domiciliar realizado em 2005, 22,8% da população relatou fazer uso alguma vez de qualquer substância psicoativa (exceto álcool e tabaco). Dessas substâncias, as mais utilizadas foram a maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), anorexígenos (4,1%), estimulantes (3,2%) e cocaína (2,9%) (CARLINI et al., 2007).

O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD evidencia que as substâncias psicotrópicas que mais preocupam a sociedade são o álcool e o crack, mesmo que o tabaco seja o principal causador de prejuízos à saúde, no entanto o tabaco se encontra em declínio de uso, ao oposto da primeira e da segunda que se apresenta crescimento do uso e que são geradoras de violência favorecendo com cerca de 10% para a toda a carga de doença no Brasil (UNIPAD, 2012).

Este dado corrobora com os encontrados no presente estudo, as três substâncias são as mais utilizadas pelos participantes da pesquisa.

O álcool é a substância mais utilizada no início do uso pelos pesquisados. Pode-se associar isso a alguns fatores como o fato de ser uma substância de caráter legal que possibilita a ampla divulgação e distribuição, sendo que a única restrição está em relação à idade de compra, porém essa fiscalização e aplicação da respectiva lei (Lei 14.592 de 19 de outubro de 2011). Outro ponto a ser abordado é em questão ao valor financeiro baixo

atribuído à substância o que a torna de fácil acesso a todas as classes e por fim o valor cultural associado a ela.

Hermeto (2010) em seu estudo aponta o alcoolismo paterno justificando a cultura química construída nas famílias (HERMETO, 2010). Outro grande influenciador ao uso de substâncias psicotrópicas é a mídia. Ela estimula o consumo dessas drogas denominadas lícitas, socialmente toleradas e legalmente permitidas relacionando-as à riqueza, sucesso, prestígio e ao estado de felicidade. Agrega ao uso de drogas medicamentosas como um adormecedor de toda a pressão do mundo e do sofrimento gerado pela miséria, pobreza, fome, solidão, desamor e falta de dinheiro. É a fuga da realidade que o sujeito se encontra (ROEHRS, 2008).

A OMS avalia que o uso problemático do álcool inflige à sociedade um peso significativo de agravos indesejáveis e dispendiosos (OMS, 2004). No Brasil, o *Consenso Brasileiro sobre Políticas Públicas do Álcool*, apresenta como problemas os acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco como doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, a violência, ferimentos não intencionais e problemas acadêmicos. As consequências negativas relativas ao consumo de álcool constituem um grave problema de saúde pública (LARANJEIRA, 2004).

O Ministério da Saúde no documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, considera o alcoolismo como um problema de saúde pública de grave importância, estando este na lista dos dez problemas de saúde priorizados pelo Programa Saúde da Família (BRASIL, 2003).

Em publicação da UNODC (2007), o Brasil foi citado como um país onde o consumo de produtos a base de cocaína (inalada ou fumada) está em crescimento ao contrário de outros países que este consumo tem diminuído.

O Crack é uma substância que teve destaque no uso pelos pesquisados, ela é um estimulante potente do Sistema Nervoso Central e tem alto poder de levar a dependência.

Em 20 anos o Crack se espalhou pelo Brasil, principalmente devido às mudanças de seu acesso, estratégias de mercado e formas de uso (OLIVEIRA, 2008). A fissura pela droga acompanha o usuário por muito tempo, mesmo fora do uso, tornando o crack uma droga capaz

de levar à dependência, compulsão e a comportamentos de uso continuado (BRASIL, 2010; DUAILIBI, 2008; RIBEIRO, 2012; OLIVEIRA, 2008).

Os problemas relacionados ao uso do Crack são iguais aos das outras drogas, no entanto, há maior número de abandono dos tratamentos e precisa-se conhecer melhor os problemas relacionados ao seu uso para que as intervenções sejam mais eficazes (MONTEIRO, 2013). Duailibi (2008) cita como fatores preditivos para o abandono os problemas com a lei, baixa habilidades sociais de enfrentamento, história familiar de transtorno mental e transtorno de dependência de álcool associada (DUAILIBI *et al*, 2008).

Pelo fato do Crack ser utilizado concomitante a outras drogas, há uma piora no quadro de saúde do usuário, com o desenvolvimento de dependências múltiplas, o que atrapalha a recuperação e tarda sua reinserção social (RIBEIRO *et al*, 2006; RODRIGUES *et al*, 2006, OLIVEIRA, 2008).

Em estudo realizado pelo SENAD (2007), o Crack não é uma das drogas mais consumidas (0,7%), porém a mesma merece destaque devido aos inúmeros riscos associados ao uso compulsivo que ela gera nos indivíduos (CARLINI, 2007). Entre esses riscos pode-se citar envolvimento com atividades ilícitas como tráfico, roubo, assaltos, violência e também problemas físicos, mentais e sociais.

A Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (2012), realizou estudo mostrando a prevalência do uso do Crack nas capitais do país, revelando que 0,8% da população desses municípios consumiram essa droga de forma contínua nos últimos seis meses (FIOCRUZ, 2012).

8.6 INTERNAÇÕES

Os usuários problemáticos são os responsáveis pela maior parte dos problemas de saúde e de ordem pública. Em 2007, existia 18 a 38 milhões de usuários problemáticos de drogas no mundo, com idade entre 15 e 64 anos (UNODC, 2009).

O tratamento da dependência química consiste na desintoxicação do usuário e no fortalecimento de hábitos saudáveis, na reinserção social e no desenvolvimento de habilidades pessoais (CARDOSO, 2009).

O tratamento deve ser individualizado devido aos amplos problemas relacionados. As principais abordagens intercalam intervenções de caráter cognitivo-comportamentais, autoajuda e farmacoterapia, com baixos índices de abstinência após o tratamento (NOTO, 1999). E também, intervenção com os familiares e mobilização dos recursos comunitários (SOUZA, 2006).

Os tratamentos para dependência química precisam ser avaliados, a doença resulta de vários aspectos: biológico, social e psicológico. Tais tratamentos necessitam conter intervenções que atendam cada pessoa de forma única, considerando as áreas de conhecimento e avaliação (DE BONI, 2011).

Com a mudança do padrão de tratamento da dependência química desde a Reforma Psiquiátrica, a mesma está apoiada na atenção psicossocial e nos cuidados de saúde em detrimento da priorização da abstinência (FARIA, 2009). Neste ponto há mudança de pensamento e formação de preconceito diante dos tratamentos sustentados na abstinência total, no afastamento das drogas como proposta de desintoxicação e também com a utilização da espiritualidade como fundamentos terapêuticos (BARBOSA, 2013).

8.7 FATORES DE RISCO

No presente estudo destacam-se como fatores de risco/motivos para uso a curiosidade (66,7%), problemas emocionais (35,6%), problemas familiares (35,0%) e persuasão de outras pessoas (24,4%).

A definição de risco traz que:

“que risca; delineamento; traçado; debuxo; perigo; inconveniente; golpe com instrumento cortante; a risco de; expondo-se a; correr o risco: estar exposto a perigo”
(DICIONÁRIO AURÉLIO, 1975).

Para a saúde risco é um conceito que envolve conhecimento e experiência acumulada sobre o perigo de alguém ou de a coletividade ser acometida por doenças e agravos, condiz a situações reais ou potenciais que produzem efeitos adversos e configuram algum tipo de exposição. A expressão consagrada *fatores de risco* designa condições ou variáveis

associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social (JESSOR, 1991; JESSOR *et al.*, 1995).

Esses fatores podem se referir a características individuais, outros ao meio microsocial e outros ainda, a condições estruturais e socioculturais mais amplas, combinados em uma situação social, intrapsíquica e biologicamente perigosa. (ZWEIG *et al.*, 2002).

Segundo Scivoletto (2001) os principais fatores de risco são: uso de drogas pelos pais e amigos; desempenho escolar insatisfatório; relacionamento deficitário com os pais; baixa autoestima; sintomas depressivos; ausência de normas e regras; tolerância do meio às infrações; necessidade de novas experiências e emoções; baixo senso de responsabilidade; pouca religiosidade; antecedentes de eventos estressantes; uso precoce de álcool (SCIVOLETTO, 2001). Em seu estudo, Beutelspacher et al. (1994) acrescentam a esta lista o fator de haver alguma psicopatologia (BEUTELSPACHER, 1994).

Os fatores de risco e de proteção em relação ao uso de drogas estão relacionados a seis domínios da vida que relacionam entre si: o individual, o familiar, o escolar, o midiático, os amigos e a comunidade de convivência (SCHENKER, 2005).

Outra classificação apresentada na literatura designa fatores familiares como uso de drogas e/ou álcool na família, permissividade ou autoritarismo e conflitos familiares; problemas comportamentais como comportamento antissocial, negativismo, baixa adaptabilidade, impulsividade, agressividade, experiência sexual precoce e problemas de atenção; fatores escolares como repetência precoce, falta de compromisso escolar além da não realização das tarefas escolares solicitadas; amigos/companheiros que utilizam drogas; história de abuso sexual; fatores sociais como fácil acesso às drogas, tolerância ao álcool e às drogas ilícitas, vizinhança desorganizada, deteriorada e superpopulosa (MEDEIROS, 1999).

Vários são os fatores de risco que estão presente no início e manutenção do uso abusivo de substâncias. Eles vão variar de pessoa a pessoa, não sendo regra na doença. Neste fato que se encontra a dificuldade de prevenção e combate à busca e abuso.

Em seu estudo Assumpção (2002), apresenta uma relação entre o adolescente e o uso de álcool e outras drogas. O mesmo sugere que uma possível causa do número de adolescentes que utilizam álcool e outras drogas seja a curiosidade (ASSUMPÇÃO, 2002).

“a curiosidade natural do adolescente o impulsiona a experimentar novas sensações e prazeres. O adolescente vive o “aqui e agora”, em função da realização a curto prazo, e a droga proporciona isso.” (ASSUMPÇÃO, 2002, p. 253).

Outro autor também atribui como um dos principais motivos para o contato com o álcool e drogas a curiosidade, seguidos de incentivos de colegas da escola, vizinhos e companheiros de festas. O mesmo discute a dificuldade encontrada por eles em resistir aos vários convites para o consumo de álcool ou outras drogas, pela vontade de pertencerem a um grupo (HERMETO, 2010).

No indivíduo usuário de drogas, a busca por ela ocorre na tentativa de encontrar um refúgio fantástico, compensando algo que parece estar sendo recusado. Esta sensação de infelicidade existencial, e outros, como traições, rompimentos, desrespeito, temores, angústias e dificuldades emocionais se combinam e entrelaçam ao processo de uso e abuso de substâncias psicotrópicas (DUFOR, 1995).

Outras pessoas utilizam álcool e drogas na busca de enfrentar os desafios da vida, buscando algo que complete sua vida, pois são inabilitados para identificar e implementar comportamentos adaptativos de um modo geral, para enfrentamento das pressões, tensões e imposições da vida (ABDALA, 2010).

Em relação aos problemas familiares, sabe-se que a família tem um papel importante de inserção de seus integrantes na cultura e sociedade, além de ser instituidora das relações primárias, influenciadora do olhar que o indivíduo confere à ampla oferta de droga na sociedade atual (SCHENKER, 2004).

As funções e papéis da família se modificaram ao longo do tempo, devido às alterações socioeconômicas, culturais e políticas ocorridas na sociedade. Ela perdeu seu papel econômico e de centralidade no processo de socialização sendo atualmente responsável pela educação da intimidade e do desenvolvimento físico e psicológico de crianças e adolescentes, assim como, do apoio emocional a todos seus membros. Esses novos papéis atingem gênero, idade, classe social, nível de escolaridade, envolvimento com os meios de comunicação e

tecnologias, manifestação da autoridade, obtenção de renda, aceitação do passado, perspectiva de futuro e afetividade (HERMETO, 2010).

Gomide (2004) relata que a família é um lugar privilegiado para a promoção da educação através da transmissão de valores morais e dos padrões de conduta, ainda que os jovens frequentem outros ambientes. Quando esses valores morais não são recebidos de forma correta na infância da família, é que os outros ambientes podem influenciar (GOMIDE, 2004).

A família está incumbida na construção moral dos filhos e pelo crescimento adequado da sua personalidade, sendo ela a principal responsável pelo início da fase de experimentação e do uso contínuo de drogas e também por outro lado pela criação de fatores de proteção (MEDEIROS, 2013)

A relação familiar que o indivíduo tem desde seu nascimento, desempenha como fator de proteção para toda a vida, principalmente na adolescência. Os problemas enfrentados na adolescência, muitas vezes estabelecidos na infância e têm um contexto de realização muito mais amplificado (SCHENKER, 2004).

O adoecimento dos filhos altera totalmente a autoestima e comportamento dos pais, pois representa falhas do sistema familiar. Há a quebra do vínculo entre os seus membros, que vivenciam grandes mudanças em suas vidas, tornando-se comum os conflitos emocionais, a depressão, o sentimento de medo e incertezas preocupações financeiras, quebra da rotina e sobrecarga familiar (MARUITI, 2008).

Toscano Jr. em seu estudo demonstra como principais fatores familiares de risco para o uso de drogas a separação dos pais, a rejeição pelos mesmos, os problemas de relacionamento, os conflitos familiares, o uso de álcool ou drogas por pais e irmãos, a ausência de normas e regras, a falta de apoio, diálogo e de orientação, a falta de relações afetivas precárias e a falta de acompanhamento e monitoramento constante dos filhos por parte dos pais (TOSCANO JR., 2001).

O mesmo autor relata que fatores como fortes vínculos com a família, a qualidade dos mesmos, relacionamento positivo, a preocupação dos pais com a vida dos filhos, o estabelecimento de normas, regras e limites, a possibilidade de diálogo e negociação, o

convencionalismo e equilíbrio atuam como protetores na vida do indivíduo em relação ao uso de drogas (TOSCANO JR., 2001; GONZÁLEZ, 2001).

Outros autores apontam que as condutas dos pais podem estar associadas ao consumo de drogas pelos filhos. Os pais que estabelecem uma boa relação afetiva e de apego com os filhos, que não consomem nenhum tipo de drogas e que seguem as normas convencionais e de conformidade com as normas sociais estabelecidas, entre as quais a intolerância com as drogas tem mais chances de terem filhos com menores riscos ao uso de substâncias psicotrópicas (RECIO, 1999; GONZÁLEZ, 2001).

A família deve ser considerada sempre que se refletir sobre fatores de risco e proteção ao uso de substâncias psicoativas, o reforço de seus vínculos e a contribuição para que os pais adotem posturas mais benéficas para com os filhos, a partir de práticas mais positivas de socialização produzem resultados positivos sobre os filhos. Os pais precisam estar conscientes de seus papéis na consolidação de crenças, valores e atitudes contrárias a comportamentos prejudiciais à saúde e ao desenvolvimento mental de seus filhos. O afeto e o interesse mostrados pelos pais, o tempo que passam com seus filhos e a firmeza de medidas disciplinares auxiliam na prevenção ao uso de drogas (PAIVA, 2009).

Não existe modelo competente para prevenir o abuso de drogas e sim diferentes alternativas de formação de relações singulares no contexto da cidadania e da saúde, visadas no respeito, potência crítica, sentido de pertencimento. No cotidiano familiar vivenciam-se sentimentos, educação para a autonomia e para limites, liberdade e responsabilidade que constituem fatores de proteção em se relacionarem com as ofertas químicas de prazer, liberdade e autossatisfação (HERMETO, 2010).

Para Aragão (2009), a convivência dos familiares com o usuário de drogas é uma via de mão dupla, afetada na evolução da dependência química (ARAGÃO, 2009).

Quanto a persuasão de outras pessoas, Schenker & Minayo (2005) relatam que quando relacionado aos fatores de risco aos pares estes influenciam não só o início, mas também a permanência do uso de substâncias. As autoras também trazem que fatores relacionados à estrutura de vida do indivíduo, como os fatores individuais, familiares e sociais associados, aumentam a probabilidade do uso abusivo. (SCHENKER, 2005).

O uso proporciona aceitação social por parte dos pares, sentimento de autonomia e maturidade. A experimentação de álcool e drogas integra o desenvolvimento da individualidade para alguns adolescentes. Estes fazem uso de maneira ocasional e muitas vezes não desenvolvem a dependência (JINEZ, 2009).

8.8 PROBLEMAS SOCIAIS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Na pesquisa atual problemas sociais relacionados à adicção encontrados foram o desemprego (36,1%), seguido da separação do cônjuge (32,2%) e perda da guarda dos filhos com 26,1%.

O uso de substâncias psicotrópicas tanto lícitas quanto ilícitas altera a vida dos usuários e de seus familiares prejudicando a saúde e causando dependência e destruição físicas, psíquicas e sociais (MEDEIROS, 2013)

Para Maciel (2008), a sociedade como um todo padece com as questões que envolvem o uso abusivo das drogas, com perdas e prejuízos na saúde física, mental e social da população. Os familiares especialmente sofrem pelo laço afetivo que possui (MACIEL, 2008).

Kaplan (2007) lista sinais que podem ser observados em pessoas que utilizam álcool e outras drogas como alterações do desempenho acadêmico, indisposição física inespecífica, mudança de relacionamentos com membros da família, mudanças de grupo, telefonemas inexplicados ou mudança na higiene pessoal, podem indicar o uso de substâncias na adolescência. O consumo de substâncias está relacionado a comportamentos de alto risco, entre os quais o uso de armas, comportamentos suicidas, experiência sexual precoce, direção perigosa, música heavy metal ou alternativa e envolvimento em cultos ou satanismo (KAPLAN, 2007, p. 1375).

Silva (2007) apresenta que as principais consequências do uso abusivo de drogas são começar a roubar, não trabalhar, não aceitação do indivíduo pela sociedade, perda de personalidade, autodestruição, preconceito, loucura, falta de respeito a si próprio, falta de interesse pela vida, dependência, morte, destruição de si, violência contra si mesmo (SILVA, 2007).

Tobo e Zago (2005) em seu estudo apontam que as consequências do uso de álcool e drogas dificultam mais os relacionamentos familiares e conjugais, gerando desgaste físico e psicológico nos membros da família. Estes autores citam exemplos de esposas de maridos dependentes que apresentam sofrimento, uma vida de resignação e sacrifícios, sentimentos de solidão, frustrações e tristezas, devido à ausência muitas vezes, do cumprimento do papel de pai e esposo pelo usuário (TOBO, 2005). Esse uso gera episódios de violência, agressões, separações e perda da guarda dos filhos.

8.9 RECAÍDAS

Na atual pesquisa 52,1% dos entrevistados tiveram recaídas.

A Recaída é uma tentativa de parar ou diminuir o consumo de álcool e outras drogas, sem sucesso após um período estabelecido (JUNGERMAN, 1999; KNAPP *et al.*, 1994). Para se confirmar uma recaída é necessário que o usuário tenha permanecido por no mínimo dois meses abstinente (ALVAREZ, 2007).

Na literatura encontra-se que um terço dos usuários de álcool e drogas, consegue a abstinência permanente na primeira tentativa, um terço tem episódios breves de recaída e abstinência por um longo período e o outro terço apresenta recaídas crônicas (GORSKI *et al.*, 1993). Já Marlatt (1980) apontam que 70% a 90% das recaídas ocorra nos primeiros três meses de abstinência e 90% após 18 meses (MARLATT, 1980).

As situações de risco que levam as recaídas podem ser emoções negativas, pressão social com atribuições negativas, manejo de situações difíceis, manejo dos problemas físicos e psicológicos, sintomas de abstinência unida a estímulos e incitações como precipitante, situações ambientais de alto risco, habilidades de enfrentamento inadequadas, falta de controle pessoal e a antecipação dos efeitos positivos da substância. Estudiosos apontam que depois do deslize surgem sentimentos de culpa que levam ao retorno do consumo, sendo esta uma reação focada na resposta emocional que o sujeito tem diante do deslize. Este na maior parte das vezes é visto como fracasso e não como manejo inadequado das situações (KNAPP *et al.*, 1994, MARLATT, 1980).

Em pesquisa realizada por Fernandez (2006), apontou como fatores de recaídas a pressão social e a influência negativa de amigos (40%), a existência de solidão e ausência da

família (24%), os conflitos com a parceira (16%), a dependência (10%) e a depressão (8%) (FERNANDEZ, 2006). Em outro estudo, surgem como respostas as más influências (32%), a existência de conflitos na família (16%), não saber enfrentar certas situações (12%), morte de familiares (4%) e a falta de vontade (36%) (ALVAREZ, 2007).

9. CONCLUSÃO

O uso e abuso de substâncias psicotrópicas é um tema de preocupação tanto para a saúde pública quanto mundial, pois seus impactos atingem indivíduos e sociedade como um todo, sendo ampla a variedade de problemas associados ao uso de drogas, pois a mesma é uma condição clínica multifatorial, com características biopsicossociais.

O estudo foi realizado com 180 indivíduos internados em clínicas para tratamento de dependência química, com idade entre 18 e 77 anos, solteiros (61,7%), morando com os pais (43,3%), com ocupação não profissionalizante (35,6%), renda familiar de 01 a 02 salários (28,3%) e fumantes (59,4%).

A idade de início de uso da substância foi de 11 a 20 anos (75,6%) no álcool (66,1%), maconha (46,2%), cocaína (28,9%) e crack (20,6%). Os motivos de uso destacados foram a curiosidade (66,7%), problemas emocionais (35,6%) e problemas familiares (35,0%).

Os problemas sociais consequentes do uso foram desemprego (36,1%), separação do cônjuge (32,2%) e perda da guarda dos filhos (26,1%). Os fatores relacionados a manutenção da sobriedade foram a família (70,6%), trabalho (43,3%) e religião (37,2%).

Dos pesquisados 52,2% recaíram, sendo a droga mais citada na última recaída o álcool (87,2%) e o crack (77,6%). Durante a recaída, 49,4% trabalhavam, moravam com os pais (30,6%), não tinha lazer (30,0%) e receberam apoio (58,3%) da família (50,6%).

Os fatores protetores de recaídas destacados foram família (48,9%), religião (35,6%) e trabalho (32,2%).

O profissional de enfermagem desempenha papel importante na promoção e prevenção. Acredita-se que as informações disponibilizadas nesta pesquisa, poderão subsidiar a atuação dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro já que o mesmo tem atuação em diferentes ciclos da vida, compromisso com a assistência e também contribuir para orientar o planejamento de estratégias, intervenções e políticas sobre essa temática.

Esta pesquisa teve como fatores limitantes ser um trabalho transversal, com período de coleta limitado. Sugere-se novos trabalhos a partir do tema, especial recaídas por haver lacunas na literatura.

10. REFERENCIAS

ABDALA, G.A; RODRIGUES, W.G; TORRES, A; RIOS, M.C; BRASIL, M.S. A Religiosidade / Espiritualidade como Influência Positiva na Abstinência, Redução e/ou Abandono do Uso de Drogas. **Revista de Estudos da Religião**, p. 77-98, Mar., 2010.

AGUILAR, L.R., & PILLON, S.C. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. **Revista Latino Americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.spe, p. 790-797, out. 2007.

ALVAREZ, A.M.A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.56, v. 3, p. 188-193, 2007

ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.

ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discurso políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.

AMATO, T.C. Resiliência e uso de drogas: Como a resiliência e seus aspectos se relacionam aos padrões no uso de drogas por adolescentes. **Dissertação de Mestrado – UNIFESP**, p. 69, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-IV – Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (USA): APA, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-V – Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (USA): APA, 2004.

AMORIM, T.R; LAZARINI, W.S; SIQUEIRA, M.M. Atenção à dependência química na Universidade Federal do Espírito Santo: possibilidades da extensão universitária. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 717-721, dez. 2007.

ANTÓN, D. **Drogas: conhecer e educar para prevenir**. São Paulo: Scipione, 2000.

ARAGÃO, A.T.M; MILAGRES, E; FIGLIE, N.B. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. **Psicologia -USF**, v.14, v. 1, p. 117-123, Jan./Abr., 2009.

ASSUMPÇÃO Junior, F.B; REALE, D. **Práticas Psicoterápicas na infância e na adolescência**. Barueri: Manole, p. 253-264, 2002.

BARBOSA, N.H. Proposta metodológica na atenção psicossocial: análise dimensional de caso. **Psicologia & Sociedade**, v.25, n.2, p.469-475, 2013.

BECK, L.M; DAVID, H.M.S.L. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 706-711, dez. 2007.

BELL, A.J; TALBOT-STERN, J.K; HENNESSY, A. Characteristics and outcomes of older patients presenting to the emergency department after a fall: a retrospective analysis. **The Medicine Journal of Australia**, v. 173, n.4, p. 179-182, Ago., 2000.

BEUTELSPACHER, A; CONYER, R; ROMERO, A; ALVAREZ, G; MORA, M; IZABA, B.S. Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. **Salud Pública México**, v. 36, p. 646-654, 1994.

BOYLE, A.R; DAVIS, H. Early screening and assessment of alcohol and substance abuse in the elderly: clinical implications. **Journal Addictions Nursing**, v. 17, n. 2, p. 95-103, 2006.

BRASIL. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. – Brasília: SENAD, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde - Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Política de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (2010). **Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde. Texto preliminar destinado à consulta pública**. Brasília: Ministério da Saúde. Acessado em 27 de novembro de 2014. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagemus.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** (2. ed. rev. ampl.). Brasília, DF, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**/ Secretaria Nacional de Políticas

sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP; organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010. 284 p.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.14, n. 1, p. 267-273, jan/fev. 2009.

BÜCHELE, F.; MARCATTI, M.; RABELO, D. Dependência Química e Prevenção à Recaída. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.13, n. 2. p.233-240, abr/jun. 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARDOSO, A.S; MIELKE, F.B; RIBOLDI, C.O; SOARES, N.V; OLSCHOWSKY, A; DALL'AGNOL, C.M. Coordenação de grupos na enfermagem: reflexões à luz de Pichon-Rivière. **REME: Revista Mineira Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 288-292, Abr./Jun., 2009.

CARLINI, E. A., GALDURÓZ, J. C., NOTO, A. R., CARLINI, C. M., OLIVEIRA, L. G., NAPPO, S. A., MOURA, Y. G., & SANCHEZ, Z. V. D. M. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2008.

CARLINI, E.A.; SILVA, A.A.B; NOTO, A.R; FONSECA, A.M; CARLINI, C.M; OLIVEIRA, L.G; NAPPO, S.A; MOURA, Y.G; SANCHEZ, Z.V.M. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2005.

CARLINI, E.A; GALDUROZ, J.C.F; SILVA, A.A.B; NOTO, A.R; FONSECA, A.M; CARLINI, C.M. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotropicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil**, 2005. CEBRID/SENAD; 2007.

CARVALHO, R.M.; BRUSAMARELLO, T.; GUIMARÃES, A.N.; PAES, M.R; MAFTUM, M.A. Causas de recaída e de busca por tratamento referida por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Colombia Medica.**; v. 42, Supl 1, p. 57-62, abr/jun. 2011.

DALGALORRONDO, P.A. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

DAR K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? **Adv Psychiatr Treat**, v. 12, p. 173-81, 2006.

DE BONI, R; KESSLER, F. Tratamento. In: SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Brasília: SENAD, p. 175-191, 2011.

DERMATIS, H.; SALKE, M.; GALANTER, M.; BUNT, G. The role of social cohesion among residents in a therapeutic community. **Journal Substance Abuse Treat**, New York, n. 21, v. 2, p.105-110, sept. 2001.

DUALIBI, L.B; RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, Sup.4, 2008.

DUFOUR, M; FULLER, R.K. Alcohol in the elderly. *Annu Revista de Medicina*, v.46, p.123-132, Fev.,1995.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). – **Annual Report 2008: covering activities 2007**. Viena: Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime; p. 58, 2008.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). – **World Drug Report 2009**. Viena: Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime; p.314, 2009.

FARIA, J.G; SCHNEIDER, D.R. O perfil dos usuários do CAPSAD-Blumenau e as Políticas Públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v.21, n. 3, p.324-333, 2009.

FERNÁNDEZ, S. **Factores de recaída en el alcoholismo. Una propuesta de tratamiento**. [trabajo de diploma para optar por el Título de Licenciado en Psicología]. Facultad Psicología, Universidad Habana; 2006.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ – FIOCRUZ. Acessado em 29 de novembro de 2014. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/search/site/alcool%20e%20drogas>.

GABATZ, R. I. B.; JOHAN, M.; TERRA, M. G. ; et all. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Revista Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 520-525, jul/set, 2013.

GALDUROZ, J.C.F, NOTO, A.R, FONSECA, A.M, CARLINI, E.A. **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: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo; 2005.

GOMES, B.M.R; ALVES, J.G.B; NASCIMENTO, L.C. Consumo de álcool entre estudantes de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 706-712, abr. 2010.

GOMIDE, P.I.C. **Pais presentes, pais ausentes**. Petrópolis: Editora Vozes; 2004.

GONZÁLEZ, F.M. Prevención familiar del consumo de drogas. **Transtornos Adictivos**, v. 3, n. 4, p. 262-279, 2001.

GORSKI, T.T; KELLEY, J.M; HAVENS, L. An overview of addiction relapse and relapse prevention. In: **Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender** (An executive briefing) (Technical Assistance Publication Series 8). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1993.

HALPERN, E.E; LEITE, L.M.C. Representações de adoecimento e cura de pacientes do Centro de Dependência Química do Hospital Central da Marinha. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 1079-1089, abr. 2012.

HERMETO, E.M.C; SAMPAIO, J.J.C; CARNEIRO, C. Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescente: importância do suporte familiar. **Revista Baiana Saúde Pública Miolo**, v.34, n.3, p.639-652, jul./set. 2010.

HUNT, W.A., BARNETT, L.W. & BRANCH, L.G. Relapse rates in addiction programs. **Journal of Clinical Psychology**, v. 27, n. 4, p. 455-456, out. 1971.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BR). **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: pesquisa especial de tabagismo** [online]. Brasília (DF):

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2008. Acesso em 29 de novembro de 2014.
Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/petab2008.pdf>

JESSOR R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. **Journal of Adolescent Health**, v. 12, p. 597-605, Nova York, 1991.

JESSOR, R; BOS, JV; VANDERRYN, J; COSTA, FM; TURBIN, MS. Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. **Developmental Psychology**, v. 31, n. 6, p. 923-933, 1995

JINEZ, M.L.J; SOUZA, J.R.M; PILLON, S.C. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 17, n. 2, mar.-abr., 2009.

JUNGERMAN, F; LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v.48, n. 5, p. 197-207, Mai.,1999.

KAPLAN & SADOCK. **Compêndio de Psiquiatria**. Ed. Artmed, 9 ed. 2007, p. 1584.

KNAPP, P; BERTOLOTE, J.M, et al. **Prevenção da recaída: um manual para pessoas com problemas pelo uso de álcool e das drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LARANJEIRA. R; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, Suppl 1, mai. 2004.

Lei nº. 10.409 de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2002.

LEITE, J.C.; GOMES, W.B. **Concepções de alcoolismo e a reabilitação do alcoolista**. Em W.B. Gomes (Org.), *Fenomenologia e pesquisa em psicologia* (pp. 45-66). Porto Alegre: Ed. Universidade/UFGRS, 1998.

LEITE, M. C. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

LOUREIRO, R. J. **Motivos de não adesão do profissional de segurança pública ao tratamento ambulatorial de dependência química**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. EEAN / UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

LOURENÇO, R. **Drogas e álcool prevenção e tratamento**. São Paulo: Komedi, 2009.

MACIEL, S C. A importância da família na prevenção às drogas. In D. R. Barros et al (Orgs), **Toxicomanias: Prevenção e Intervenção**. João Pessoa: Editora Universitária-UFPB , p. 31-43, 2008

MALUF, D. P.; MEYER, M. **O que preciso saber para fazer prevenção**. In: Maluf, D.P.; Takey, E.E.; Humberg, L. V.; Meyer, M. S. C.; Laranjo, T. H. M. **Drogas: prevenção e tratamento o que você queria saber e não tinha a quem perguntar**. São Paulo: Editora CLA; 2002.

MARLATT, A.; DONOVAN, D.; & COLS. **Prevenção de Recaída – Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. 2 ed. Porto Alegre. Artmed, 2009.

MARLATT, A.; DONOVAN, D.M. **Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. 2nd ed. The Guilford Press. New York – London, 2008.

MARLATT, A.G; GORDON, J.R. Determinants of relapse: Implications of the maintenance of behavior change. In: Davidson PO, Davidson, SM, editors. **Behavioral medicine: changing health lifestyle**. New York: Brunner/Mazel: 410-452, 1980.

MARTINS, C.M.; PILLON, S.C.A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre adolescentes em conflito com a lei. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 5, p. 1112-120, Mai., 2008

MARUITI, M.R; GALDEANO, L.E; FARAH, O.G.D. Ansiedade e Depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 21, n. 4, p.636-642, 2008.

MATHIAS, A.C.R.; CRUZ, M.S. Benefícios de técnicas cognitivo comportamentais em terapia de grupo para uso indevido do álcool e drogas. **Jornal Bras Psiq**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, 2007.

MCLNNES, E; POWELL, J. Drug and alcohol referrals; are elderly substance abuse diagnoses and referrals being made. **BMJ: british medical journal**, v. 308, p. 444–446, Fev., 1994.

MEDEIROS, E.H.G.R ; CHUNG, S.S. **Um pouco sobre as drogas e sua relação com a adolescência**, 1999. Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/dezem99/ar9904.htm>

MEDEIROS, K.T; MACIEL, S.C; SOUSA, P.F; SOUZA, F.M.T; DIAS, C.C.V. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em Estudo**, v.18 n.2, p.269-279, Abr./Jun. 2013.

MENNINGER, J. Assessment and treatment of alcoholism and substance related disorders in the elderly. **Bull Menninger Clinical**, v. 66, n.2, p.166-183, 2002.

MOMBELLII, M. A.; MARCONI, S. S.; COSTA, J. B. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 735-740, set/out, 2010.

MONTEIRO, J.K; XAVIER, R.T. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS Ad. **Psicologia Revista**. São Paulo, v. 22, n.1, p.61-82, 2013.

MUÑOZ RIVAS, M.J; RODRIGUEZ, J.A.C; GÓMEZ, J.L.G. Consumo de drogas en adolescentes de la Comunidad de Madrid. **Adicciones**, v.11, n. 4, p. 311-322, 1999.

NATIONAL HOUSEHOLD SURVEY ON DRUG ABUSE. **Summary of National Findings**. Rockville, MD: Office of Applied Studies; v.1, 2002.

NOTO, A.R; GALDUROZ, J.C.F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n. 1, p. 145-151, 1999.

NUNES, L. M.; JOLLUSKIN, G. O uso de drogas : breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, v.4, p. 230-237, 2007.

NUNES, L. M.; JOLLUSKIN, G. O uso de drogas : breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, v.4, p. 230-237, 2007.

O'CONNELL, H; CHIN, A.V; CUNNINGHAM, C; LAWLOR, B. Alcohol use disorders in elderly people redefining an age old problem in old age. **BMJ: british medical journal**, v. 327, p. 664-767, 2003.

OCCHINI, M., TEIXEIRA, M. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.11, n.2, p. 229-236, mai/ago. 2009.

OLIVEIRA, E. B.; BITTENCOURT, L. P.; CARMO, A.C. A importância da família na Prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n.2, p. 1-16, 2008.

OLIVEIRA, L.G; NAPPO, A.S. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.35, n. 6, p. 212-218, 2008.

OLIVEIRA, L.G; NAPPO, S.A. Caracterização da cultura de crack na cidade de Sao Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 664-671, jul., 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Correio da Unesco. **Educação preventiva contra as drogas**. Genebra: OMS; s/d.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Transtornos devido ao uso de substâncias**. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (pp. 58-61). Brasília: Gráfica Brasil, 2001.

PAIVA, F.S; RONZANI, T.M. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 177-183, jan./mar. 2009

PILLON, S.C; CARDOSO, L, PEREIRA, G.A.M, MELO, E. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas. **Escola Anna Nery** (impr.), v. 14, n. 4, p. 742-748, Out/Dez, 2010.

POLIT, D; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

PRATTA, E.M.M; SANTOS, M.A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Prática**, Brasília,. v.25, n.2, p 203-211, abr./Jun. 2009.

PROCHASKA, J.; DICLEMENTE, C. Toward a comprehensive model of change. Em W. Miller e N. Heather (Orgs.) *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum, v. 7, p. 3-27, 1986.

PULLEN, L.; MODRCIN-TALBOTT, M. A.; WEST, W. R.; MUENCHEN, R. Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse?. **Journal Psychiatry Mental Health Nursing**, Knoxville, v. 6, n.1, p.3-8, feb. 1999.

REBOLLEDO, E; MEDINA, N.M; PILLON, S.C. Factores de riesgo asociados al uso de drogas em estudiantes adolescentes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.12, 369-375, 2004.

RECIO, J. Familia e escuela: Agencias preventivas en colaboración. **Adicciones**, v.11, n.3, p. 201-207, 1999.

RESENDE, G.L.O.; AMARAL, V.L.A.R.; BANDEIRA, M.; GOMIDE, A.T.S.; ANDRADE, E.M.R. Análise de prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. **Rev Psiq Clín**, v. 32, n. 4, p. 211-217, julho, 2005.

RIBEIRO, M. E LARANJEIRA, R. **O Tratamento do usuário de crack**. Artmed. Porto Alegre, p. 664, 2012.

RIGLER, SK. Alcoholism in the elderly. **American Family Physician**, v. 61, v. 6, p. 1710-1716, Mar., 2000.

RIGOTTO, S.D; GOMES, W.B; Contextos de abstinência e recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n, 1, p. 95-106, jan/abr, 2002.

ROHERS, H; LENARD, M.H; MAFTUM, M.A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 353-357, Jun., 2008.

ROSA, A.S., CAVICCHIOLI, M.G.S., BRETÃS, A.C.P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.4, p.576-582, jul./ago. 2007.

SANCHEZ, Z.V.D.M.; NAPPO, S.A; OLIVEIRA, L.G. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 43-55, jan. 2004.

SANCHEZ, Z.V.D.M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.2, p. 3-8, apr. 2008.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-17, jul/set. 2005.

SCIVOLETTO, S; MORIHISA, R. Conceitos básicos em dependência de álcool e outras drogas na adolescência. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, v. 2, p. 30-33, 2001.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

SILVA, J.; BRANDS, B.; ADLAF, E.; GIESBRECHT, N.; SIMICH, L.; WRIGHT, M. G. M. Familiares e pessoas conhecidas de usuários de drogas ilícitas: recorte de opiniões sobre leis e políticas públicas de uma comunidade da Zona Oeste do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, (esp), p. 803-809, nov/dez. 2009.

SILVA, P.L. **As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento**. Dissertação de Mestrado em Psicologia - UFB, 2007.

SOARES, J. R. **Prevenção da Recaída: motivos do alcoolista**. Dissertação. Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, p. 100, 2009.

SOUZA, J; KANTORSKI, LP; MIELKE, FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad. **SMAD Revista Eletronica de Saúde Mental Álcool e Drogas** [online], v. 2, n. 1, p. 1-17, 2006.

TAMMI, T.; HURME, T. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. **Internacional Journal Drug Policy, Finland**, v.18, p.84-87, dec. 2007.

TOBO, N.I.V; ZAGO, M.M.F. El sufrimiento de la esposa en la convivência com el consumidor de bebidas alcohólicas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, p. Set./Out., 2005.

TOSCANO JR; A. Adolescência e drogas. In Seibel, SD; Toscano Jr; A. **Dependência de drogas** (pp. 283-302). São Paulo: Atheneu.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, 8 telas, abr/mai. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investing in mental health. Switzerland: Nove Impression**, 2003. Disponível em : <http://www.who.org>. Acesso em 30 de setembro de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol 2004**. Geneva: World Health Organization; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World no-Tobacco Day. Tobacco and poverty: a vicious circle**, 2004.

ZEITOUNE, R.C.G.; FERREIRA, V. S.; SILVEIRA, H. S.; DOMINGOS, A. M.; MAIA, A. C. O. Conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Escola Anna Nery** (impr.), v. 16, n. 1, p. 57- 63, jan/mar. 2012.

ZWEIG, J.M; PHILLIPS, B.S; LINDBERG, L.D. Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. **Journal of Adolescent Health**, v. 31, p. 343-353, 2002.

APÊNDICE 1

Tabela 22 - Relação de instituições de internação para dependência química de Uberaba cadastradas no Conselho Municipal Antidrogas de Uberaba – COMAD/Uberaba.

Nome da Clínica	Local	Número total de internos
CENTROHERD 1	Estrada do lajeadinho	45
CENTROHERD 2	MG conceição	30
Clínica Médica e Psicológica Acácia	Bairro de Lourdes	25
Comunidade Nova Jerusalém	BR 262	45
Comunidade Terapêutica de Estudos e Tratamento em Dependência Raios de Sol	BR 050	30
Comunidade Terapêutica Santa Rita de Cássia	Univerdecidade	45
Associação Centro de Formação e Renovação de Vida	Jardim Santa Clara	30
Retiro de Eros	Comunidade Santa Fé	30
Centro de Reabilitação do Dependente Químico – Novo Horizonte	Bairro Boa Vista	33
Comunidade Juntos Podemos	BR conceição	30
Comunidade Terapêutica Vida Nova	MG 427	24

Fonte: Conselho Municipal Antidrogas de Uberaba – COMAD/Uberaba.

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Curso de Graduação em Enfermagem
Departamento Didático-Científico de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária–
DEESC-ICS
Fones: 3318 5703 / 5483 / 5484– E-mail: deesc@enfermagem.ufm.edu.br

Uberaba, de de 2013

Para

Nome do diretor da instituição

Nome da instituição

Assunto: Pesquisa

Vimos por meio deste, solicitar a Vossa Senhoria autorização para realização de uma pesquisa em campo nessa instituição, intitulada: **Perfil dos dependentes químicos e fatores relacionados ao uso, reabilitação e recaídas segundo adictos em recuperação**, cujos objetivos são: caracterizar os adictos em recuperação segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; identificar os fatores que motivaram os adictos ao início do uso de drogas; verificar quais os fatores na percepção dos adictos em recuperação auxilia na reabilitação; identificar a espiritualidade, religião ou crenças pessoais dos dependentes químicos e sua relação à adesão ao tratamento e sobre sua autoestima; verificar quais os fatores auxiliam no pós-internação para a manutenção da sobriedade; verificar quais os fatores leva a recaída e verificar a relação da autoestima em recaídas. As alunas pesquisadoras serão Lauana Ap. Teodoro Jacinto e Viviana Colbacho Battarello, e estarão sob minha orientação Prof^ª. Dra. Leiner R Rodrigues.

Informamos que será mantido o anonimato da instituição dos clientes.

Informamos que o projeto está sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) na presente data.

Atenciosamente

Prof^ª. Dra. Leiner Resende Rodrigues

**Docente do Departamento Didático-Científico de Enfermagem em Educação e Saúde
Comunitária– DEESC-ICS – CGE/UFTM**

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: **Perfil dos dependentes químicos e fatores relacionados ao uso, reabilitação e recaídas segundo adictos em recuperação.**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

(16) 88091946 (34) 33185483

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE 4

Instrumento de coleta de dados:

1- Dados de identificação:

Número de identificação: _____

01. Qual a sua idade? _____ anos

02. Qual a sua situação conjugal?

- () solteiro(a)
 () vive em união consensual/ amigado(a)
 () vive em união legal/ casado(a) no cartório
 () separado(a)
 () viúvo(a)

03. Arranjo moradia:

- () mora sozinho () mora com os pais
 () mora com cônjuge () mora com amigos
 () mora com outros, quem? _____

04. Qual a sua religião?

- () umbanda () candomblé
 () catolicismo () espiritismo
 () evangélico () outra: _____
 () não tem religião

05. Se considera praticante de sua religião?

- () sim () não () não se aplica (não tem religião)

06. Quantos anos de estudo possui:

- () 0 anos () 9 a 12 anos
 () 1 a 4 anos () mais que 12 anos
 () 5 a 8 anos

07. Possui profissão?

- () sim () não

08. Se sim qual? _____

09. Qual a renda familiar?

- () não tem renda
 () até um salário () de 03 a 04 salários
 () de 01 a 02 salários () de 04 a 05 salários
 () de 02 a 03 salários () mais de 05 salários

10. Qual a renda pessoal?

- () não tem renda
 () até um salário () de 03 a 04 salários
 () de 01 a 02 salários () de 04 a 05 salários
 () de 02 a 03 salários () mais de 05 salários

2-Dados contextuais

11. É tabagista?

 sim não ex-tabagista

12. Se tabagista, há quanto tempo? _____

13. Quantos cigarros fuma por dia? _____

14. Se ex-tabagista, há quanto tempo? _____

15. Qual droga utilizada no início do uso?

 álcool ecstasy crack heroína cocaína LSD maconha outra: _____

16. Idade de início de uso: _____ anos

17. Qual o padrão do uso da droga de início (dose padrão):

 uma vez na semana mais de duas vezes por semana uma vez ao dia mais de uma vez ao dia. Quantas vezes aproximadamente? _____

18. Droga de preferência (droga utilizada antes da internação):

 álcool ecstasy crack heroína cocaína LSD maconha outra: _____

19. Quanto tempo de uso? _____ anos

20. Qual o padrão do uso da droga de preferência antes da internação (dose padrão):

 uma vez na semana mais de duas vezes por semana uma vez ao dia mais de uma vez ao dia. Quantas vezes aproximadamente? _____

21. Utilizou ou experimentou outras drogas?

 sim não

22. Se sim qual(s)?

 álcool heroína crack LSD cocaína tabaco maconha outra: _____ ecstasy**3-Identificar os fatores que motivaram os adictos ao início do uso de drogas;**

23. Motivos para o uso?

 problemas familiares problemas na escola

36. Na época da recaída:

a) Trabalhava?

sim não

b) Trabalho informal?

sim não

c) Trabalho contínuo?

sim não

d) Moradia:

morava sozinho morava com os pais

morava com amigos morava com o cônjuge

outros: _____

e) Como era seu lazer?

não tinha lazer

tinha atividades de lazer diárias

tinha atividades de lazer esporádicas

sua atividade de lazer te encaminhou a recaída

f) Se tinha atividades de lazer, quais eram?

<input type="checkbox"/> festas	<input type="checkbox"/> 1vez por semana <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> bares	<input type="checkbox"/> 1vez por semana <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> atividades físicas	<input type="checkbox"/> 1vez por semana <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> religião	<input type="checkbox"/> 1vez por semana <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> assistir TV	<input type="checkbox"/> 1vez por semana <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> computadores	<input type="checkbox"/> 1vez por semana <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> jogos	<input type="checkbox"/> 1vez por semana <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> outros: _____	
<input type="checkbox"/> 01 vez por semana <input type="checkbox"/> 02 vezes por semana <input type="checkbox"/> todos os dias	

g) Teve apoio?

sim não

h) Se sim de quem?

da família amigos

cônjuge serviço de saúde

grupos de apoio (AA)

i) Fatores de proteção de recaídas

família amigos

cônjuge religião

melhora na auto-estima serviço de saúde

mudança de pensamentos trabalho

filhos escola

assiduidade a grupos de apoio (AA, NA, outros)

outros: _____