

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VÂNIA CARVALHO DE OLIVEIRA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E FAMILIAR DE DEPENDENTES
QUÍMICOS EM TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA**

CURITIBA

2012

VÂNIA CARVALHO DE OLIVEIRA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E FAMILIAR DE DEPENDENTES
QUÍMICOS EM TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado – Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariluci Alves Maftum

CURITIBA

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Vânia Carvalho

Perfil sociodemográfico, clínico e familiar de dependentes químicos em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e outras Drogas da região Metropolitana de Curitiba / Vânia Carvalho de Oliveira – Curitiba, 2012.

76 f.: il; 30 cm.

Inclui referências bibliográficas

Orientadora: Professora Dra. Mariluci Alves Maftum

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2012.

1. Saúde Mental. 2. Perfil de saúde. 3. Dependência química. 4. Enfermagem.

I. Maftum, Mariluci Alves. II. Universidade Federal do Paraná. III Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

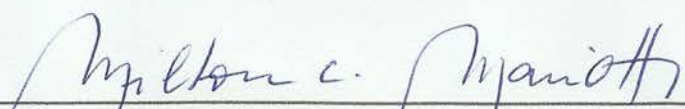
VÂNIA CARVALHO DE OLIVEIRA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E FAMILIAR DE DEPENDENTES
QUÍMICOS EM TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL- ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE CURITIBA**


Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: 

Professora Doutora Mariluci Alves Marfium
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Professor Doutor Milton Carlos Mariotti
Membro titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Professora Doutora Miriam Aparecida Nimtz
Membro titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Às **Pessoas** que sofrem com transtornos mentais, em especial a Dependência Química.

AGRADECIMENTOS

À minha **Mãe**, Maria de Lourdes, por sempre acreditar em minhas capacidades e apoiar os meus sonhos, sendo sempre minha maior fonte de incentivo.

Ao meu **Pai** Waldomiro e minha Irmã Letícia, por terem despertado em mim o gosto pela leitura.

Ao meu Noivo **Alexandre** pelo companheirismo e amor dedicado.

À Orientadora **Professora Doutora Mariluci Alves Maftum**, que há anos tem sido mais que uma professora, mas uma educadora e assim fez o possível para que o estudo chegasse até aqui.

Aos **Sujeitos** da pesquisa que reconheceram a importância deste estudo e confiaram a mim parte de sua história com grande generosidade.

Ao **Local da pesquisa** pela acolhida e disponibilidade.

A minha Amiga **Vivian** pelo apoio moral e amor recebido.

A **Professora Luciana Puchalski Kalinke** pela amizade, disponibilidade no auxílio e contribuições ao estudo.

À **Universidade Federal do Paraná** por possibilitar anos de aprendizado acadêmico e pessoal.

Ao **Programa de Pós-Graduação de Enfermagem** pela oportunidade de aprimoramento.

Ao **NEPECHE**, Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem, pelo conhecimento adquirido em seu espaço.

À **CAPES** pelo incentivo financeiro em forma de Bolsa.

À **AADOM**, Associação de Apoio a Portadores de Distúrbios Mentais, pelos cinco anos de convivência e carinho. Por ter me mostrado inúmeras faces da Saúde Mental e ter me ensinado muito além do acadêmico e profissional.

Aos **colegas do mestrado**, em especial, Mirela e Luciana, pela amizade e companheirismo.

A todos que embora não citados, participaram de alguma forma deste estudo.

"Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas."

(Nise da Silveira)

RESUMO

OLIVEIRA, V.C. **Perfil sociodemográfico, clínico e familiar de dependentes químicos em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas da região metropolitana de Curitiba.** 76 fls (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa e Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2012.

Pesquisa quantitativa descritiva e transversal, que teve a questão norteadora: qual o perfil sociodemográfico, clínico e familiar dos dependentes químicos em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS - AD)? Objetivo geral: Caracterizar os dependentes químicos em tratamento em um CAPS - AD quanto ao perfil sociodemográfico, clínico e familiar de uso de drogas. Participaram desta pesquisa 163 dependentes químicos em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas. A coleta de dados ocorreu de Janeiro a Junho de 2012, através instrumento semiestruturado para obter dados para as seguintes questões: idade, sexo, etnia, religião, local de nascimento, escolaridade, estado civil, número de filhos, profissão, ocupação, situação empregatícia, renda familiar, benefício do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), histórico de familiares acometidos pela dependência química, pessoa que ofereceu drogas pela primeira vez, substância psicoativa com a qual iniciou o uso, substância de preferência, dependência de múltiplas drogas, frequência do uso de drogas quando estava em uso, motivo pelo qual iniciou o uso de drogas, diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). As variáveis foram alimentadas em uma planilha de dados Excel 2007® e analisadas por meio do método quantitativo descritivo. Os resultados obtidos foram descritos por médias, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas) e ilustrados por meio de tabelas e apresentados por uma perspectiva quantitativa, contextualizada com demais pesquisas sobre esta temática. O perfil mostra características de uma população basicamente masculina, branca, católica, nascida em Curitiba, que tem como escolaridade o ensino fundamental incompleto, solteiros, sem filhos, de profissão pedreiro e sem ocupação com situação empregatícia desempregada, tem como renda familiar de um a três salários mínimos e não recebem o benefício do INSS. Dos que recebem o benefício, costuma ser o de auxílio doença e pela doença dependência química, tem familiares que também são dependentes químicos em muitos casos o irmão ou irmã. A droga de preferência do familiar é o álcool, droga que costuma ser a primeira a ser utilizada pelos participantes e também a droga de uso de sua preferência. Os participantes apresentam dependência a múltiplas substâncias psicoativas (SPA's), com associação de álcool e tabaco e quando estão em uso consomem SPA's todos os dias. O início do uso de SPA's foi por influência de amigos e a maioria dos diagnósticos relacionados a dependência química é o F10. Já apresentaram ideação suicida, mas não fizeram a tentativa de suicídio, os que tentaram o ato, o fizeram por uma vez, utilizando como meio a intoxicação medicamentosa. Não apresentam outros transtornos mentais, quando apresentam são psicoses surgidas após o início do uso de SPA's. O estudo atingiu o objetivo de caracterizar dependentes químicos e contribuirá para a prática de enfermeiros e outros profissionais que tiverem estes como clientela em tratamento, permitirá o planejamento de ações terapêuticas uma vez que conhecerão o perfil das pessoas a quem dedicarão cuidado.

Palavras-chave: Saúde Mental. Perfil de saúde. Dependência química. Enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, VC. The social-demographic, clinical and family profile of drug addicts undergoing treatment in a Psychosocial Care Center - Alcohol and Other Drugs in the metropolitan region of Curitiba. 76 pages (Dissertation). Master in Nursing. Program of Post-Graduation in Nursing. Federal University of Paraná, 2012.

This is a descriptive cross-sectional quantitative survey, which had the following guiding question: What is the social-demographic, clinical and family profile of drug addicts in treatment in the Psychosocial Care Center - Alcohol and other Drugs? The study had the general objective of setting the main features of drug addicts undergoing treatment in the Psychosocial Care Center, regarding social-demographic, clinical and family profile of drug abuse. The study gathered 163 addicts in treatment in a Psychosocial Care Center - Alcohol and other Drugs. The data collection occurred from January to June 2012, using a semi-structured instrument built to obtain data for the following questions: age, gender, ethnicity, religion, place of birth, education, marital status, number of children, job, occupation, employment status, family income, benefit the National Social Security Institute (INSS), previous history of family affected by substance abuse, who offered drugs for the first time, psychoactive substance with which started the use, substance of preference, dependence of multiple drugs, frequency of drug use, the reason why it started, diagnosis according to the International Classification of Diseases (ICD-10). The variables were fed in a Excel 2007® worksheet and analyzed using a descriptive quantitative methodology. The results obtained were described as average, minimum and maximum values, and standard deviations (quantitative variables) or as frequencies and percentages (qualitative variables) then it was illustrated through tables and presented by a quantitative, contextualized perspective with other studies on this subject. The profile of the addicts in treatment showed that they were essentially male, white, Catholic, born in Curitiba, middle school dropout, unmarried, childless, unemployed bricklayer, one to three minimum wages as family income, and not receiving any benefits of the social security. Those who receive the benefit do it usually because of the addiction; they have relatives who are also addicts, most commonly the brother or sister. The familiar drug of choice is alcohol; it is also the drug that is usually the first to be used by the participants and their drug of choice. The participants have multiple substance dependence with the association of alcohol and tobacco, both consumed daily. The initial use of psychoactive substances was due to the influence of friends, and most of the diagnoses related to substance abuse are classified as F10. They have had suicidal ideation but have not tried to suicide those who have, tried so once, using medicine intoxication. They do not show other mental disorders, when they do it was triggered after starting the use of psychoactive substances. The study achieved the goal of setting the main features of drug addicts and it contributes to the practice of nurses and other professionals, allowing the planning of therapeutic actions for the ones who have this profile of patients.

Keywords: Mental Health. Health Profile. Chemical Dependency. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	MAPA COM LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE COLOMBO NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA	30
----------	---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO VÁRIAVEIS DEMOGRÁFICAS.....	41
TABELA 2 –	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO VÁRIAVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPAÇÃO.....	45
TABELA 3 –	HISTÓRICO FAMILIAR DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	49
TABELA 4 –	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO VÁRIAVEIS DE HISTÓRICO DE USO.....	52
TABELA 5 –	CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS CLÍNICOS.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1.1 Objetivo geral.....	21
1.1.2 Objetivos específicos:.....	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O CAPS-AD.....	22
2.2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA	24
3 MÉTODO.....	29
3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS	29
3.2 LOCAL DA PESQUISA	30
3.3 FONTE DOS DADOS	33
3.3.1 Participantes da coleta de dados	33
3.4 COLETA DE DADOS	34
3.5 QUESTÕES DA PESQUISA	34
3.6 ANÁLISE DE DADOS	38
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	38
3.7.1 Grupos vulneráveis.....	38
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
6 REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A.....	72
APÊNDICE B.....	75
ANEXO 1.....	76

1 INTRODUÇÃO

O avanço de tecnologias industriais propiciou o aumento na extração de substâncias psicoativas da natureza e, como consequência, também aumentou a sua produção e demandas de consumo. Isso se tornou fator determinante para elevar o consumo das drogas por pessoas de todas as faixas etárias. Assim, a sociedade e a cultura não mais conseguiram regular o uso destas substâncias (CHALUB; TELLES, 2006).

Em todas as sociedades se verifica o crescimento contínuo, de forma significativa do uso e do abuso de substâncias psicoativas e, atualmente se tornou uma das maiores pandemias, um desafio à sociedade moderna que enfrenta graves consequências, uma delas a dependência química originada pelo uso e abuso de droga lícita ou ilícita (VARGENS *et al.*, 2009).

A síndrome de dependência química gera ao indivíduo inúmeros danos físicos, mentais e sociais que não se restringem a quem pratica o uso, mas afeta também a família e a sociedade em um todo (STEFANELLI, 2008). Isso porque, o seu uso está relacionado à criminalidade, associado com a violência doméstica, no trânsito e homicídios. Quanto a este último, Infere-se, que, em grande parte, tanto a vítima quanto o assassino fizeram uso de alguma substância, em sua maioria álcool ou cocaína (CHALUB; TELLES, 2006).

O Relatório Mundial sobre Drogas e Crime (UNODC) do Escritório das Nações Unidas, apontou que 1% da população brasileira fez uso de cocaína em 2010, destes 36% iniciaram o uso no último ano; 3% são usuários de maconha e, destes, 24% também iniciaram o uso no último ano (UNODC, 2010).

No ano de 2012, esse mesmo relatório, cita que os padrões globais do uso, produção e consequências sanitárias das drogas ilícitas permaneceram estáveis. Estima que cerca de 230 milhões, ou 5% da população adulta mundial que equivale a um em cada 20 pessoas de 15 a 64 anos de idade, utilizaram alguma droga ilícita pelo menos uma vez. Além disso, aponta que os usuários problemáticos de drogas, principalmente as pessoas dependentes de heroína e cocaína, totalizam cerca de 27 milhões, cerca de 0,6% da população adulta mundial, ou seja, um em cada 200 pessoas (UNODC, 2012).

Em 2005, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas (CEBRID), realizou o II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, com a finalidade de aferir a prevalência do uso de álcool, tabaco e outras drogas, medicamentos psicotrópicos e esteróides/anabolizantes no território Brasileiro. Este levantamento teve também como objetivo revelar o número de pessoas dependentes de álcool, tabaco e outras drogas (CEBRID, 2006).

Como resultado demonstrou que 86,3% da amostra já utilizou algum tipo de droga na vida, e 22,8% utiliza drogas ilícitas. Entre as pessoas que já utilizaram drogas em algum momento na vida, 23,5% desenvolveram a dependência para algum tipo de substância. Destarte, os números indicaram que houve aumento de usuários e de dependentes de drogas na população brasileira em relação ao mesmo estudo realizado em 2001 (CEBRID, 2006).

De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas (OBID), fundamentado no II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 12,3% da população apresenta dependência do álcool, 10,1% do tabaco, 1,2% da maconha, 0,5% de benzodiazepínicos, 0,2% de solventes e 0,2% de estimulantes (OBID, 2005).

Na região sul do Brasil, por meio do VI Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, soube-se que sua população de adultos em geral possui: 9% de pessoas com dependência do álcool, 10,7% com dependência do tabaco, 1,1% com dependência de drogas estimulantes e 0,2% com dependência de Benzodiazepínicos (BRASIL, 2010a). Estes dados revelam que a dependência de drogas atinge um alto percentual da população e consiste em grande risco para a saúde destes indivíduos adultos e assim, é um problema que deve ser discutido na saúde pública e necessita de estudos sobre a temática.

Fez-se busca sobre o uso e abuso de substâncias psicoativas referentes à região metropolitana de Curitiba no período de 2005 até o mês de abril de 2012 e não foram encontradas publicações de artigos científicos em base de dados como a *Medline*, ou DATASUS, pelo site do Ministério da Saúde, Portal da Saúde/ Saúde Mental, publicações do Ministério da Saúde, Revista de Psiquiatria *on line*, Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil de epidemiologia e serviços de saúde, sites de secretaria municipal de saúde, secretária antidrogas de Curitiba e de Colombo.

Em contato telefônico com as secretarias anti-drogas de ambos municípios, estas negaram a existência de dados epidemiológicos atualizados sobre dependentes químicos. Destaca-se, a premência na obtenção de dados dessa região sobre a temática em estudo, visto que os existentes se referem à Região Sul como um todo.

Diversos prejuízos são decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, entre eles os transtornos mentais. Em um estudo retrospectivo que caracterizou o perfil de 422 pacientes com diagnóstico de psicose internados em um hospital do Rio de Janeiro entre os anos de 2001 e 2004, foi apontado que 42% dos participantes já haviam realizado o uso abusivo de substâncias psicoativas. Apontou o uso de canabinóides como fator de risco para transtornos como a esquizofrenia (CARREIRO; BORREGO, 2007).

Um estudo multidisciplinar europeu, que buscava avaliar as consequências mentais do uso prolongado de substâncias psicoativas, realizado com 1037 pessoas com diagnóstico de transtornos psicóticos, indicou que 42% já haviam feito uso abusivo de substâncias psicoativas, e que em 7,2% houve confirmação de psicose decorrente da dependência química (ARSENEAULT *et al.*, 2002).

Essas afirmações indicam uma situação mundial do abuso de substâncias psicoativas que está diretamente relacionado com a presença de psicoses. Uma avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo realizada em 2010, afirmou que no Brasil, o álcool e outras drogas são responsáveis por 12% de outros transtornos mentais e que estes têm consequências incapacitantes em 12% da população geral brasileira (LIMA *et al.*, 2010). A urgência patológica da ingestão de drogas definida como fissura pode ser um gerador das situações de atividades ilícitas desenvolvidas por dependentes químicos que realizam ações que os expõem a riscos físicos e mentais (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Entre os serviços disponíveis para atuar no tratamento da dependência química, tem-se por meio da Política de Atenção a Saúde Mental brasileira os Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS AD). O primeiro a ser criado no Brasil foi o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS Itapeva, inaugurado em março de 1986 em São Paulo. No entanto este dispositivo foi regulamentado e classificado somente em 2002, pela Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002; BRASIL 2004a).

O CAPS é um serviço de saúde mental, comunitário, regionalizado que oferece atendimento por uma equipe composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais. Funciona por meio de atendimento terapêutico individual e em grupo, possui atividades lúdicas e de ressocialização, vinculado a um projeto terapêutico individualizado decidido em conjunto com equipe e paciente objetivando tratamento e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2002).

Este Dispositivo é apresentado pelo Ministério da Saúde como um dos principais no Programa de Saúde Mental. O CAPS inova a assistência na perspectiva da promoção a saúde e rompe com antigos modelos de cuidado. Como organizador do sistema de saúde mental tem o papel social de progredir em relação ao modelo manicomial e proporcionar promoção à saúde articulando com a comunidade e atendendo as necessidades culturais do indivíduo que o busca (TAVARES *et al.*, 2010; BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde indica que há a necessidade de mais CAPS e por meio da Portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013, investirá recursos para a Rede de Atenção Psicossocial no período de 2013 a 2015. O incentivo financeiro tem a finalidade de construir mais Unidades CAPS em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O financiamento se destina à construção de Centro de Atenção Psicossocial I (Caps I); Caps II; Caps i; Caps AD; Caps ADIII; Caps III; Unidade de Acolhimento Adulto; e Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil.

Este serviço deve desenvolver as habilidades sociais do indivíduo para atuar em diversos recursos e seguimentos da sociedade. O Ministério da Saúde preconiza que os CAPS sejam articuladores de uma série de serviços que compõem a reabilitação como hospital integral, estratégia de saúde da família e ambulatórios entre outros. Como serviços públicos de saúde mental, os CAPS devem garantir acesso, integralidade e resolutividade na assistência prestada e ser capaz de oferecer diferentes níveis de atenção em uma unidade (CAMPOS *et al.*, 2009; BRASIL, 2002).

Estudo evidencia a permanência do paciente com a mesma equipe nos momentos de crise como um importante diferencial em relação ao modelo hospitalar.

Isso demonstra que o CAPS também é indicado como eficaz para atendimentos em momentos em que a doença se torna aguda (CAMPOS *et al.*, 2009).

Pesquisas com delineamento que permite conhecer o perfil e as características de dependentes químicos em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) contribuem na geração de conhecimento científico e de dados que poderão subsidiar a organização do cuidado prestado pela equipe condizente as necessidades de saúde dessa clientela. Poderão fornecer ao gestor público, neste caso municipal, dados a serem utilizados para o estabelecimento e organização da rede de atenção em saúde mental de acordo com as características e especificidades de tratamento aos usuários de substâncias psicoativas.

Ressalta-se que a dependência química é considerada doença pandêmica de crescentes proporções e repercussões danosas na sociedade moderna em âmbito individual e coletivo na saúde, na economia haja vista que ela incapacita o indivíduo como ser produtivo, social, pois interfere na qualidade das relações interpessoais e continuidade dos estudos (FORMIGA *et al.*, 2009).

Do mesmo modo, enfatiza-se que CAPS AD apresenta-se como um recurso recente para o tratamento especializado e de eficácia ofertado pelo SUS. Assim, considera-se relevante que sejam realizadas pesquisas sobre essa temática.

Espera-se que os resultados provenientes deste estudo contribuam em diversas áreas da saúde e, em especial, para a Enfermagem uma vez que o Enfermeiro pode atuar em gerências de CAPS-AD e no cuidado direto ao usuário e família, haja vista que este profissional compõe a equipe mínima obrigatória de acordo com Portaria/GM nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002 que trata sobre todas as modalidades de CAPS. Sendo assim tais resultados poderão ser utilizados para o planejamento do cuidado de Enfermagem a dependentes químicos, por fornecer dados sobre os diversos aspectos dessa clientela.

Este estudo tem como questão norteadora: *qual o perfil social, clínico e familiar de dependentes químicos em tratamento no CAPS AD?*

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Caracterizar os dependentes químicos em tratamento em um CAPS AD quanto ao perfil sociodemográfico, clínico e familiar de uso de drogas.

1.1.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar os dependentes químicos em tratamento no CAPS-AD quanto à idade, sexo, etnia, religião, local de nascimento, escolaridade, estado civil e número de filhos.
- Caracterizar os dependentes químicos quanto a profissão, ocupação, situação empregatícia, renda familiar e recebimento do INSS.
- Caracterizar o histórico familiar do dependente químico quanto ao uso de drogas, existência de familiares dependentes químicos, qual familiar e SPA de preferência.
- Caracterizar histórico pessoal de uso de substâncias psicoativas quanto a pessoa que ofertou a substância pela primeira vez, tipo de substância utilizada no primeiro uso, substância de preferência.
- Caracterizar histórico clínico referente a dependência de múltiplas substâncias psicoativas, o tipo de drogas, frequência de uso, motivo do início do uso de substâncias psicoativas, diagnóstico médico referente a dependência química, ideação suicida, ocorrências de tentativa de suicídio, quantidades de tentativas e meios de tentativa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O CAPS-AD

Nos anos de 1970 os trabalhadores de saúde mental iniciaram movimentos de denúncia das péssimas condições nas quais viviam os pacientes internos nos manicômios e a falta de terapêutica nos tratamentos. Deu-se início uma evolução quanto ao antigo modelo psiquiátrico, chamado de hospitalocêntrico, no qual o movimento destes trabalhadores e suas denúncias influenciaram no surgimento da Reforma Psiquiátrica (NICACIO, 2011).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) deu origem a uma nova organização do tratamento de saúde mental e, assim, iniciaram-se os primeiros passos da psiquiatria comunitária que prevê a reinserção das pessoas com transtornos mentais e dependência química na sociedade (NICACIO, 2011).

A síndrome da dependência química é caracterizada na CID-10 como um transtorno mental que necessita de tratamento. Em momentos que precederam a reforma psiquiátrica no Brasil, a pessoa que apresentasse tal síndrome, era em sua maioria institucionalizada em conjunto com pessoas com os mais diversos tipos transtornos mentais, sem que houvesse um tratamento específico ou perspectivas terapêuticas (AMARANTE, 2007; CAMPOS *et al.*, 2009).

Com a Constituição Federal de 1988 e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), associada às modificações no tratamento de saúde mental e de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, cessa a abertura de novos hospitais psiquiátricos, capacitam-se pacientes asilados para que retornem para suas famílias (Programa de Volta para Casa) e os tratamentos passaram ser realizados de forma a não excluir o indivíduo da sociedade, mas integrá-lo e capacitá-lo para superar os desafios que a doença lhe oferece (CAMILO, 2010).

Nesta perspectiva, o tratamento em saúde mental passou a contar não mais apenas com os hospitais psiquiátricos nas modalidades integrais, mas também com vagas em hospital geral, com as estratégias extra-hospitalares: Hospital Dia,

serviços de emergências, Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2004b).

Atualmente no Brasil existem 1.650 CAPS. No Paraná de acordo com a avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil existem 16 CAPS-AD. O município de Colombo conta com 01 CAPS-AD (UNODC, 2010; BRASIL, 2001).

No caso da região metropolitana de Curitiba, quando existe a necessidade de internamento, por meio do CAPS os usuários deste serviço são encaminhados após avaliação de um profissional de ensino superior capacitado para tal (enfermeiro, psiquiatra, médico, psicólogo ou assistente social) até o Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM). Eles são avaliados por psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais que com base no histórico e guia do encaminhamento indicam ou não a internação no hospital público de referência da região que é o Hospital Colônia Aduino Botelho (PARANÁ, 2010).

Os CAPS, regulamentados pela Portaria nº 336/2002, são classificados, por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, em CAPS I, II, III, i - infantil e AD são serviços de saúde mental de base comunitária que compõe a rede de atenção à saúde mental. Quanto ao CAPS AD este é responsável pelo tratamento de dependentes de álcool e outras drogas sustentado no modelo de atenção psicossocial (BRASIL, 2004b).

O modelo de atenção psicossocial no qual a Reforma Psiquiátrica é sustentada visa à recuperação do indivíduo na sociedade utilizando a internação em hospital psiquiátrico como último recurso terapêutico (BRASIL, 2002). Neste modelo, a comunicação e relacionamento terapêutico são as premissas do tratamento a fim de proporcionar um ambiente no qual o paciente possa expressar-se e, assim, ter papel fundamental na direção de sua terapêutica (ROCHA, 2005).

A Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, dispõe sobre o CAPS AD e determina que este dispositivo tenha como objetivo oferecer tratamento completo para o dependente químico maior de idade, que de livre e espontânea vontade expresse verbalmente o desejo de se tratar e assine o termo de adesão ao tratamento (BRASIL, 2004b).

A equipe mínima deve ser composta de um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, quatro profissionais de nível superior. Entre os profissionais de nível superior estão: Psicólogo, Assistente

social, Enfermeiro, Terapeuta ocupacional, Pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, seis profissionais de nível médio distribuídos entre Técnico e/ou Auxiliar de enfermagem, Técnico administrativo, Técnico educacional e Artesão. Pode, haver a contratação de mais de um profissional de cada categoria e não necessariamente, a contratação de todas as categorias de profissionais (BRASIL, 2002).

A assistência prestada no CAPS AD deve compreender:

Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias e atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2002 p. 2).

2.2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O uso de algumas substâncias psicoativas (SPA's) de forma moderada é aceito em nossa sociedade como no caso da cafeína, tabaco e álcool. Este uso pode ocorrer de forma ocasional como em momentos comemorativos ou de socializações, podendo ser eventual, sem uma periodicidade e pode não se repetir. Pode haver também o uso frequente, no qual há a repetição periódica do consumo até chegar à dependência química. Nem todos os que usam alguma substância irão se tornar dependentes químicos, entre cada dez pessoas que faz uso abusivo, estima-se que um irá desenvolver a dependência (STUART; LARAIA, 2001; STUART; LARAIA, 2002).

Existem alguns fatores que podem predispor o indivíduo para o uso de drogas e dependência química. Ainda não existem estudos conclusivos sobre a temática, não se pode alegar que a dependência química se deu em determinado indivíduo por um fator pré-disponente ou outro, mas um conjunto complexo de fatores pode levar o indivíduo a ser mais vulnerável à dependência (STUART; LARAIA, 2002; STEFANELLI, 2008).

Dentre os fatores predisponentes, o biológico é citado, principalmente pela genética, em que os autores consideram mais característico no caso da dependência do álcool, pois, filhos biológicos masculinos de pai alcoólatra têm quatro vezes mais chance de desenvolver a dependência do álcool (SOUZA; KANTORSKI, 2009). Ainda como fator biológico, os fatores bioquímicos já foram testados em laboratório, ao verificar que o cérebro ao permanecer em contato com a droga álcool mesmo em pequenas quantidades, apresenta modificações químicas que levam à dependência da substância (HEINEMANN, 1986).

Dentre os fatores psicológicos apresentam-se as influências do desenvolvimento relacionadas a distúrbios do ego e do eu, que desencadeia uma postura muito dependente com dificuldades em controlar impulsos com baixa autoestima e baixa tolerância a frustração. Este desenvolvimento da personalidade pode ter sido fixado na fase oral, desenvolvendo-se com um padrão de gratificação e funcionando o ego com um apoio nas drogas, a pessoa tem a tendência de repetir a experiência satisfatória identificando o uso de drogas como solução para seus problemas (KAPLAN; SADOCK, 2007).

Os fatores da personalidade como “impulsividade, conceito do eu negativo, ego fraco, baixa conformidade social, neuroticismo e introversão, personalidade antissocial e estilos depressivos de respostas” interferem tanto no desenvolvimento como na manutenção da dependência de drogas (STUART; LARAIA, 2002 p. 282).

A personalidade antissocial é um traço comum a ser observado no dependente químico, pela incapacidade que o indivíduo apresenta em prever as consequências de seu comportamento. Os fatores socioculturais vão desde o aprendizado cultural no qual se modela o indivíduo ao demonstrar o uso de substâncias como social e comum, a alta frequência de observar as pessoas ao seu redor fazendo uso de substâncias e, isso encoraja a criança ou adolescente ao uso (KAPLAN; SADOCK, 2007).

O comportamento de uso da substância pode ter sido por condicionamento, situação na qual há o aprendizado de uso de substâncias. Há a gratificação que pode ser social, como fazer parte de um grupo ou de um ritual de uso como comemorações. Esta situação dependerá de reforço positivo ou negativo na exposição do indivíduo à droga que o fará repetir o uso ou não. Existem ainda as influências culturais e étnicas, pois moldam atitudes e influenciam o padrão de uso com base na aceitação cultural (STUART; LARAIA, 2002).

É um equívoco imaginar que apenas as substâncias de uso proibido pela lei denominadas drogas ilícitas, tais como cocaína e maconha podem causar a dependência química. As drogas lícitas como o álcool, medicações prescritas, o tabaco e a cafeína também são causadoras da síndrome e podem resultar sérios danos ao indivíduo que abusa das mesmas (STUART; LARAIA, 2001).

As substâncias psicoativas interagem especialmente com a Dopamina, substrato neural. A alteração causada no sistema dopaminérgico promove um aumento não saudável dos níveis de dopamina e a diminuição da recaptação desta. Existem classes de drogas que se associam à dependência química como depressores do Sistema Nervoso Central (SNC), estimulantes do SNC, opióides, alucinógenos, canabinoides, dentre estes as drogas mais comuns são: cafeína, maconha, cocaína, crack, alucinógenos, drogas por inalação, nicotina, opióides, Fenciclidina (PCP), sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (STUART; LARAIA, 2002).

A síndrome da dependência química é descrita na CID-10 como: “Um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de uma substância quando associado com três ou mais critérios de diagnóstico” que são: forte desejo de tomar a droga; dificuldade de controlar o consumo; utilização persistente apesar das consequências nefastas; prioridade dada a droga em detrimento de outras atividades de prazer ou obrigações; ao aumento da tolerância pela droga; estado de abstinência física (CID-10, 2008 p. 74).

De acordo com a classificação internacional Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) para o diagnóstico da dependência química, deve haver ao menos três características no indivíduo dentro as citadas a seguir (DSM-IV, 2002):

1- Evidência de tolerância (necessidade de um aumento na quantidade da droga para que se obtenha a intoxicação ou os efeitos desejados; diminuição acentuada no efeito ao uso continuado da mesma quantidade de droga).

2- Evidências de sintomas de abstinência, manifestados por: síndrome de abstinência característica da droga; a mesma droga ou similar é tomada para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência.

3- A droga é frequentemente tomada em quantidade maior ou por um período de tempo mais longo do que se pretendia inicialmente.

4- Há um desejo persistente ou esforços ineficazes no sentido de reduzir ou controlar o uso da droga.

5 - Muito tempo é gasto em atividades para a obtenção e consumo da droga.

6 - Importantes atividades ocupacionais, sociais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas devido ao uso da droga.

7 - O uso da droga é continuado apesar do indivíduo estar ciente de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que pode ser causado ou exacerbado pelo uso da droga.

Quando a pessoa atende a três desses critérios e podem-se identificar prejuízos físicos, psíquicos e sociais relacionados ao uso de SPA's ela é considerada dependente químico (DSM-IV, 2002).

Existem pessoas que fazem uso de mais de uma droga simultaneamente ou em sequência, pois acreditam que uma substância pode atenuar o efeito da outra. No entanto, o que ocorre é que geralmente apresentam efeitos da intoxicação (STUART; LARAIA, 2002).

Existe a possibilidade de uma pessoa dependente química ter outros transtornos psiquiátricos pelo uso de substâncias ou os dois ao mesmo tempo. O uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais possuem ligações, visto que um pode decorrer da existência do outro. Neste caso ocorre o diagnóstico duplo. É difícil identificar qual situação causou a outra, visto que há a possibilidade de transtornos como o bipolar causar a dependência química, assim como o abuso das substâncias pode gerar transtornos mentais (STUART; LARAIA, 2002; KAPLAN, 2007).

Toda a substância psicoativa pode causar abstinência, apresentando sintomas sendo que os mais comuns são: delírios, alucinações, exacerbação dos sinais vitais, paranóia, desorientação, vômitos e diarréias. A abstinência ocorre quando é interrompido o uso da substância da qual se abusa, a abstinência pode aparecer de maneiras clínicas ou psicológicas. A gravidade da crise de abstinência pode ser avaliada de acordo com três critérios (STUART; LARAIA, 2002):

“Quanto maior o tempo entre o último uso e o aparecimento do sintoma de abstinência e quanto maior a duração destes sintomas, menos intensos eles são; Quanto maior a meia vida da droga, maior será a duração dos sintomas; Quanto maior a meia vida da droga menos intensos serão os sintomas de abstinência” (STUART; LARAIA, 2002 p. 244).

Outra consequência do uso de substâncias psicoativas é a tolerância, que é um estado diminuído da resposta a alguma droga. Esta pode ser adquirida que resulta das alterações do organismo decorrentes do uso repetido de substâncias, e assim o indivíduo passa a aumentar as doses da droga para atingir o efeito que anteriormente possuía com menor quantidade da droga, e passa a atingir níveis de consumo que colocam sua vida em risco. Dependendo da composição da droga ou do uso de mais de uma droga, o indivíduo pode apresentar resistência a dois tipos de drogas (DeLUCIA; OLIVEIRA FILHO, 2007).

3 MÉTODO

3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

Pesquisa quantitativa, descritiva e transversal. A pesquisa quantitativa tem paradigma positivista, pois, parte de uma pergunta e busca uma resposta final, que emerge da observação da realidade e busca mensurável de causas, ela visa à mensuração de variáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Essa abordagem de pesquisa verifica e explica a influência de variáveis sobre outras mediante a análise de frequência estabelecidas anteriormente e mediante a análise de frequências estatísticas (CHIZZOTTI, 2005).

Os estudos descritivos permitem expor determinadas características de uma população ou de determinado fenômeno e, por vezes, nesses estudos é possível estabelecer correlações entre as variáveis. Nos desenhos descritivos traçam-se o perfil de certas variáveis através de métodos quantitativos, porém não tem o compromisso de explicar o fenômeno que descreve (TOBAR; YALOUR, 2001).

No estudo quantitativo transversal, no momento da coleta de dados há o contato entre o pesquisador e o participante, a exposição e o desfecho já aconteceram e são aferidos em um mesmo momento, no mesmo ponto no tempo. O termo transversal relaciona-se com a temporalidade, o momento em que foi realizada a coleta de dados que deve ocorrer no menor tempo possível decorrido entre a entrevista do primeiro e o último participante. A lógica da análise dos dados ignora este intervalo de tempo e considera que todas as observações foram feitas no mesmo instante (MEDRONHO, 2006).

O uso da metodologia quantitativa contempla a necessidade deste estudo por se ocupar da maneira que uma ou mais características individual ou coletiva se distribuem em uma determinada população, estas características são também denominadas variáveis. Um estudo transversal pode ser considerado a melhor estratégia de conhecer características desejadas em uma população (MEDRONHO, 2006).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) situado no Município de Colombo, pertencente à Região Metropolitana de Curitiba, Paraná (Fig. 1), que atende dependentes químicos, do sexo masculino e feminino, maiores de 18 anos.

Colombo possui uma população estimada em 2010 de 213.027 habitantes; uma área de 159,14 km² e, se caracteriza como a maior colônia italiana do Estado do Paraná. Atualmente, este município é composto por 42 bairros, que podem ser classificados como rurais ou urbanos e mais de 200 loteamentos, sendo que 70% do seu território é área de Proteção Ambiental (PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2011).

A rede de atenção à saúde de Colombo está organizada com 22 Centros de saúde/ Unidade Básica, um Hospital Geral, um Hospital de especialidade Maternidade, dois Prontos Socorro, um CAPS II e um CAPS AD.

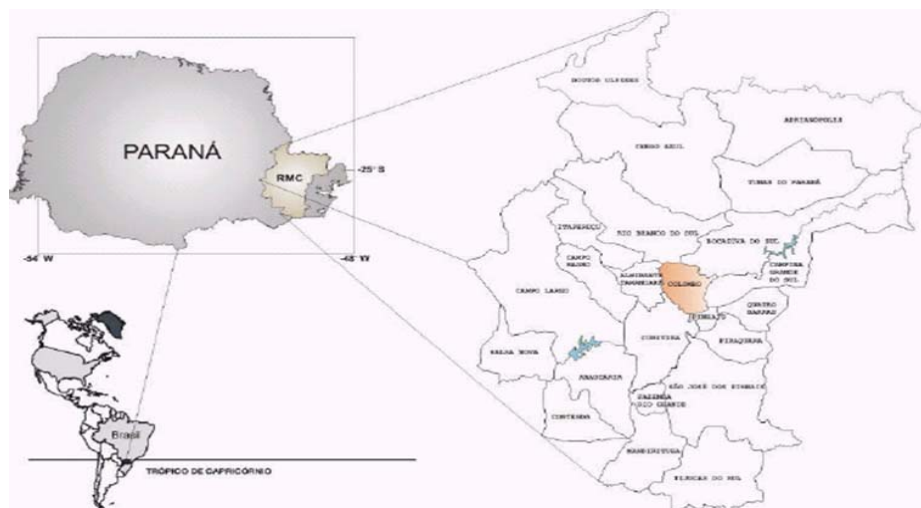


FIGURA 1 – MAPA COM LOCALIZAÇÃO DE COLOMBO NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA.
 FONTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO

De acordo com as informações obtidas no local pela coordenadora do serviço, o CAPS AD de Colombo foi criado no ano de 2006, portanto, presta serviços a população do município há seis anos. O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira das 08h00min as 17h00min horas. Conta atualmente com uma equipe

multidisciplinar composta por um Médico psiquiatra, um Médico clínico geral, uma Enfermeira assistencial, uma Enfermeira coordenadora da unidade, uma Terapeuta ocupacional, três Psicólogos, uma Assistente social, um Técnico de Enfermagem, um Oficineiro, um Técnico administrativo, uma Recepcionista e uma Auxiliar de serviços gerais.

A equipe mínima de um CAPS inclui o oficineiro, um profissional que deve desempenhar um papel de educador e organizador das atividades desenvolvidas na oficina, além de preparar os materiais utilizados. Este é um auxiliar no serviço de saúde e deve possuir como requisito básico o segundo grau completo e conhecimentos em artes (BRASIL, 2004b; MARASCHIN; CHASSOT; GORCZEWSKI, 2006).

O tratamento ofertado pelo CAPS AD, local desta pesquisa, é organizado nas modalidades: Intensivo, Semi-intensivo, Não intensivo e Avaliação sendo que todas essas modalidades acontecem por meio de atividades, consultas e grupos terapêuticos. A modalidade Intensiva é de segunda a sexta-feira, com 4 horas por dia nos turnos da manhã ou tarde. O paciente é livre para escolher em qual turno deseja participar. A modalidade semi-intensiva ocorre três vezes na semana, geralmente na segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira, mas pode haver variações no dia da semana dependendo das necessidades do paciente. Na modalidade não-intensiva o paciente deve comparecer uma vez por semana de manhã ou a tarde em dia da semana e horário pré estabelecido com o profissional que fez seu acolhimento. A modalidade Avaliação compreende somente um ciclo de avaliações em que o usuário é avaliado por cada um dos profissionais de ensino superior. Ao final de um ciclo de avaliações, os profissionais se reúnem e decidem uma proposta terapêutica para o paciente, que pode ser a inserção em grupo terapêutico, encaminhar para outro serviço, repetir o ciclo de avaliações ou alta.

Embora cada modalidade de tratamento estabeleça dias de presença dos pacientes e atividades preestabelecidas, os pacientes de qualquer uma das modalidades propostas pelo CAPS podem participar caso desejarem em outros dias que não os seus, desde que sejam dias a mais de sua proposta terapêutica e não substitutivas daquelas estabelecidas no seu plano terapêutico.

Todas as modalidades incluem encontros de quatro horas, uma avaliação com profissionais de nível superior quando inicia o tratamento e uma consulta

mensal com o médico psiquiatra. As avaliações podem ser realizadas também quando o paciente as solicitam.

O CAPS AD se destina a qualquer pessoa que queira atendimento de saúde mental referente ao uso, ou dependência de substâncias. Esta pessoa deve comparecer ao CAPS AD e passar por avaliação de um profissional de nível superior, que após avaliação criteriosa das necessidades de saúde poderá encaminhar este paciente para uma das modalidades de tratamento ofertadas pelo próprio CAPS AD, encaminhar para um serviço ambulatorial, encaminhar para outro CAPS como CAPS II, CAPS I, CAPS III, verificar a possibilidade de internamento em hospital geral ou psiquiátrico, ou não haver a necessidade de mais tratamentos ou avaliações e neste caso este recebe alta.

A avaliação tem a finalidade de identificar se a pessoa possui dependência química e situações que caracterizem a necessidade e possibilidade de frequentar o CAPS AD do município. Como critérios de possibilidade de tratar-se no CAPS AD Colombo, o paciente deve residir no município, caso o paciente não seja residente deste Município, deverá procurar o serviço de referência de sua região. O paciente deve aceitar o tratamento mediante assinatura de adesão após ser orientado sobre o mesmo e funcionamento do CAPS AD. O paciente deve ter condições físicas e mentais de manter-se em grupo, reuniões e consultas que forem agendadas. Os grupos têm flexibilidade para atender seus participantes com necessidades especiais, no entanto ao apresentar grandes comprometimentos estas pessoas podem ser mais bem atendidas em outros serviços para os quais são encaminhadas. Também é avaliada a necessidade da pessoa tratar-se no CAPS AD, pois esta necessidade será apresentada apenas em casos de dependência química.

Quando estes critérios são preenchidos o profissional faz o convite ao dependente químico a se inserir em uma das modalidades de tratamento mencionadas anteriormente e que seja condizente com sua necessidade de atendimento, seu desejo e a que considera adequada ao momento em que se encontra esta pessoa.

Antes que a pessoa inicie o tratamento em uma modalidade de grupo terapêutico, após ter sido avaliado por um profissional com nível superior, esta deverá comparecer a uma reunião denominada “grupo de acolhimento” para ser esclarecido sobre o funcionamento do CAPS AD que inclui os combinados de

conduta que deverá ter durante o tratamento. Após participar do grupo de acolhimento automaticamente a pessoa será inserida em grupo terapêutico.

Caso seja identificada a necessidade de encaminhamento a outro serviço, será feito para Ambulatório, Clínica médica, CAPS II, Hospital dia, Hospital geral, Hospital psiquiátrico, Unidade de Saúde 24 horas, Unidade Básica de Saúde ou Pronto Atendimento de Psiquiatria, que neste caso, é o Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM) a referência do Município.

3.3 FONTE DOS DADOS

Os dados foram coletados através do preenchimento pelo pesquisador de um formulário (APÊNDICE A), que contempla os dados de caracterização, perfil sociodemográfico, clínico e familiar de uso de drogas. O formulário foi estruturado pela pesquisadora com o auxílio de um profissional de estatística de forma a contemplar os objetivos deste estudo. O formulário foi preenchido pela pesquisadora conforme as respostas fornecidas pelos participantes da pesquisa e posteriormente os dados foram incluídos em uma planilha de dados do tipo Excel 2007 ® a qual serviu de base para posteriores testes estatísticos.

Este formulário foi aplicado em coleta piloto em quatro participantes que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após esta coleta percebeu-se a necessidade de aprimorar alguns itens para melhorar a visualização da pesquisadora e otimizar o tempo de coleta de dados. Também houve aprimoramento na formulação de algumas questões, objetivando a melhor compreensão dos participantes acerca das questões.

3.3.1 Participantes da coleta de dados

Do total de 192 dependentes químicos inseridos em grupos terapêuticos no CAPS AD durante o período de Janeiro a Julho de 2012, participaram da pesquisa 163 pacientes, que se enquadraram nos critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram ter idade maior que 18 anos e estar inserido no Grupo terapêutico.

Foram excluídos da amostra: um paciente que durante o período da coleta de dados estava intoxicado em todas as oportunidades de contato com a pesquisadora, 24 que não aceitaram participar após cinco tentativas de convite, um que não tinha comunicação verbal, três não foram informados sobre a pesquisa no momento da inserção em grupo terapêutico e em seguida abandonaram o tratamento, de forma que a única oportunidade de abordagem foi perdida.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados objetivou abordar todos os pacientes inseridos em quaisquer dos grupos terapêuticos, seja na modalidade intensivo, semi-intensivo ou não intensivo que estivesse em tratamento no CAPS AD no período de Janeiro a Junho de 2012.

A coleta de dados ocorreu nas terças-feiras pela manhã por ser o dia em que é realizado o “Grupo de Acolhimento”. Ao término deste Grupo o profissional que o dirigia informava aos novos pacientes sobre a pesquisa que estava sendo desenvolvida e passava a palavra à pesquisadora para os devidos esclarecimentos. A partir daquele momento fazia-se o agendamento para as entrevistas individuais em espaço reservado no CAPS. Quando o paciente se recusava a participar era feito novo convite em outro dia, tentativa repetida por quatro vezes em dias diferentes e, após o quinto convite ele era excluído da amostra. Caso o paciente demonstrasse interesse em participar, mas não se sentia em condições no dia agendado ele era informado da possibilidade de agendar nova data para a realização da entrevista.

3.5 QUESTÕES DA PESQUISA

As escolhas das questões que foram utilizadas na descrição do agravo de saúde dependência química de pessoas em tratamento no CAPS- AD e as fontes de

dados foram estabelecidas de acordo com a relevância das informações disponíveis para traçar um perfil, assim como recomenda a literatura (PEREIRA, 1995).

- 1) Idade: 18 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 anos ou mais.
- 2) Sexo: Masculino e Feminino.
- 3) Etnia: branco, negro, pardo, mulato, moreno, mameluco, indígena, ignorada. Esta questão foi estruturada de acordo com as informações do IBGE (2010).
- 4) Religião: evangélico, católico, espírita, candomblé, religiões orientais, pagãs, sem religião, ateu. Esta questão foi estruturada de acordo com as informações do IBGE (2010).
- 5) Local de nascimento: Curitiba, cidade da região metropolitana de Curitiba, cidade do Interior do Paraná ou outro estado.
- 6) Escolaridade: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo. Esta questão foi estruturada de acordo com as informações do IBGE (2010).
- 7) Estado civil: casado, solteiro, união consensual, viúvo, separado. Esta questão foi estruturada de acordo com as informações do IBGE (2010).
- 8) Número de filhos: 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12.
- 9) Profissão: Profissão do participante da pesquisa.
- 10) Ocupação: Atividade remunerada que o participante possui no momento.
- 11) Situação empregatícia: carteira assinada, autônomo, desempregado, estudante, do lar.
- 12) Renda familiar: sem renda, até 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, de 4 a 10 salários mínimos, de 10 a 20 salários mínimos, acima de 20 salários mínimos. Esta questão foi estruturada de acordo com as informações do IBGE, (2010).
- 13) Beneficiário do Benefício INSS : sim ou não.
- 14) Tipo de Benefício do INSS que recebe: auxílio doença, aposentadoria, seguro desemprego, outro.
- 15) Quando beneficiário do INSS, foi em decorrência da dependência química: Sim ou Não.
- 16) Histórico de familiares acometidos pela doença : sim ou não.

- 17) Qual familiar é acometido pela dependência química: parentesco entre o participante e o familiar acometido pela dependência química.
- 18) Qual a substância de uso de preferência do familiar dependente químico: Droga da qual o familiar do participante é dependente.
- 19) Idade do primeiro uso de Substância: idade que o dependente começou a usar drogas.
- 20) Substância com a qual iniciou o uso de drogas: Álcool, Crack, Cocaína, Medicamentos, Maconha, Tabaco, LSD, *Ecstasy*, Heroína, OXI, Inalantes, Anfetaminas, *XTC/Fantasy*, Cristal e outros.
- 21) Substância de preferência: Álcool, Crack, Cocaína, Medicamentos, Maconha, Tabaco, LSD, *Ecstasy*, Heroína, OXI, Inalantes, Anfetaminas, *XTC/Fantasy*, Cristal e outros.
- 22) Dependência de múltiplas drogas: Sim e Não.
- 23) Dependência de múltiplas drogas, e quais: Álcool com Crack, Álcool com Cocaína, Álcool com Medicamentos, Álcool com Maconha, Álcool com Tabaco, Álcool com LSD, Álcool com *Ecstasy*, Álcool com OXI, Álcool com Inalantes, Álcool com Anfetaminas, Álcool com *XTC/ Fantasy*, Álcool com Cristal, Crack com Medicamentos, Crack com Maconha, Crack com Tabaco, Crack com LSD, Crack com *Ecstasy*, Crack com Heroína, Crack com OXI, Crack com Inalantes, Crack com Anfetaminas, Crack com *XTC/ Fantasy*, Crack com Cristal, Cocaína com Medicamentos, Cocaína com Maconha, Cocaína com Tabaco, Cocaína com LSD, Cocaína com *Ecstasy*, Cocaína com Heroína, Cocaína com OXI, Cocaína com Inalantes, Cocaína com Anfetaminas, Cocaína com *XTC/Fantasy*, Cocaína com Cristal, Medicamentos com Maconha, Medicamentos com Tabaco, Medicamentos com LSD, Medicamentos com *Ecstasy*, Medicamentos com Heroína, Medicamentos com OXI, Medicamentos com Inalantes, Medicamentos com Anfetaminas, Medicamentos com *XTC/Fantasy*, Medicamentos com Cristal, Maconha com Tabaco, Maconha com LSD, Maconha com *Ecstasy*, Maconha com Heroína, Maconha com OXI, Maconha com Inalantes, Maconha com Anfetaminas, Maconha com *XTC/Fantasy*, Maconha com Cristal, Tabaco com LSD, Tabaco com *Ecstasy*, Tabaco com Heroína, Tabaco com OXI, Tabaco com Inalantes, Tabaco com Anfetamina, Tabaco com *XTC/Fantasy*, Tabaco com Cristal, LSD com *Ecstasy*, LSD com Heroína, LSD com OXI, LSD com Inalantes, LSD com Anfetaminas, LSD com *XTC/Fantasy*, LSD com Cristal, *Ecstasy* com Heroína, *Ecstasy* com OXI, *Ecstasy*

com Inalantes, *Ecstasy* com Anfetaminas, *Ecstasy* com XTC/ *Fantasy*, *Ecstasy* com Cristal, Heroína com OXI, Heroína com Inalantes, Heroína com Anfetaminas, Heroína como XTC/*Fantasy*, Heroína com Cristal, OXI com Inalantes, OXI com Anfetaminas, OXI com XTC/*Fantasy*, OXI com Cristal, Inalantes com Anfetaminas, Inalantes com XTC/*Fantasy*, Inalantes com Cristal, Anfetaminas com XTC/*Fantasy*, Anfetaminas com Cristal, XTC/*Fantasy* com Cristal, dependência de Múltiplas drogas, outros cruzamentos de dependência química.

24) Frequência do uso de drogas quando estava em uso: Todo dia, uma vez por semana, duas vezes por semana, três vezes por semana, uma vez a cada 15 dias.

25) Caso o uso fosse diário, quantas vezes ao dia: uma vez, duas vezes, três vezes, 4 vezes, várias vezes, não sabe informar quantas.

26) Motivo pelo qual iniciou o uso de drogas: influência dos amigos; influência dos pais; curiosidade; outros

27) Pessoa que ofereceu drogas pela primeira vez: pai ou mãe; irmão; primo, cunhado ou tio; esposa, marido, namorada, namorado ou parceiro sexual; amigos; outros.

28) Diagnóstico segundo CID 10: F10 transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de álcool, F11 Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de opióides, F12 Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de canabinóides, F13 Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de sedativos ou hipnóticos, F14 Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de cocaína, F15 Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de outros estimulantes, F16 Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de alucinógenos, F17 Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de Tabaco, F18 Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de solventes e voláteis, F19 Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas, não sabe, sem diagnóstico até a data atual. As variáveis que tratam do diagnóstico médico foram agrupadas de acordo com a classificação de transtornos mentais e do comportamento CID-10 (2008).

29) Houve ideação suicida? Sim e não

30) Se houve, quantas vezes e como? Quantas vezes o dependente tentou suicídio e de que maneira.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados digitados no banco de dados planilha Excel 2007®, foram analisados por meio do método quantitativo descritivo que de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), por meio desse método o pesquisador consegue descrever e sintetizar os dados tornando-os estatísticos.

Os resultados são apresentados por meio de tabelas e descritos por médias e porcentagens, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos desta pesquisa foram salvaguardados pela assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após ser prestado todos os esclarecimentos a respeito da pesquisa de acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná no dia 22 de Dezembro de 2011, sob a inscrição CEP/SD: 1262.187.11.11; CAAE: 0184.0.091.000-11 (ANEXO 1).

3.7.1 Grupos vulneráveis

As pessoas com dependência química são consideradas membros de grupos vulneráveis. Para que participem da pesquisa devem ter respeitados seus direitos, como rege a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, o qual consta em seu art. 2º inciso IV, sobre a garantia de sigilo das informações prestadas (BRASIL, 2001).

Desta maneira, foram respeitadas as normas contidas na Lei Federal 10.216/01, no art. 11, que reza que as pesquisas científicas para fins terapêuticos, só poderão ser realizadas através do consentimento expresso do paciente. Desta forma, foi garantida a participação facultativa do paciente.

Os métodos de pesquisa não afetaram biologicamente os participantes por ser uma coleta de informações por meio de entrevistas com uso de formulário com questões estruturadas. Entretanto, as entrevistas foram realizadas em salas reservadas pela chefia de enfermagem, respeitada a disponibilidade de tempo, horário de cada um, assegurando a privacidade, sigilo das informações e anonimato dos participantes. Casos se sentissem afetados, poderiam se recusar a participar do estudo a qualquer momento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados abrangendo o perfil dos dependentes químicos em tratamento no CAPS AD na seguinte sequência: a) aspectos sócio-demográficos; b) Histórico familiar e pessoal de uso de substâncias psicoativas (Tabelas 3 e 4); e, Aspectos clínicos quanto a existência de dependência química (Tabela 5).

Na Tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos que caracterizam os dependentes químicos em tratamento em CAPS AD entrevistados referente à idade, sexo, etnia, religião, local de nascimento, escolaridade estado civil, número de filhos.

Tabela 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO VÁRIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

	N	Média
Idade (anos)	163	40,9
Sexo	N=163	%
Masculino	150	92
Feminino	13	8
Etnia		
Branco	92	56,4
Moreno	34	20,9
Pardo	13	8
Negro	10	6,1
Indígena	7	4,3
Mulato	5	3,1
Mestiço	1	0,6
Mameluco	1	0,6
Religião		
Católico	88	54
Evangélico	58	35,6
Sem religião	12	7,4
Ateu	5	3
Total	163	100

Continua

Tabela 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO VÁRIAVEIS DEMOGRÁFICAS. COLOMBO – 2012.

		Conclusão
Local de nascimento	N=163	%
Curitiba	50	30,7
Cidade da Região Metropolitana de Curitiba	23	14,1
Interior do Estado	62	38
Outro estado	28	17,2
Total	163	100
Escolaridade		
Analfabeto	10	27
Fundamental incompleto	96	46
Fundamental completo	24	2,5
Médio incompleto	15	11,3
Médio completo	15	11,3
Superior incompleto	3	1,9
Total	163	100
Estado civil		
Casado	44	27
Solteiro	75	46
Viúvo	4	2,5
União consensual	26	16
Separado	14	8,5
Total	163	100
Número de filhos		
0	52	31,9
1	23	14,1
2	41	25,2
3	25	15,3
4	8	4,9
5	6	3,7
6	5	3,1
7	1	0,6
8	1	0,6
12	1	0,6
Total	163	100

FONTE: A autora, 2012.

A menor idade entre os dependentes químicos em tratamento foi 18 e a maior 65 anos, com a média de 40,9, sendo a faixa etária prevalente dos 40 aos 49 anos de idade, com 56 indivíduos nesta faixa etária. Foram encontrados 6 idosos na amostra.

O limite mínimo de idade encontrado se justifica devido ao CAPS AD não admitir pacientes com idade inferior a 18 anos, visto que esta clientela dispõe de acordo com a Portaria/GM nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002, do CAPS i que se destina ao tratamento de crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, para que o atendimento seja direcionado de acordo com as necessidades e características específicas desta faixa etária (BRASIL, 2002).

A maior idade entre os entrevistados foi 65 anos de idade, semelhante a outros estudos que apontaram que a dependência química atinge as pessoas em todas as fases da vida, incluindo idosos. No estudo de Silva *et al* (2010), realizado no Paraná com 30 dependentes químicos internados em um hospital público, constatou-se que 10% dos pacientes eram idosos. O estudo de Formiga *et al.* (2009), realizado em um hospital psiquiátrico do Rio Grande do Sul, com 202 dependentes químicos encontrou 10 pacientes idosos em tratamento para dependência química.

Os CAPS AD se destinam ao tratamento de pessoas adultas de ambos os sexos, contudo se observa na Tabela 1 quase a totalidade dos participantes do sexo masculino. Embora homens e mulheres tenham a mesma propensão a desenvolver a dependência química, mulheres sofrem maiores consequências do uso de substâncias psicoativas tanto físicas como mentais e sociais (ELBREDER, 2008; NOBREGA E OLIVEIRA, 2005).

As consequências físicas ocorrem de forma mais severa nas mulheres por apresentar maior porcentagem de gordura corpórea em relação à água e menores níveis séricos da enzima álcool-desidrogenase quando comparados aos homens. Esta enzima faz com que mulheres absorvam em seus corpos até 30% mais as substâncias do que os homens. No caso da dependência química do álcool há mais um agravante, visto que o ciclo menstrual da mulher afeta a taxa de metabolização do álcool. Além disso, as usuárias de substâncias psicoativas têm mais chances de ter filhos com má formações, doenças respiratórias, baixo peso e problemas mentais (CORDAZ; SALZANO, 2004).

Quanto às comorbidades mentais, as mulheres são mais propensas em apresentá-las, principalmente, quando se trata de transtornos depressivos ou ansiosos, ao passo que os homens sofrem mais de transtornos de comportamento e em menores proporções (CORDAZ; SALZANO, 2004).

Os problemas sociais como o preconceito em relação ao uso de drogas pela mulher podem ser os responsáveis pela baixa procura e adesão nesta pesquisa por esta população. A literatura aponta que as mulheres tendem a procurar ajuda com menor frequência quando relacionados ao uso de drogas e suas consequências. Um dos possíveis motivos seria a herança cultural que reprime algumas atitudes em mulheres vistas como natural em homens, como o fato de utilizar substâncias psicoativas como álcool e tabaco e assim imprime o sentimento de vergonha, que coíbe a procura de ajuda (ELBREDER, 2008; BRITO; CAMARGO, 2011; NOBREGA; OLIVEIRA, 2005).

Nesta pesquisa houve predominância de pessoas de raça branca, 56,4% semelhante ao encontrado nos estudos (ELBREDER, 2008; COSTA *et al.*, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2008; MONTEIRO *et al.*, 2011). Os dados desta pesquisa também vão ao encontro aos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), porém em relação a raça esta pesquisa encontrou uma percentagem maior de pessoas que se consideraram branca (47%) e menor de pessoas que se consideraram parda (73%) em relação ao restante da população nacional, de acordo com dados do IBGE, no qual 43% se considerou branca e 13% se considerou parda.

A religião mais frequente entre os entrevistados foi católica (54%) e a segunda foi a evangélica 35,6% como de outros estudos sobre populações de dependentes químicos (RUSSO; AZEVEDO, 2011; ELBREDER, 2008; COSTA *et al.*, 2011) e com o IBGE, 2010. Entretanto os dados do IBGE trazem a religião católica com a prevalência nacional em 73,8% seguida da evangélica em 22,2%.

Nesta pesquisa apenas 7,4% se consideram sem religião e 3% não possuem religião ou crença, se considerando ateus. O IBGE (2010) aponta que 8,0% da população brasileira se consideram ateus e, no questionário, não há a opção sem religião. Desta forma a amostra deste estudo condiz com os dados do IBGE ao indicar a porcentagem de pessoas que não estão inseridas em nenhuma religião.

Segundo Silva (2011), muitos dependentes químicos quando se encontram em um momento em que já passaram por perdas, que os deixaram mais sensibilizados é que buscam um tratamento e juntamente a este também uma religião como alívio ou ajuda. Isto pode ter relação com alto número de participantes nesta pesquisa que declaram possuir uma religião em relação ao baixo número de pessoas sem religião 7,4 % e ateus 3,1 %. Na pesquisa de Sanchez e Nappo

(2008), realizada em São Paulo com 85 dependentes químicos, foi apontado a busca de conforto emocional, psicológico e cura desse transtorno na religião.

Embora o CAPS AD onde foi realizado este estudo se localize na região metropolitana de Curitiba, 38% de seus usuários nasceram em cidades do interior do Estado do Paraná, 30,7% na Capital Curitiba, 17,2% em outro estado do Brasil e 14,1% em cidades da Região Metropolitana de Curitiba. Isso indica uma grande migração, que corrobora com a situação geral das cidades da região metropolitana de Curitiba que vivenciam o aumento populacional evidenciado nas pesquisas do IBGE, visto que entre os anos de 1991 e 2010 houve um aumento na população da região metropolitana de Curitiba de 3,13%, sendo o maior aumento populacional entre as regiões do Estado do Paraná (IBGE, 2010).

A maior proporção, 46% dos participantes do estudo tem nível de escolaridade do ensino fundamental incompleto, 27% de analfabetismo e nenhum deles afirmou ter ensino superior completo. No estudo de Scheffer *et al.* (2010), realizado em uma comunidade para dependentes químicos em Porto Alegre com 32 participantes, os números apontados pela pesquisa foram similares aos encontrados neste estudo, 41,2%, em que a maior porcentagem afirmou ter apenas o ensino fundamental incompleto como escolaridade, nenhum participante da pesquisa afirmou ter o ensino superior.

Outros estudos concordam com os resultados da presente pesquisa, como Silva *et al.* (2003), em um estudo retrospectivo realizado com 3.223 dependentes químicos internados em hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro entre os anos de 2005 e 2006 no qual encontrou, a maior porcentagem, 49,9% dos participantes com o ensino fundamental como escolaridade máxima e a segunda foi a de analfabetos com 25,5%. Ainda no seu estudo, Velho (2010), realizado em um CAPS AD no interior do no Estado do Paraná, com 486 dependentes químicos também foi constatado que a maior parte dos participantes (64,3%) tinha como nível de escolaridade o ensino fundamental incompleto.

Quanto ao estado civil 46% dos participantes se declararam solteiros, assim como em outros estudos sobre populações de dependentes químicos, fato que pode ser explicado pela dificuldade em cumprir rotinas e promessas, comum entre pessoas com o transtorno mental e do comportamento relacionado ao uso de substâncias (KAPLAN; SADOCK, 2007). O estudo de Formiga *et al.* (2009) aponta 67% dos dependentes químicos como solteiros corroborando com Monteiro *et al.*

(2011), que ao pesquisar o prontuário de 1.043 dependentes químicos que passaram por tratamento em um hospital do Piauí constatou que 50,2% destes eram solteiros.

O número de filhos variou de zero a 12, sendo que 31,9% dos entrevistados afirmaram não ter filhos, 25,2% dois filhos e um afirmou 12 filhos. De acordo com dados do IBGE (2010), na região Sul do Brasil, a média de número de filhos é de 1,75 por habitante, que confirma a tendência da população deste estudo. Assim, ter diagnóstico de dependência química ou não, parece não ter influência sobre a quantidade de filhos. As pessoas que afirmaram ter apenas um filho foi 14,1%, estes dados indicam que os indivíduos da amostra em sua maioria têm um baixo número de filhos, assim como a média da população do sul do Brasil, que segundo o IBGE (2010) é de 1,9%. Na Tabela 2, são apresentados os dados socioeconômicos que caracterizam os dependentes químicos em tratamento em CAPS AD entrevistados quanto à profissão, ocupação, situação empregatícia, renda familiar e recebimento do benefício INSS.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO VÁRIAS OCUPAÇÃO.

Profissão	N	%
Serviços gerais	18	11,4
Comerciante	12	7,3
Sem profissão	10	6
Pintor	10	6
Auxiliar de cozinha	7	4,2
Metalúrgica	7	4,2
Segurança	6	3,6
Mecânico	5	3,2
Garçom	4	2,5
Operador de máquinas	4	2,5
Manobrista	3	1,8
Eletricista	3	1,8
Auxiliar administrativo	2	1,2
Porteiro	2	1,2
Marceneiro	2	1,2
Armador	2	1,2
Do lar	2	1,2
Auxiliar de produção	2	1,2
Outros	18	11,3

Continua

Conclusão			
Total	163	100	
Sem ocupação	107	65,8	
Pedreiro	16	9,9	
Balconista	6	3,9	
Reciclagem	3	1,8	
Pintor	3	1,8	
Mecânico	3	1,8	
Eletricista	3	1,8	
Jardineiro	3	1,8	
Do lar	3	1,8	
Operador de máquinas	3	1,8	
Açougueiro	3	1,8	
Vigilante	2	1,2	
Atendente comercial	2	1,2	
Serviços gerais	2	1,2	
Armador	2	1,2	
Outros	2	1,2	
Total	163	100	
Situação empregatícia			
Desempregado	74	45,4	
Carteira assinada	60	36,8	
Autônomo	22	13,5	
Do lar	4	2,5	
Estudante	3	1,8	
Total	163	100	
Renda Familiar			
Sem renda	24	14,2	
Até 1 SM	33	20,4	
1 a 3 SM	82	50,6	
4 a 10 SM	24	14,8	
Mais de 10 SM	0	0	
Total	163	100	
Recebe INSS			
Sim	51	31,3	
Não	112	68,7	
Total	163	100	
Tipo do Benefício INSS	Frequência	Percentual	
Doença	41	80,4	
Não sabe	10	19,6	
Total	51	100	
Em decorrência da DPQ	Frequência	Percentual	
Sim	42	82,3	
Não	9	17,7	
Total	51	100	

FONTE: A autora, 2012.

A maior porcentagem dos participantes desta pesquisa, 27%, referiu ter a profissão de pedreiro. Um estudo social realizado no Rio Grande do Sul por Souza e Kantorski (2009), que contou com a participação de dependentes químicos e seus familiares apontou que pedreiro é uma profissão que comumente surge entre os

dependentes químicos evidenciando a baixa escolaridade e vulnerabilidade social deste seguimento da população.

Embora a maioria dos participantes deste estudo referisse que possuía uma profissão, o maior percentual (65,8%), afirmou que estava sem ocupação no momento da entrevista. Dos que informaram estar em uma ocupação (34,2), a maior porcentagem estava trabalhando como pedreiro (9,9%), demonstrando que o trabalho que realizava estava relacionado com a sua profissão, neste caso a de pedreiro.

A segunda maior porcentagem de pessoas com profissão foi em Serviços Gerais (11,4%), no entanto poucos mantinham esta ocupação no momento da entrevista (1,2%). O estudo de Guimarães *et al.* (2008), realizado com 30 internos de uma instituição psiquiátrica no Rio Grande do Sul trouxe a profissão de serviços gerais como a maior porcentagem encontrada entre os dependentes químicos e a segunda mais citada foram aquelas relacionadas a construção civil, que concorda com esta pesquisa ao indicar os dois maiores percentuais referentes a profissão. Esses autores consideram que estas duas profissões são comuns entre dependentes químicos pela dificuldade que estes apresentam em manter vínculo empregatício formal. Esta situação permite desfrutar de maior mobilidade de local de trabalho a cada vez que inicia um novo serviço.

Para Beck e David (2007), a nossa sociedade vive mudanças nas relações de trabalho as quais trazem flexibilidade de horários e tempo de permanência em cada local de trabalho. Esta flexibilidade pode trazer facilidade em encontrar trabalhos de curta duração e, assim, a possibilidade de mudar de um trabalho para outro que pode favorecer dependentes químicos em sua característica de não permanecer por tempo prolongado em um vínculo empregatício. Estas características podem ser mais bem compreendidas quando se entende que a dependência química traz a negligência com os papéis sociais e dificuldade em cumprir metas visto que estas pessoas priorizam o uso de drogas em detrimento de outras tarefas.

No estudo de Büchelle, Marcatti e Rabelo (2004), realizado em Santa Catarina com 25 dependentes químicos, no qual os objetivos foram identificar fatores de risco para recaídas, mostrou-se a dificuldade de dependentes químicos manterem seus vínculos e situações de vida que tinham anteriormente a dependência química. Neste aspecto, a profissão constitui mais um vínculo que se

torna, em muitos casos, insustentável, pela dificuldade de manter rotinas, horários e promessas feitas (KAPLAN; SADOCK, 2007; MONTEIRO *et al.*, 2011).

Do total de participantes deste estudo, 45,4%, se disseram desempregados e entre estes 36,8% estavam com carteira assinada, que não significa necessariamente estarem trabalhando já que 31,3% da amostra estavam afastados de seu trabalho recebendo o benefício do INSS. Destes 80,4% apresentam-se afastados por motivo de doença, e a maioria 82,3% a doença em questão é a dependência química.

Como renda familiar, a maioria dos entrevistados (50,6%) afirmou ter de 1 a 3 salários mínimos e esta foi a maior porcentagem encontrada. Zeni e Araujo (2011) corroboram com estes dados ao afirmar que a média salarial dos participantes de sua pesquisa foi de 1,4 salários mínimos. Estudo de Souza *et al* (2008), também apontou que a renda familiar da maioria dos entrevistados esteve entre 1 a 3 salários mínimos. Pode-se perceber que estas pessoas apresentam baixo poder aquisitivo, no entanto não se pode afirmar que esta é uma característica familiar de dependentes químicos em geral, mas das amostras dos estudos citados que buscaram tratamento de saúde, que nestes casos, foram em serviços públicos. Não foram encontrados estudos sobre renda familiar ou poder aquisitivo de pacientes de serviços particulares destinados a dependência química.

Existem aqueles, 14,2%, que afirmaram que sua família não possuía nenhum tipo de renda no momento da coleta de dados. Outros estudos apontam que dependentes químicos têm rendas familiares que vão de zero a dois salários mínimos, no entanto não foram encontrados estudos que especifiquem quantos destes tem zero de renda familiar. Resende *et al.* (2005), também aponta em sua pesquisa realizada com 25 sujeitos em uma comunidade terapêutica em Minas Gerais que nesta população 36% apresentaram renda familiar de zero a dois salários mínimos.

O regime Geral da Previdência Social, da proteção à saúde dos trabalhadores envolve um seguro de saúde conhecido como auxílio doença ou benefício, que pode ser do tipo beneficiário ou acidentário. É uma renda mensal garantida a quem contribuiu com o INSS e encontra-se incapacitado de trabalhar há mais de 15 dias consecutivos. Esta incapacidade é avaliada pela equipe médica do INSS (FLORES, 2008).

Dentre as doenças que podem causar incapacidade laboral, o INSS reconhece a Síndrome da Dependência Química, por considerar que é causadora de grandes consequências físicas e psíquicas que incapacita o indivíduo para o trabalho. No entanto esta incapacidade deve ser entendida como reversível e deve ser previsto um plano de reabilitação, já que o benefício tem caráter temporário e não é aposentadoria (FLORES, 2008).

Os participantes que declararam que estavam trabalhando como autônomos e sem carteira assinada, representam 13,5% da amostra deste estudo. Zeni e Araujo (2011) realizaram um estudo clínico com 46 sujeitos internos em uma unidade de desintoxicação de um Hospital no Rio Grande do Sul no qual a categoria de autônomos que não eram contribuintes com o INSS, apareceu em 42,4% dos casos. Muitos dependentes químicos podem escolher a situação de autônomos pelas características de trabalho que desenvolvem em função da dependência química citadas anteriormente com base no estudo de Beck e David (2007).

Na Tabela 3, são apresentados os dados sociodemográficos que caracterizam os dependentes químicos em tratamento em CAPS AD entrevistados quanto à existência de familiares acometidos pela Dependência Química (DPQ), qual familiar é DPQ e SPA de preferência do familiar dependente químico.

TABELA 3 – HISTÓRICO FAMILIAR DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Existência de familiares acometidos por DPQ	Frequência	Percentual
Sim	118	72,2
Não	45	27,8
Total	163	100
Familiar acometido pela DPQ	Frequência	Percentual
Irmão/irmã	98	43,4
Tio/tia	42	18,4
Primo	37	16,1
Pai	28	12,1
Sobrinho	12	5,2
Filho/filha	8	3,5
Mãe	3	1,3
Total	231*	100
Droga de preferência do familiar	Frequência	Percentual
Álcool	165	68,5
Múltiplas drogas, não sabe precisar quais	40	16,6
Crack	22	9,1
Cocaína	8	3,3

Maconha	6	2,5
Total	241	100

FONTE: A autora, 2012.

* Nesta questão, houve participante que citou mais de um familiar.

A maioria dos dependentes químicos em tratamento no CAPS AD, 72,2%, tem familiares na mesma condição, apenas 27,8 % não possui um familiar acometido pela dependência. O estudo de Araújo *et al.* (2008) e outros citados pelos mesmos autores, apresentam que dependentes químicos em grande parte, apresentam familiares também dependentes químicos, não necessariamente da mesma substância psicoativa.

Neste estudo, quanto ao familiar dependente químico, foram considerados os familiares que possuem laços sanguíneos e, destes os que foram apontados com maior frequência foram os irmãos ou irmãs em 43,4% dos casos, seguidos por Tio ou Tia em 18,4%. O Pai representou 12,1% dos familiares acometidos pela dependência química.

Messas e Vallada Filho (2004) realizaram estudo de revisão de literatura na qual confirmam a associação de fatores genéticos na transmissão da predisposição à dependência química. Isso pode ser corroborado pelo modelo no qual condições biológicas hereditárias podem estar associadas a situações ambientais no decorrer da vida do indivíduo para a produção da dependência. Sendo assim, a presença de fatores hereditários na predisposição ao abuso ou dependência química é vista como consequência de uma complexa interação de fatores genéticos.

A maioria dos familiares tem como droga de preferência o álcool (68,5%), seguido da dependência de múltiplas drogas com 16,6% dos casos e 9,1% dependentes do crack; a cocaína e a maconha aparecem com menor frequência 3,3% e 2,5% respectivamente.

Os estudos citados a seguir tratam em sua maioria sobre a dependência química relacionada ao álcool, visto que parece que outras substâncias ainda não foram observadas pela relação do indivíduo e seu meio familiar sanguíneo, mas sob ópticas mais sociais.

Silva *et al* (2003) investigaram fatores relacionados ao desenvolvimento e ao ambiente associados ao abuso de substâncias entre 86 adolescentes pacientes de uma unidade de desintoxicação da rede. Os resultados revelaram que o alcoolismo

e a dependência química por pais e familiares foram cerca de quatro vezes mais altos nesse estudo do que o relatado em outras amostras brasileiras, o que possibilita inferir que os programas de prevenção ao uso do SPA's precisam incluir no tratamento dos dependentes a educação e orientação de futuros pais.

Assim, faz-se evidente que o meio familiar é importante e pode ser determinante no comportamento de beber e desenvolvimento da dependência química. Edwards, Marshall e Cook (2005), acreditam que os filhos têm elevadas chances de herdar dos pais padrões de beber excessivo, e podem aprender o comportamento da ingestão de substâncias ao observar os pais com tal prática. Conseqüentemente inferem que, quando existem situações de DPQ na família, coexiste o risco dessa característica se perpetuar em gerações seguintes.

O presente estudo também está de acordo com Figlie *et al.* (2004), que descreve o perfil de 162 pessoas entre filhos e familiares de um serviço de prevenção seletiva para filhos de dependentes químicos. Dos resultados encontrados, destaca-se que, na maioria das famílias, o pai é o dependente químico (67%), tendo como substância de escolha o álcool (75%).

Quanto a substâncias de preferência, Figlie *et al.* (2004), afirma que 75% dos casos tinham como preferência o álcool e neste estudo foi apontado 68,5%. Assim, se percebe que o álcool é a droga de preferência dos familiares de dependentes químicos e que os filhos desses alcoolistas representam um grupo de risco para o desenvolvimento de problemas de dependência química.

A pesquisa de VanVoorst e Quirk (2003) faz referência à história de familiares de dependentes químicos com situações de dependência química também em 169 estudantes universitários. Os resultados do estudo apontam que esse fator pode ser predisponente para um risco aumentado de consumo de SPA's.

Na Tabela 4, são apresentados os dados do histórico de uso de substâncias psicoativas dos dependentes químicos entrevistados e em tratamento no CAPS AD. As questões decorreram sobre: pessoa que ofereceu a droga pela primeira vez, tipo de substância psicoativa que fez o primeiro uso, substância psicoativa de preferência, existência de dependência de múltiplas drogas, substâncias da dependência em caso de múltiplas drogas, substâncias que os dependentes químicos fizeram uso ao menos uma vez ao longo da vida, frequência de uso de drogas dos dependentes químicos, quantidade de vezes de uso por dia quando o

uso é diário, motivo do início do uso de drogas, diagnóstico médico relacionado ao uso de substâncias psicoativas.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO VÁRIAVEIS DE HISTÓRICO DE USO. COLOMBO - 2012

Pessoa que ofereceu drogas pela primeira vez	N	%
Amigos	74	45,7
Outros	35	21,6
Pai ou Mãe	29	17,9
Primo (a), tio (a), ou cunhado (a)	11	6,2
Irmão (a)	9	5,6
Esposa (o), Namorada (o) ou parceiro sexual	5	3
Total	163	100
Tipo de SPA de primeiro uso		
Álcool	116	71,2
Tabaco	36	22,1
Maconha	7	4,3
Cocaína	2	1,2
Crack	1	0,6
Inalantes	1	0,6
Total	163	100
Substância de preferência:		
Alcool	103	63,1
Crack	31	19
Cocaína	12	7,3
Tabaco	3	1,9
Maconha	6	3,7
Outros	8	5
Total	163	100
Dependência de múltiplas SPA's		
Sim	92	56,4
Não	71	43,6
Total	163	100
Substâncias de dependência múltipla		
Álcool e tabaco	54	57,4
Álcool e crack	11	12
Álcool e cocaína	5	6,5
Crack e tabaco	5	6,5
Crack e maconha	3	3,3
Crack, Maconha e Tabaco	2	2,2
Múltiplas SPA's não sabe precisar quais	2	2,2

Continua

Conclusão

Álcool, Crack , Cocaína e Tabaco	2	2,2
Cocaína e tabaco	1	1,1
Tabaco e maconha	1	1,1
Cocaína e maconha	1	1,1
Álcool, Crack , Cocaína, Maconha, Medicamentos, Tabaco e Inalantes	1	1,1
Álcool, Crack e tabaco	1	1,1
Álcool, Crack e cocaína	1	1,1
Álcool e maconha	1	1,1
Total	92	100
Frequência de uso quando em uso	N	%
Todos os dias	156	95,7
Duas vezes por semana	2	1,2
Três vezes por semana	5	3,1
Total	163	100
Motivo do início do uso de drogas		
Influência de amigos	67	41,1
Outros	49	30
Curiosidade	30	18,5
Influência dos pais	17	10,4
Total	163	100
Diagnósticos Médicos (CID -10) Transtornos mentais e comportamentais:		
Devidos ao uso de álcool - F10	85	52,1
Devidos ao uso de opiáceos – F11	1	0,6
Devidos ao uso da cocaína - F14	6	3,7
Devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - F19	26	16
Não sabe	21	12,9
Sem diagnóstico até a data atual.	24	14,7
Total	163	100

FONTE: A autora, 2012.

Sentir-se integrante de um grupo social é importante para que o ser humano se sinta pertencente a um grupo de valores. Por esta razão muitos grupos de amigos são compostos por pessoas da mesma faixa etária e mesmos interesses. Quando um integrante destoa dos demais componentes, não é incomum que haja pressão do grupo para que este adquira os comportamentos dos demais. Para Martins, Santos e Pillon (2008), estes são fatores que podem estar associados ao fato de muitas vezes os amigos serem as pessoas a fazerem a primeira oferta da droga, confirmando os dados desta pesquisa na qual os amigos surgiram como os que mais ofertaram a droga pela primeira vez em 45,7% dos casos.

A segunda maior porcentagem da oferta da droga pelo primeiro uso ao participante deste estudo surgiu como 'outros' em 21,6% dos casos. Estes foram compostos por avô, vizinho, vizinha, não conseguiu lembrar-se quem ofertou a droga ou quando foi o primeiro uso. Houve também respostas de que não houve uma pessoa que fez a oferta, mas sim, situações quando por livre iniciativa buscou a droga pela primeira vez, sem que houvesse necessariamente a oferta de alguém. Houve também os que relataram que tomaram para si a substância que pertencia a familiares e assim fez o primeiro uso sem o conhecimento do dono da SPA.

Durante o seu desenvolvimento, desde os primeiros anos de vida como ao longo de sua existência, os indivíduos estão inseridos em contextos sociais, onde os vínculos afetivos estão sempre presentes. No início, a instituição familiar é forte na influência cultural e comportamental do indivíduo. Por esta razão, para sentir-se parte deste grupo é comum que as crianças imitem ações dos adultos e tenham comportamentos esperados pelos adultos a sua volta. Sendo assim, o modelo de ser humano que o pai e a mãe exercem sobre os filhos são fortes e podem persistir como um padrão a ser seguido (MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008).

Visto que neste estudo a terceira maior porcentagem, 17,9%, da pessoa que ofertou a droga pela primeira vez foi o pai ou a mãe, estes dados dão uma idéia da influência que a família exerce no uso e desenvolvimento da dependência química de indivíduos. A família é o primeiro meio de aprendizado social de comportamento, os primeiros valores e padrões de comportamentos são apreendidos neste meio (MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008; ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008).

No presente estudo, a substância psicoativa mais comumente utilizada no primeiro uso foi o álcool em 71,2% dos casos. Para Alavarse e Carvalho, 2006, o comportamento de consumir álcool é apreendido no meio social, visto que é uma droga lícita e utilizada em vários momentos sociais como comemorações, muitas vezes e até incentivado o uso desta substância pelos pais. O comportamento de consumir esta substância é socialmente aceito e por isso não há grandes dificuldades em consegui-la ou fazer o seu uso. Esta é a droga mais usada por pessoas menores de idade (ALAVARSE; CARVALHO, 2006).

A segunda droga mais comum no primeiro uso na população deste estudo foi o Tabaco, em 22,1% dos casos. Por muitos anos, o tabaco foi sinônimo de charme e até mesmo de *status*. Grande parte da valorização do uso desta substância psicoativa pode ser atribuída à mídia, que por muitos anos apresentou em filmes,

revistas e comerciais o tabaco como um símbolo da passagem para a vida adulta (ALAVARSE; CARVALHO, 2006; CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Embora não sejam mais exibidos estes tipos de trabalhos na mídia após a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 304, de 07 de novembro de 2002, o tabaco também encontra na falta de fiscalização um meio de ser uma das substâncias psicoativas mais utilizadas por adolescentes (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Ainda que exista a crença na população de que dependentes químicos possam iniciar o uso de substâncias psicoativas pela Maconha, neste estudo ela aparece como a terceira mais comum no primeiro uso em 4,3%, indicando que não é usual que esta seja a primeira SPA utilizada.

No entanto, no estudo de Alves e Kossobudzky (2002), realizado em um Município do interior do Paraná com 976 adolescentes, 53,3% iniciaram o uso de substâncias com a maconha e o álcool foi a SPA de primeiro uso em apenas 17,5% dos casos. Estes autores referem que existem outros estudos que concordam com os dados por eles encontrados, ainda é preciso lembrar que eles citam pessoas que não são necessariamente dependentes químicos, diferente deste estudo. Desta forma podemos pensar que estas características podem ser regionais ou da população específica estudada no presente estudo.

O crack e as drogas inalantes são apontados em 0,6% dos casos como drogas de primeiro uso. Neste caso, os dados de Alves e Kossobudzky (2002), citam estas drogas como as menos utilizadas pelos participantes de seu estudo no primeiro uso.

Percebe-se que as drogas lícitas costumam ser as mais comumente utilizadas no primeiro uso e pode ser explicado pelo fato de serem de mais fácil acesso e comercializadas em locais onde se comercializa outros produtos de livre acesso a crianças. A Organização Mundial da Saúde em 2006 considerou que o uso do cigarro e álcool está entre os 20 maiores problemas de saúde no mundo, sendo que o tabaco é responsável por 9% dos casos de morte e o álcool, por cerca de 3,2%.

No presente estudo somam um total de 93,3% de participantes com o uso de drogas ilícitas, mas apenas 6,7% da amostra fez o primeiro por tais substâncias ilícitas. Isto permite inferir que há o risco de drogas lícitas iniciarem o comportamento de uso de substâncias em dependentes químicos que têm como droga de preferência tanto drogas lícitas como ilícitas.

Nesta pesquisa, em relação à dependência de múltiplas drogas, a mais comum foi a de álcool e tabaco em 57,4% dos casos, mais uma vez as SPA's lícitas mostram um grande poder de causar a dependência química. Estas substâncias têm a capacidade de parecerem inofensivas pela aceitação familiar e pela aquisição comercial da substância, no entanto, também são capazes de desenvolver a dependência química e até mesmo de serem as substâncias que iniciam o comportamento compulsivo de consumo de substâncias, que pode tornar-se o comportamento de uso de substâncias ilícitas. Mesmo o consumo apenas de substâncias lícitas causa tantos danos físicos, sociais e mentais quanto drogas ilícitas (MELO, 2011).

Há casos em que o indivíduo não é dependente apenas de uma droga de preferência, neste caso é utilizado termo 'dependente químico de múltiplas substâncias'. O diagnóstico empregado para estes casos segundo a CID 10 (2008) é o de 'Transtornos mentais e do comportamento em decorrência do uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19).

Esta é uma categoria diagnóstica que se aplica quando se sabe que duas ou mais substâncias psicoativas estão envolvidas na dependência do indivíduo, não sendo possível, entretanto, identificar qual delas contribui mais para o transtorno. Neste caso o indivíduo torna-se dependente de mais de uma substância e não consegue dizer precisamente de qual droga necessita mais, pois se sente dependente na mesma proporção de mais de uma substância (CID 10, 2008).

Não foi encontrada literatura em periódicos científicos sobre a temática de dependência de múltiplas substâncias. Neste estudo a maioria (56,4%) dos participantes afirmou ter dependência de múltiplas substâncias, nas seguintes associações: Álcool e Crack 12% dos casos de dependência de múltiplas drogas; Álcool e cocaína, Crack e tabaco aparecem cada um em 6,5% dos casos, Crack e maconha em 3,3%. Crack, Maconha e Tabaco, Álcool, Crack, Cocaína e Tabaco são apontados como combinações de dependência em 2,2% dos casos. As demais combinações: Cocaína e tabaco; Tabaco e maconha; Cocaína e maconha; Álcool, Crack, Cocaína, Maconha, Medicamentos, Tabaco e Inalantes; Álcool, Crack e tabaco; Álcool, Crack e cocaína; Álcool e maconha. São apontadas em 1,1% dos casos.

Para que uma pessoa seja considerada dependente química, é necessário que se enquadre nos critérios mencionados no capítulo de dependência química

baseados na revisão de literatura sobre no DSM IV (2002), este permite que se perceba com clareza como se define casos de dependência química. Assim, há dependentes que não fazem o uso diário da substância e ainda assim são considerados dependentes, pelos prejuízos que o uso da droga trouxe a sua vida e o modo de se relacionar com o uso da substância.

Nos resultados do presente estudo, pode-se perceber que apesar do uso diário não caracterizar a dependência química, em 95,7% da amostra o uso é diário quando estão em uso. É importante esclarecer que neste caso a pergunta foi referente à quando a pessoa está em uso, visto que quando o uso é cessado o indivíduo não deixa de ser dependente químico, apenas está em abstinência (KAPLAN; SADOCK, 2007).

Apesar de que seja esperado que dependentes químicos em tratamento estejam em abstinência de substâncias psicoativas, não é obrigatório que assim ocorra para que frequentem o CAPS AD de acordo com a Portaria nº 2.841, de 20 de Setembro de 2010 e dos combinados da unidade em questão (BRASIL, 2010b).

O abuso de substâncias e a dependência química passam pelos primeiros usos que podem ter variados motivos para terem se iniciado. Para Pratta e Santos (2006), no estudo realizado com 568 adolescentes de escolas públicas de São Paulo, o modelo familiar e influência dos pais pode ser forte para motivar o primeiro uso de SPA's. Neste estudo como maior porcentagem de motivo de início de uso foi apontado a influência de amigos.

Ainda de acordo Pratta e Santos (2006), em 41,1% dos casos a maior parte dos sujeitos afirmou não saber responder qual foi o motivo de uso (44,8%), e apenas 1,5% afirmou ser influência dos amigos. Talvez a discrepância destes estudos seja pelo momento da vida em que foram abordados, visto que estes adolescentes talvez não tenham ainda refletido sobre suas reais motivações, visto que a maioria não soube responder a pergunta.

No presente estudo, o motivo de primeiro uso foi agrupado como outros em 30%, nestes estão os casos referentes a situações diversas que apareceram com baixa frequência como: por que gostou da ideia de usar, por achar bonito, por achar charmoso o ato de usar, por desilusão amorosa, para disfarçar fome e medo, tristeza, timidez, abrir o apetite, para se acalmar, por causa de morte na família, não sabe, influência do trabalho, perder a timidez, influência do irmão, falta de informação, combater o efeito de outras substâncias psicoativas, por acreditar que

se tornava mais habilidoso e com melhora em suas capacidades (PRATTA; SANTOS, 2006).

Foram citados ainda como motivo de início de uso: Curiosidade em 18,5% dos casos e Influência dos pais em 10,4%. Para Pratta e Santos (2006), a curiosidade apareceu em seu estudo como motivação para primeiro uso de 15,7%, condizendo com este estudo. A curiosidade de experimentar situações é inerente ao ser humano, no entanto na adolescência, momento em que a maioria vivencia o uso de SPA's pela primeira vez, esta condição é mais percebida, pelo fato de estar vivenciando inúmeras experiências novas e nem todas com consequências graves (BAUS, KUPEK; PIRES, 2002).

Quando questionados sobre o diagnóstico recebido em tratamentos para dependência química. A maioria da amostra tem como diagnóstico F10 em 52,1% dos casos. Em segunda maior porcentagem aparece F19 que se refere a múltiplas drogas nesse caso a maioria foi a substância psicoativa conhecida como Crack. Os 12,9% que alegaram não saber o seu diagnóstico podem não ter sido orientados sobre isto, não terem compreendido no momento em que lhe ofereceram a informação, não ter tido acesso á informação ou não recordarem. Os 14,7% que afirmam não ter diagnóstico até a data da abordagem podem nunca ter participado de tratamentos anteriores e, assim, não terem diagnósticos prévios, e ainda não ter passado pela consulta com o psiquiatra.

Os estudos relacionados a perfil encontrados em periódicos científicos trazem as drogas de preferência, mas não os diagnósticos mais encontrados. Talvez isto se deva ao fato de que não importa o diagnóstico encontrado, a dependência química em geral exige uma abordagem cognitivo-comportamental (SILVA; SERRA, 2004; ARAUJO *et al.*, 2008). Ao analisar os dados da Tabela 4 pode-se perceber que a droga de preferência citada pelos dependentes químicos não condizem com as substâncias relacionadas aos diagnósticos citados. Também se percebe que muitos relatam ser dependentes de alguma substância e do tabaco e que neste caso o diagnóstico não está sendo considerada dependência de múltiplas substâncias.

Na Tabela 5, são apresentadas as questões referentes à presença de ideação suicida, tentativas de suicídio, número de tentativas de suicídio e meios de tentativas de suicídio.

TABELA 5 – CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS CLÍNICOS. COLOMBO - 2012

Ideação suicida	N	%
Sim	100	61,3
Não	63	38,7
Total	163	100
Tentativa de suicídio		
Não	108	66,3
Sim	55	33,7
Total	163	100
Número de tentativas de suicídio	N	%
1	32	61,6
2	18	30
3	3	5
5	1	1,7
Vários	1	1,7
Total	55	100
Meios de tentativa	N	
Intoxicação medicamentosa	22	26,8
Choque hipovolêmico	17	20,7
Enforcamento	13	15,9
Atropelamento	9	10,9
Queda de nível	8	9,8
Afogado	3	3,7
Ferimento por arma de fogo	3	3,7
Intoxicação exógena	3	3,7
Atear fogo em si	2	2,4
Provocar acidente de trânsito	1	1,2
Tentar outro para atacá-lo	1	1,2
Total	82	100
Presença de outros transtornos mentais além da dependência química		
Não	94	57,7
Sim	69	42,3
Total	163	100
Quais transtornos	N	
Psicoses	36	53,7
Transtornos do humor	28	41,8
Outros	2	3
Transtornos do comportamento	1	1,5
Total	67	100
Transtorno diagnosticado antes de iniciar o tratamento para DQ?	N	
Não	46	70,8

Sim

19

29,2

 FONTE: A autora, 2012.

Pacientes com dependência química é parte de uma população com fatores de risco para suicídio, visto a impulsividade apresentada por estes sujeitos e as situações de descontrole proveniente da droga (PECHANSKY *et al.*, 2001).

Neste estudo 61,3% dos participantes relataram que em algum momento da vida apresentaram ideações suicidas, 33,7% da população geral do estudo tentou cometer suicídio. De acordo com Linz, Oliveira e Coutinho (2006), a dependência química pode estar associada a quadros depressivos que ocorrem antes das tentativas suicidas. Nestes dados percebemos que a maioria dos que chegaram a tentar suicídio (61,6%) o fizeram apenas uma vez.

Dentre os meios de tentativa de suicídio os mais comuns foram: Intoxicação medicamentosa em 26,8 % dos casos, seguido de choque hipovolêmico em 20,7 % dos casos provocados por tentativas como cortar os pulsos, degolar-se, esfaquear-se. O enforcamento correspondeu a 15,9% das tentativas sendo o terceiro mais comum.

O estudo de Macente, Santos e Zandonade (2011), realizado em um Hospital Público do interior do Estado do Espírito Santo com 80 sujeitos, apresentou resultados semelhantes ao presente estudo ao apontar que 89% tentaram suicídio por meio de intoxicação, e dentre estes 10% tratava-se de intoxicação medicamentosa. As tentativas por choque hipovolêmico totalizaram 3,8% e os por enforcamento 5%.

Alguns meios de tentativas evidenciam a falta de planejamento e a impulsividade do ato, tais como colocar fogo em si mesmo (2,4%), tentar com que fosse atacado por outras pessoas (1,2%) e provocar acidente de trânsito (1,2%). De acordo com Linz, Oliveira e Coutinho (2006), os dependentes químicos não desenvolvem planos antes da tentativa de suicídio tão pouco apresenta consciência do real motivo de suas tentativas e comumente estão envolvidos por forte ambivalência de seus sentimentos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo cumpriu seu objetivo de caracterizar os dependentes químicos em tratamento em um CAPS AD quanto ao perfil sócio-demográfico, clínico e familiar

de uso de drogas em sua vida. O perfil mostra características de uma população basicamente masculina, branca, católica, que não se diferencia significativamente da população brasileira em geral. Tais características por anos foram perfil de uma classe favorecida, ao constatar que homens brancos e de religião nacionalmente predominante costumam não enfrentar tantas adversidades sociais como outros grupos menos favorecidos e minorias. Também se infere que homens não necessariamente têm mais pré-disponibilidade para a dependência, mas que estes podem sentir-se mais confiantes ao procurar tratamento. A raça branca pode ser um reflexo da colonização europeia no Sul do Brasil e assim estes condizem com a população geral da região.

Embora o local do estudo esteja situado na região metropolitana de Curitiba, e as pessoas em tratamento obrigatoriamente sejam residentes do Município em questão, a maioria dos participantes era proveniente de outras cidades que não este Município, e em grande parte nascidos em Curitiba, que pode indicar a instabilidade e mudanças que ocorrem na vida dos dependentes químicos.

A baixa escolaridade constatada nesta população reflete como o uso de substâncias psicoativas desvia o interesse das pessoas que as utilizam convergindo apenas para o seu consumo os desejos e planos dos indivíduos. Também indica a vulnerabilidade social que estas pessoas apresentam.

O fato de serem solteiros, sem filhos, de profissão pedreiro, sem ocupação com situação empregatícia: desempregado remete à dificuldade que estes enfrentam em manter qualquer vínculo e em assumir profissões que exijam sequência ou permanência no mesmo emprego por tempo prolongado. A falta de ocupação é uma situação que exige atenção, uma vez que é de vital importância para uma nova identidade e reinserção na sociedade que estas pessoas estejam inseridas em alguma ocupação mesmo que em horários reduzidos a fim de que seja possível concomitante cumprir o tratamento.

A renda familiar é considerada baixa, e infelizmente não foi apurado quantas pessoas vivem com esta renda na família, assim, sugere-se que possa ser explorado em estudos futuros. O fato de não receberem o benefício do INSS pode estar ligado não ao fato de não necessitarem, mas por não possuírem carteira de trabalho assinada, e apresentarem dificuldades em manter vínculos empregatícios, sendo assim, é bem provável que estas pessoas não recebam o benefício pelo fato

de não terem contribuído como sistema previdenciário e assim não terem direito ao benefício.

Os dependentes químicos que recebem o benefício são em grande parte do auxílio doença, decorrente da dependência química. Este estudo corrobora outros ao alertar sobre o efeito danoso do uso de drogas não apenas na vida do indivíduo que geralmente é atingido em idade produtiva, mas também pelos danos causados na sociedade como um todo.

Outro fator alarmante levantado por este trabalho é o número de participantes que também tem a dependência química como situação de saúde em seus familiares. A proximidade destes familiares, embora este estudo aponte apenas os consanguíneos, leva a refletir sobre a capacidade genética, social e comportamental que a dependência tem de se disseminar em descendentes. Estes fatores podem ser pensados para que futuramente sejam desenvolvidos mais meios de prevenção ao uso de drogas, e fortalecido os trabalhos já existentes sobre a temática.

O fato dos familiares terem a SPA's de preferência como o álcool e também apresentarem a mesma substância de preferência, não necessariamente indica que a Dependência Química seja devida a causa genética ou promovida pela convivência, mas reflete uma situação geral de nossa sociedade que aceita o uso desta substância em inúmeras circunstâncias e, assim, favorece o comportamento de consumo da mesma.

A presença de dependência de múltiplas drogas parece ter forte associação entre as drogas lícitas e, quando é assim não costumam ser diagnosticadas como dependência de múltiplas drogas, mas parece ser diagnosticada apenas a droga que causa maiores prejuízos a vida dos indivíduos.

A frequência de uso é elevada sendo apontada como diária visto que tratamos aqui situações de quando a pessoa estava em uso. Mesmo assim, pode-se perceber que o uso de substâncias que desencadeiam a dependência química causa tantos malefícios, que até mesmo pessoas que afirmaram nunca tê-las usadas diariamente, tiveram prejuízos significativos, que leva a procura de tratamento no local onde foi entrevistado.

A influência de amigos foi a razão apontada pelos participantes para que iniciassem o uso de SPA's, assim se percebe a importância do trabalho das equipes de saúde em dedicar forças para a prevenção do uso de substâncias. Embora

muitos tenham relatado que o início do uso de substâncias psicoativas se deu por influência de amigos sabe-se que a convivência familiar é decisiva para tratar o consumo de substâncias psicoativas como algo cotidiano ou inadequado.

O maior número de diagnósticos relacionados à dependência química foi referente ao uso da substância álcool, esta foi citada em muitos momentos como droga de preferência de familiares dependentes químicos ou esteve presente no primeiro uso. Assim, alerta-se para que seja percebido o risco desta droga que é comumente aceita em meios sociais e que por muitas vezes não é lembrada como uma substância psicoativa que oferece riscos ou que leva a dependência e todas as suas consequências físicas, mentais e sociais.

Acredita-se ser relevante traçar o perfil de pacientes em tratamento em CAPS AD, pois atualmente existe uma realidade que desfruta dos desdobramentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e assim, se faz imprescindível o aprofundamento e aprimoramento de conhecimentos desta nova realidade que tem no CAPS um meio de desenvolver a Saúde Mental.

Este estudo pretende servir como fonte de dados para os profissionais da área da saúde que intentam ou trabalham com usuários de drogas e dependentes químicos, para que estes, ao conhecerem características desta população possam desenvolver planos de cuidados direcionados para a realidade e particularidade que esta clientela apresenta. Também, pretende-se com este estudo instigar os que tenham acesso a ele, a desenvolver novas pesquisas complementares que possam contribuir mais nesta área do conhecimento.

6 REFERÊNCIAS

ALAVARSE, G. M. A.; CARVALHO, M. D. B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 408-416, 2006.

ALVES, R.; KOSSOBUDZKY, L. A. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 65-79, 2002.

AMARANTE P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAUJO, R. B. *et al.* Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **J Bras Psiquiatr**. v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008.

ARSENEAULT, L. *et al.* Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. **BMJ**, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1212>. Acesso em: 13/10/2011.

BAUS, J.; KUPEK, E; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n.1, p.40-46, 2002.

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

BRASIL. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 de abril de 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 20/04/2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 336 de 19/02/2002. **Regimento dos caps**. 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em 20/08/2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004a.

_____. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e

CAPS ad II. In: Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**, 5ª 65R. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública e privada de ensino nas 26 capitais brasileiras e distrito federal. 2010a. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Apresentacoes/328356.pdf>. Acesso em: 20/04/2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº2.841, de 20 de setembro de 2010. 2010b. Institui no âmbito d Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Alcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105511-2841.html>. Acesso em: 20/08/2011.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, v.19, n.1, p. 283-303, 2011.

BUHELLE, F.; MARCATTI, M; RABELO, D. R. Dependência química e prevenção à recaída. **Texto Contexto Enferm**, v. 3, n.2, p.233-240, 2004.

CAMILO, J. A. O. Querer ficar, querer sair: a ambivalência da internação psiquiátrica. **Psicologia Teoria e Prática**, v.12, n.3, 2010.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, s. 1, 2009.

CARREIRO S. V; BORREGO, M. Psicose e o consumo de substâncias. **Acta Med Pot**, n. 20, p. 413-422, 2007. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/5/413-422.pdf>. Acesso em 20/05/2011.

CAVALCANTE, M. B P. T.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: Promoção da Saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n.3, p. 555-559, 2008.

CEBRID. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**. 2006. Site disponível em: <http://cebrid.epm.br/65R65oo.php>. Acesso em: 20/10/2011.

CHALUB, M.; TELLES, L. B. E. Álcool, drogas e crime / alcohol, drugs, and crime. **Rev Bra de Psiquiatr**, n. 28, s.2, p. 69-73, 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CID 10. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 2008. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 20/05/2011.

CORDÁZ, T. A.; SALZANO, F. T. Saúde mental da mulher. São Paulo: Atheneu; 2004.

COSTA, S. K. P. *et al.* Fatores sociodemográficos e condições de saúde bucal em droga-dependentes. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.* V. 11, n. 1, p. 99-104, 2011.

DeLUCIA, R.; OLIVEIRA FILHO, R. M. **Farmacologia Integrada**. 3.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais**. American Psychiatric Association. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O Tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ELBREDER, M.F. *et al.* Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **J Bras Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 9-15, 2008.

FIGLIE, N. *et al.* Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? **Rev Psiq Clín**, v. 31, n. 2, p. 53-62, 2004.

FLORES, T. L. Proteção social, saúde e trabalho: o auxílio-doença e a incapacidade laborativa devida à dependência do álcool. Monografia. Graduação em Serviço Social. Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

FORMIGA, L. T. *et al.* Comparação do Perfil de Dependentes Químicos Internados em uma Unidade de Dependência Química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. **Rev HCPA**, v. 29, n.2, 2009.

GUIMARÃES, C. F. *et al.* Perfil do usuário de *crack* e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr RS*, v. 30, n. 2 p. 101-108, 2008.

HEINEMANN, A. W. **Alcoholism: development, consequences, and interventions**. New York: Mosby, 1986.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20/05/2011.

KAPLAN H. I; SADOCK B. J. **Compendio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clinica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LIMA, M. G. A. *et al.* Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

LINS, C. E.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. C. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. *Psyche*, v. 10, n. 18, set 2006.

MACENTE, L. B., SANTOS, E. G. ZANDONADE, E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. **J. bras. psiquiatr**, v. 58, n. 4, 2009.

MARASCHIN, C.; CHASSOT, C. S.; GORCZEVSKI, D. Saberes e práticas de oficinas: análise de uma cognição situada. **PSICO**, v. 37, n. 3, p. 287-296, 2006.

MARTINS, M.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 2, 2008.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**, 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

MELO, M. T. **Prevenção à dependência química**. 2. Ed. Palmas: UNITINS, 2011. Disponível em: http://gestaoead.unitins.br/wp-content/uploads/2011/08/apostila_dependencia_quimica.pdf. Acesso em: 21/11/2012.

MESSAS, G. P.; VALLADA FILHO, H. P. O papel da genética na dependência do álcool. *Rev Bras de Psiquiatr*, v. 26, s. 1, p. 54-58, 2004.

MONTEIRO C. F. S. *et al.* Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 1. P.90-95, 2011.

NICACIO, E. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [Resenha]. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/23.pdf>. Acesso em: 02/09/2011.

NOBREGA, M. P. S. S.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n. 5, p. 816-826, 2005.

OBID. **Observatório Brasileiro de informações sobre drogas**, 2005. Disponível em http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php#tab_reg. Acesso em: 20/01/2012.

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

PARANÁ. **Secretaria de saúde do estado do Paraná**. 2010. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1267>. Acesso em: 26/10/2011.

PECHANSKY, F. *et al.* Limites e alternativas para a implementação de um programa para dependentes químicos em risco para infecção pelo HIV utilizando o conceito de Rede Social. *Cad. Saúde Pública*, v. 17, n. 1, p. 195-204, 2001.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v. 2, n. 2, 2006 . Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15/10/2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. **Site Oficial do Município de Colombo.** Disponível em: <http://www.colombo.pr.gov.br>. Acesso em; 20/06/2011.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto Contexto Enferm*, v. 14, n. 13, p. 350-357, 2005.

ROEHRS, H.; LENARDT, M. H.; MAFTUM, A. M. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 353-357, 2008.

RUSSO, A. C.; AZEVEDO, R. C. S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J. Bras. Pneumol.* v. 36, n. 5, p.603-611, 2011.

SANCHEZ, Z. V. D. M; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes químicos. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 2, 2008.

SCHEFFER, M. *et al.* Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.

SILVA, A. S. A Religação com Deus: Dependência Química e Religiosidade. **Anais dos Simpósios da ABHR**, v. 12, 2011. Disponível em <http://www.abhr.org.br/plura/ojs/index.php/anais/article/view/156>. Acesso em: 01/12/2012.

SILVA, C. J.; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 26, s. 1, 2004.

SILVA, L. H. P. *et al.* Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma Unidade de Reabilitação de um Hospital Psiquiátrico. **Esc Anna Nery**, v. 14, n.3, p. 585-590, 2011.

SILVA, V. A. *et al.* Estudo brasileiro sobre abuso de substâncias por adolescentes: fatores associados e adesão ao tratamento. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 25, n. 3, p.133-138, 2003.

SOUZA, J; KANTORSKI, L. P. A rede social de um indivíduo em tratamento em um CAPS AD: o ecomapa como recurso. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 43, n.2, p.373-383, 2009.

SOUZA, M. F. *et al.* Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. **Rev. Psiquiatr RS**, v. 30, n. 3, p. 182-191, 2008.

STEFANELLI, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas Dimensões Assistenciais**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2008.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TAVARES, C. M. M.; SOUZA, M. T.; RODRIGUES, S. P. Participação da comunidade em centros de atenção psicossocial - CAPS. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 2, n. 2, p. 936-946, 2010. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/541/pdf_28. Acesso em: 08/05/2011.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VANVOORST, W. A. ; QUIRK, S. W. Are relations between parental history of alcohol problems and changes in drinking moderated by positive expectancies? **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 27, n. 1, p. 25-30, 2003.

VARGENS, O. M. C. *et al.* Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n. especial, p. 776-782, 2009.

VELHO, S. R. B. R. **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD, Londrina PR**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

UNODC. United Nations Office on drugs and crime: **world drug report**, 2010. Disponível em:

http://www.unodc.org/documents/southerncone/Topics_drugs/WDR/2010/WDR_2010_Referencias_ao_Brasil_e_Cone_Sul.pdf Acesso em: 16/10/2011.

UNODC. United Nations Office on drugs and crime: **world drug report**, 2012. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_drugs/WDR/2012/WDR_2012_web_small.pdf. Acesso em: 16/10/2012

ZENI, T. C.; ARAUJO, R. B. Relação entre *craving* por tabaco e o *craving* por crack em pacientes internados para desintoxicação. J Bras Psiquiatr, v. 60, n.1, p. 28-33, 2011.

<p>2.1.2 <i>Familiar 2</i>: Qual parentesco? _____</p> <p>2.1.2.2 Qual (is) substância (s)? _____</p> <p>2.1.3 <i>Familiar 3</i>: Qual parentesco? _____</p> <p>2.1.3.2 Qual (is) substância (s)? _____</p>	<p>4 <input type="radio"/> Esposa, Marido, Namorada (o) ou parceiro sexual.</p> <p>5 <input type="radio"/> Amigos.</p> <p>6 <input type="radio"/> Outros, _____.</p>
---	--

4 HISTÓRICO CLÍNICO

4.1 Idade do primeiro uso substância Lícita : _____	
<p>4.3 Com que tipo de substância fez o primeiro uso?</p> <p>1 <input type="radio"/> Álcool 2 <input type="radio"/> Crack</p> <p>3 <input type="radio"/> Cocaína 4 <input type="radio"/> Maconha</p> <p>5 <input type="radio"/> Medicamentos 6 <input type="radio"/> Tabaco</p> <p>7 <input type="radio"/> Inalantes 8 <input type="radio"/> LSD</p> <p>9 <input type="radio"/> Anfetaminas 10 <input type="radio"/> Ecstasy</p> <p>11 <input type="radio"/> XTC\ <i>Fantasy</i> 12 <input type="radio"/> heroína</p> <p>13 <input type="radio"/> Cristal 14 <input type="radio"/> OXI</p> <p>15 <input type="radio"/> Outros, quais? _____</p>	<p>4.4 Substância de preferência:</p> <p>1 <input type="radio"/> Álcool 2 <input type="radio"/> Crack</p> <p>3 <input type="radio"/> Cocaína 4 <input type="radio"/> Maconha</p> <p>5 <input type="radio"/> Medicamentos 6 <input type="radio"/> Tabaco</p> <p>7 <input type="radio"/> Inalantes 8 <input type="radio"/> LSD</p> <p>9 <input type="radio"/> Anfetaminas 10 <input type="radio"/> Ecstasy</p> <p>11 <input type="radio"/> XTC\ <i>Fantasy</i> 12 <input type="radio"/> heroína</p> <p>13 <input type="radio"/> Cristal 14 <input type="radio"/> OXI</p> <p>15 <input type="radio"/> Outros, quais? _____</p>
<p>4.5 Há dependência de múltiplas SPA's?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sim 2 <input type="radio"/> Não</p>	
<p>4.5.1 Se sim quais substâncias?</p> <p>1 <input type="radio"/> Álcool 2 <input type="radio"/> Crack 3 <input type="radio"/> Cocaína 4 <input type="radio"/> Maconha</p> <p>5 <input type="radio"/> Medicamentos 6 <input type="radio"/> Tabaco 7 <input type="radio"/> Inalantes 8 <input type="radio"/> LSD</p> <p>9 <input type="radio"/> Anfetaminas 10 <input type="radio"/> Ecstasy 11 <input type="radio"/> XTC\ <i>Fantasy</i> 12 <input type="radio"/> heroína</p> <p>13 <input type="radio"/> Cristal 14 <input type="radio"/> OXI 15 <input type="radio"/> Outros, quais? _____</p>	
<p>4.6 Já fez uso de quais substâncias ao longo da vida?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sim 2 <input type="radio"/> Não</p>	
<p>4.6.1 Se sim quais substâncias?</p> <p>1 <input type="radio"/> Álcool 2 <input type="radio"/> Crack 3 <input type="radio"/> Cocaína 4 <input type="radio"/> Maconha</p> <p>5 <input type="radio"/> Medicamentos 6 <input type="radio"/> Tabaco 7 <input type="radio"/> Inalantes 8 <input type="radio"/> LSD</p> <p>9 <input type="radio"/> Anfetaminas 10 <input type="radio"/> Ecstasy 11 <input type="radio"/> XTC\ <i>Fantasy</i> 12 <input type="radio"/> heroína</p> <p>13 <input type="radio"/> Cristal 14 <input type="radio"/> OXI 15 <input type="radio"/> Outros, quais? _____</p>	
<p>4.7 Quando em uso, qual era a frequência:</p> <p>1 <input type="radio"/> Todo dia</p> <p>2 <input type="radio"/> Uma vez por semana</p> <p>3 <input type="radio"/> Duas vezes por semana</p> <p>4 <input type="radio"/> Três vezes por semana</p> <p>5 <input type="radio"/> Uma vez a cada 15 dias</p>	<p>4.7.1 Caso todos os dias quantas vezes ao dia:</p> <p><input type="radio"/> 1 Vez</p> <p><input type="radio"/> 2 Vez</p> <p><input type="radio"/> 3 Vez</p> <p><input type="radio"/> 4 Vez</p> <p><input type="radio"/> 5 várias vezes, não sabe informar quantas.</p>

<p>4.8 Houve ideação suicida? 1 <input type="radio"/> Sim 2 <input type="radio"/> Não</p> <p>4.9 Houve tentativa de suicídio? 1 <input type="radio"/> Sim 2 <input type="radio"/> Não</p> <p>4.9.1 Quantas vezes ? _____ 4.9.1.1 Tentativa 1: _____ 4.9.1.1.2 Tentativa 2: _____ 4.9.1.1.3 Tentativa 3: _____</p>	<p>4.10 Já fez uso abusivo (a mais que o prescrito) de medicações psiquiátricas?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sim 2 <input type="radio"/> Não</p> <p>4.10.1 Quantas? _____</p>
<p>4.11 consideram que começou o uso de substâncias psicoativas por quê?</p> <p>1 <input type="radio"/> Influência de amigos 2 <input type="radio"/> Influência dos pais 3 <input type="radio"/> Curiosidade 4 <input type="radio"/> Outros: _____</p>	
<p>5. Diagnósticos Médicos relacionados a substâncias (CID -10):</p> <p>1 <input type="radio"/> F10 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de álcool 2 <input type="radio"/> F11 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de opióides 3 <input type="radio"/> F12 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de canabinóides 4 <input type="radio"/> F13 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de sedativos ou hipnóticos 5 <input type="radio"/> F14 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de cocaína 6 <input type="radio"/> F15 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de outros estimulantes 7 <input type="radio"/> F16 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de alucionógenos 8 <input type="radio"/> F17 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de tabaco 9 <input type="radio"/> F18 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de solventes voláteis 10 <input type="radio"/> F19 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas 11 <input type="radio"/> Não sabe. 12 <input type="radio"/> Sem diagnóstico até a data atual.</p>	

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ concordo voluntariamente, em participar de um estudo intitulado “PERFIL DOS DEPENDENTES QUÍMICOS EM TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”, que está sendo desenvolvido por Vânia Carvalho de Oliveira, mestrande de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR, orientada pela Prof^a Dr^a Mariluci Alves Maftum.

Os objetivos desta pesquisa são: Caracterizar o perfil sócio-econômico e demográfico de dependentes químicos em tratamento em um CAPS, caracterizar histórico familiar, pessoal e tratamento atual e progresso de uso e abuso de substâncias dos dependentes químicos, caracterizar as comorbidades físicas e mentais dos dependentes químicos.

Os benefícios esperados não serão financeiros, não haverá remuneração alguma tanto quanto ônus em minha participação no estudo.

O estudo não envolve riscos, por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de informações acontece por meio de uma entrevista estruturada.

Por se tratar de uma pesquisa em saúde mental envolvendo dependentes químicos, a pesquisadora garante que todos os aspectos éticos de acordo com a Resolução CNS 196/96 serão respeitados.

Minha participação neste estudo é voluntária e posso interrompê-la a qualquer momento, se assim, eu desejar sem justificar minha decisão e sem que a mesma afete na qualidade ou continuidade de meu tratamento.

Poderei esclarecer dúvidas sobre minha participação neste estudo com Vânia Carvalho de Oliveira, enfermeira RG 78394749 pelo telefone (41) 33613770 ou ainda pelo e-mail vanny_carvalho@yahoo.com.br.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que haja sigilo e anonimato, não aparecerá meu nome, e sim um código.

Estão garantidas as informações que eu queira, antes, durante e depois do estudo.

Eu li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa, abaixo assinado concordo em participar como sujeito do estudo: “PERFIL DOS DEPENDENTES QUIMICOS EM TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ALCOOL E OUTRAS DROGAS”. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos envolvidos nela, assim como não haver riscos ou benefícios recorrentes da minha participação. Foi-me garantido o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento sem sofrer qualquer penalidade.

Assinatura do participante: _____

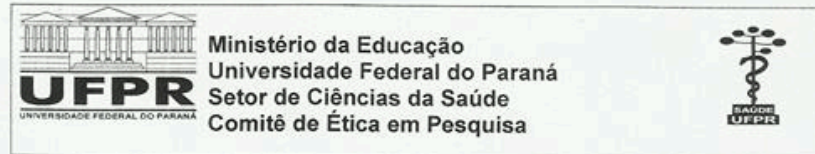
Assinatura das pesquisadoras: _____

Data: __/__/__

Vânia Carvalho de Oliveira

ANEXO 1

Comitê de ética



Curitiba, 26 de dezembro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)
Vânia Carvalho de Oliveira
Mariluci Alves Maftum

Nesta

Prezadas Pesquisadoras,

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“Perfil dos dependentes químicos em tratamentos em um Centro de Atenção Psicossocial: Álcool e outras drogas”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 23 de novembro de 2011 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 22 de dezembro de 2011.

Registro CEP/SD: 1262.187.11.11

CAAE: 0184.0.091.000-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do 1º relatório parcial e/ou de conclusão: 22/06/2012.

Atenciosamente

Prof. Dr. Cláudia Seely Rocco
 Coordenadora do Comitê de Ética em
 Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof. Dr. Cláudia Seely Rocco
 Coordenadora do Comitê de Ética
 em Pesquisa - SD/UFPR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-PR – C EP 80060-240
 Fone: (41)3360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br