

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDA CAROLINA CAPISTRANO

**IMPACTO DO USO ABUSIVO DE DROGAS POR DEPENDENTES QUÍMICOS EM
TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**CURITIBA
2014**

FERNANDA CAROLINA CAPISTRANO

**IMPACTO DO USO ABUSIVO DE DROGAS POR DEPENDENTES QUÍMICOS EM
TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Mariluci Alves Maftum

Coorientadora: Profª Drª Miriam Aparecida Nimtz

**CURITIBA
2014**

Capistrano, Fernanda Carolina
Impacto do uso abusivo de drogas por dependentes químicos
em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial/ Fernanda
Carolina Capistrano – Curitiba,
2014.
143f.: il.; 30cm

Orientadora: Professora Dr^a Mariluci Alves Maftum
Coorientadora: Prof^a Dr^a Miriam Aparecida Nimtz
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal
do Paraná, 2014.

Inclui bibliografia

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias 2. Saúde
mental 3. Enfermagem psiquiátrica. I. Maftum, Mariluci Alves. II.
Capistrano, Fernanda Carolina. III. Universidade Federal do
Paraná. IV. Título.

CDD 616.890231

TERMO DE APROVAÇÃO

FERNANDA CAROLINA CAPISTRANO

IMPACTO DO USO ABUSIVO DE DROGAS POR DEPENDENTES QUÍMICOS EM TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



Orientadora: Profª. Drª Mariluci Alves Maftum
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná-UFPR



Profª Drª Maria de Fátima Mantovani
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná-UFPR



Profª Drª Maria José Sanches Marin
Membro Titular: Faculdade de Medicina de Marília-FAMEMA

Curitiba, 17 de dezembro de 2014

Dedicatória

Ao meu marido Guilherme, por todo o amor, paciência e companheirismo a mim dedicados, essenciais para a concretização desse sonho. Amo você.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe **Lorizete Capistrano**, pelo amor gratuito e verdadeiro, pelo eterno incentivo, por sempre torcer e acreditar em mim, por ter me feito do jeito que sou, por tudo que me ensinou, por tudo de que abdicou por mim. Sou eternamente grata por ser sua filha.

À minha avó **Elvira Capistrano**, por suas orações, por sua fé, por sempre acreditar em mim. Sinto-me privilegiada por ser espectadora de sua sabedoria.

Ao meu marido **Guilherme Batista Junior**, pela vida que vivemos juntos, mas, sobretudo, pela paciência de que dispôs, pelo amor e incentivo e por ser tão compreensivo nos dias mais difíceis durante esses últimos dois anos.

À **Profª Drª Mariluci Alves Maftum**, minha orientadora, por sua sabedoria, conhecimento, paciência, dedicação e confiança desde a graduação. A Senhora é meu exemplo de pessoa e profissional. Dedico-lhe sempre meu respeito, gratidão e admiração. Muito obrigada por tudo.

À **Lucienne Dronneau**, grande amiga, pela paciência, incentivo e torcida, suas palavras de apoio foram extremamente importantes para manter o foco e para concretizar meu sonho. Espero um dia poder retribuir tamanho carinho.

Aos professores **Profª Drª Miriam Aparecida Nimtz**, **Profº Dr. Jorge Vinícius Cestari Felix**, **Profª Drª Thais Aidar de Freitas Mathias**, **Profª Drª Maria de Fátima Mantovani**, **Profª Drª Maria José Sanches Marin**, pelas preciosas contribuições, que foram essenciais para a finalização deste estudo.

À Professora **Drª Luciana Puchalski Kalinke**, que contribuiu para a elaboração deste trabalho desde seu início, por seu carinhoso modo de discorrer e conduzir suas valiosas orientações.

À equipe do Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPS i) de São José dos Pinhais, em especial à Coordenadora **Rosalina de Oliveira Lourenço**, aos técnicos **Rosiane Magalhães do Oliveira**, **Sheila Dias dos Santos**, **Roseli**

Hungaro Mendes e Alessandra Cristina Bridi, por dividirem comigo minhas angústias, pelo incentivo e pela paciência. Equipe que considero mais que colegas, os quais foram essenciais nesse período de intenso estudo, tendo auxiliado durante minhas ausências. Tenho a mais absoluta certeza de que se não fosse o apoio vocês, eu não teria conseguido.

À assistente social **Milene Roveda Andreoli**, que foi essencial para que esse sonho se realizasse, obrigada pela compreensão, pelo incentivo e pela ajuda que dedicou na minha liberação do trabalho para o mestrado.

Aos amigos **Aline Cristina Zerwes Ferreira, Tatiana Brusamarello, Letícia de Oliveira Borba, Márcio Roberto Paes, Juliana Czarnobay, Ângela Gonçalves da Silva**, pessoas queridas com as quais tive e tenho o prazer de conviver, que vêm dividindo seus conhecimentos e contribuindo para meu crescimento profissional e acadêmico. Ao lado de vocês, tudo ficou mais leve.

Aos **Professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR (PPGENF/UFPR), pelos preciosos ensinamentos, que muito contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos **colegas do Mestrado** do PPGENF/UFPR, pela união, pelas risadas e parcerias demonstradas durante esses últimos dois anos. Com vocês, foi tudo mais divertido.

Ao **Programa de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná** (PPGENF/UFPR), pela oportunidade de estudo. Tenho orgulho de fazer parte desta respeitada instituição.

À **Alcioni Marisa de Freitas**, secretária da PPGENF/UFPR, pela gentileza, pela atenção e pelo trabalho, sempre com extrema dedicação.

A **Capes**, pelo apoio financeiro em forma de bolsa.

A todos, meu mais sincero e profundo agradecimento.

*“Someday, somewhere -
anywhere, unfailingly, you'll find
yourself, and that, and only that,
can be the happiest or bitterest
hour of your life.”*

Pablo Neruda

RESUMO

CAPISTRANO, F.C. **Impacto do uso abusivo de drogas por dependentes químicos em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial**. 143fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação. Universidade Federal do Paraná, 2014.

A dependência química tornou-se um grave problema de saúde pública com emergência de vasto impacto biológico, econômico e social, representando um dos maiores desafios a serem enfrentados em decorrência do crescente número de casos e da alta complexidade. Este trabalho tem como objetivo caracterizar o impacto do uso abusivo de drogas para o dependente químico. Trata-se de um estudo quantitativo, analítico e transversal, conduzido por meio de entrevista estruturada, aplicada a 163 dependentes químicos em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da região metropolitana de Curitiba. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2012. Os dados foram submetidos à análise descritiva e à análise estatística, com teste de correlação de *Person*, Teste de Média e Qui-quadrado, com o auxílio do programa SPSS® 19.0. Os resultados apontaram que a maioria é do sexo masculino, com ensino fundamental incompleto, solteiro, desempregado, com renda familiar de até três salários mínimos. O início do uso de drogas lícitas ocorreu na adolescência em 89,3% dos entrevistados, 74,7% progrediram para a dependência do álcool e 21,9% para o *crack*, e 95,3% faziam uso dessas drogas diariamente. Quanto ao impacto laboral e acadêmico, 42% dos entrevistados abandonaram os estudos, 63,3% tiveram problemas no trabalho e 48,7% tiveram que mudar de ocupação. Foi observado que 38% dos entrevistados estão afastadas do trabalho, recebendo auxílio-doença em decorrência da dependência química. Quanto ao impacto pessoal, 34,7% tiveram episódios de *overdose*, sobretudo aqueles que fazem o uso diário de drogas. Entre os participantes, 41,3% apresentaram comorbidades mentais; 66%, físicas; e 30,7% tiveram episódios de ideação. Destes 30,7%, 63,9% tentaram o suicídio, 26,5% por intoxicação exógena, principalmente aqueles que fazem o uso de álcool diariamente. Identificou-se que 26% apresentavam comportamento sexual de risco com a realização de atos sexuais em troca de dinheiro para obter a droga e 32,7% contraíram DSTs. Entre os participantes, 47,3% se envolveram em agressões físicas, 40,7% tiveram comportamento criminoso, com em destaque para o roubo, e 55,3% tiveram situações de acidentes de trânsito. Quanto ao impacto familiar, foi identificado que 70% apresentavam histórico do uso de drogas, especialmente o álcool, em 67,7% dos familiares. Identificou-se que 46% tiveram rompimento de vínculos, 21,7% com o cônjuge e, como consequência, 50% dos rompimentos se referem à separação, 37,3% ao abandono do lar e 40% à situação de rua. Diante desses resultados, conclui-se que essas variáveis são identificadas em literaturas nacionais e internacionais e confirmam que o uso abusivo de drogas afeta as pessoas direta e indiretamente.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Saúde mental; Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

CAPISTRANO, F.C. **Impact of drug abuse on chemical dependents undergoing treatment at a Psychosocial Care Center.** 143p. (Dissertation) Nursing Master's Degree. Post-graduation Program. Federal University of Paraná, 2014.

Drug abuse has become a serious public health problem generating a huge biological, economical and social impact, representing one of the greatest challenges to be faced due to the increasing number of cases as well as its high complexity. This study objectifies to feature the impact of drug abuse on chemical dependents. It is a quantitative, analytical, crosscut study carried out by means of a structured interview applied to 163 chemical dependents undergoing treatment at a Psychosocial Alcohol and Drug Abuse Care Center in the metropolitan area of Curitiba, Paraná State/Brazil. Data collection was held between January and June, 2012. Data were submitted to descriptive and statistical analyses by using Pearson Correlation Test, Mean Rate and Chi-Square Test, SPSS® 19.0 program. Results pointed that most of them were male, incomplete basic educational level, single, unemployed, family income up to three minimum wages. Drug abuse started during adolescence for 89.3% of the respondents, who went on to alcoholism (74.7%), and crack addiction (21.9%), and 95.3% made daily use of drugs. As for work and academic impact, respondents dropped out of school (42%), had problems at work (63.3%), and had to change occupation (48.7%). It was observed that 38% of the respondents had to give up work, getting a sick pay due to their addiction. As for the personal impact, 34.7% had overdose episodes, mainly those who made daily use of drugs. Among the participants, 41.3% featured mental comorbidities; 66% featured physical ones, and 30.7% had ideation episodes. Among the latter (30.7%), 63.9% had a suicide attempt, 26.5% of those for substance intoxication, mainly those who made daily use of alcohol. It was observed that 26% featured sexual risk behavior, performing sexual intercourse for money in order to get drugs, and 32.7% contracted STDs. Among the participants, 47.3% got involved in physical assaults, 40.7% evidenced criminal behavior, mainly robbery, and 55.3% got involved in traffic accidents. As for the family impact, 70% featured history of drug abuse, especially alcohol, among their family members. It was evidenced broken ties in 46% of them, 21.7% between spouses and, consequently, 50% is related to separation, 37.3% to home abandonment, and 40% to homelessness. In view of these results, it is concluded that these variables are identified in national and international literature, and corroborate that people are directly and indirectly affected by drug abuse.

KEY WORDS: Drug-related disorders; Mental health; Psychiatric nursing.

RESUMEN

CAPISTRANO, F.C. **Impacto del consumo de drogas por los dependientes químicos en tratamiento en un Centro de Atención Psicosocial.** 143fls. (Tesis) Máster en Enfermería. Programa de Postgrado. Universidade Federal do Paraná, 2014.

La dependencia química se ha convertido en un grave problema de salud pública con la aparición de gran impacto biológico, económico y social, representando uno de los mayores desafíos que enfrentan debido el creciente número de casos y de la alta complejidad. Este trabajo tiene como objetivo caracterizar el impacto del consumo de drogas para el dependiente químico. Se trata de un estudio cuantitativo, analítico y transversal, realizado por medio de entrevista estructurada, aplicada a 163 adictos en tratamiento en un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas en la región metropolitana de Curitiba. La recolección de datos se llevó a cabo de enero a junio de 2012. Los datos fueron sometidos a análisis descriptivo y análisis estadístico, con prueba de correlación de *Person*, Prueba de Media y Chi-cuadrado, con la ayuda del programa SPSS 19.0. Los resultados mostraron que la mayoría es de sexo masculino, con la escolaridad primaria incompleta, soltero, desempleado, con renta familiar de hasta tres salarios mínimos. El uso inicial de drogas ilícitas ocurrió en la adolescencia en el 89,3% de los encuestados, el 74,7% progresaron a la dependencia del alcohol y el 21,9% para el crack, y el 95,3% hacían uso de estas drogas todos los días. En cuanto al impacto laboral y académico, 42% de los encuestados salieron de la escuela, el 63,3% tuvieron problemas en el trabajo y el 48,7% tuvieron que cambiar de ocupación. Se observó que el 38% de los encuestados están sin trabajo, recibiendo auxilio-enfermedad debido la dependencia química. En cuanto al impacto personal, el 34,7% tuvieron episodios de sobredosis, especialmente aquellos que hacen el uso diario de drogas. Entre los participantes, el 41,3% presentaron comorbilidades mentales; el 66% físicas; y el 30,7% tuvieron episodios de ideación. De ellos el 30,7%, 63,9% intentaron suicidarse, el 26,5% por intoxicación exógena, en especial aquellas que hacen el uso de alcohol todo los días. Se identificó que el 26% presentaron comportamiento sexual de riesgo con la realización de actos sexuales a cambio de dinero para obtener la droga y el 32,7% contrajeron ETS. Entre los participantes, el 47,3% se involucraron en agresiones físicas, el 40,7% tuvieron comportamiento criminal, sobre todo en el robo, y el 55,3% tuvieron situaciones de accidentes de tráfico. En cuanto a la repercusión de la familia, se identificó que el 70% presentaban histórico del consumo de drogas, especialmente el alcohol, en el 67,7% de la familia. Se identificó que el 46% tuvieron ruptura de los vínculos, el 21,7% con el cónyuge y, como consecuencia, el 50% de las interrupciones se refieren a la separación, el 37,3% para el abandono del hogar y el 40% de las personas viviendo en las calles. Teniendo en cuenta estos resultados, se concluye que estas variables son identificadas en las literaturas nacionales e internacionales y confirman que el consumo de drogas afecta directa e indirectamente.

PALABRAS CLAVE: Trastornos relacionados con el consumo de sustancias; Salud mental; Enfermería psiquiátrica.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

a.C.	- Antes de Cristo
AVC	- Acidente vascular cerebral
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CNT	- Código Nacional de Trânsito
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
Dp	- Desvio Padrão
DMAA	- 1,3 <i>dimethyamine</i>
DSTs -	- Doenças sexualmente transmissíveis
GHO	- <i>Global Health Observatory</i>
HIV	- <i>Human Immuno Deficiency Virus</i>
HPV	- <i>Human Papiloma Virus</i>
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
IML	- Instituto Médico Legal
LENAD	- Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LSD	- <i>Lyserg Saure Diethylamid</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OXI	- Oxidado
PTS	- Plano Terapêutico Singular
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
SIH-SUS	- Sistema de Informações do Sistema Único de Saúde
TOC	- Transtorno Obsessivo Compulsivo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos dependentes químicos segundo o perfil sociodemográfico	52
Tabela 2 – Caracterização do uso de drogas pelo dependente químico	54
Tabela 3 - Correlação das variáveis sociodemográfica X uso de drogas.....	55
Tabela 4 - Correlação das variáveis Idade X Substância de preferência.....	56
Tabela 5 - Impacto do uso de drogas considerando aspectos acadêmicos e laborais.....	57
Tabela 6 – Correlação entre a Impacto laboral X Caracterização sociodemográfica	58
Tabela 7 – Teste de média entre Idade X Abandono dos estudos	58
Tabela 8 – Correlação entre Situação empregatícia X Benefício financeiro	59
Tabela 9 - Impacto do uso de drogas considerando a <i>Overdose</i>	60
Tabela 10 - Correlação entre Caracterização do uso X <i>Overdose</i>	60
Tabela 11 - Correlação entre Frequência de uso X <i>Overdose</i>	61
Tabela 12 - Comorbidades físicas e mentais dos dependentes químicos e Tratamento medicamentoso.....	62
Tabela 13 - Correlação entre caracterização sociodemográfica e do uso de drogas X comorbidade física	63
Tabela 14 - Correlação entre a média de Idade X Comorbidade física	64
Tabela 15 - Ideação e Tentativa de suicídio	64
Tabela 16 - Correlação entre a Caracterização de uso de drogas X Comorbidades mentais, Ideação e Tentativa de suicídio	65
Tabela 17 - Correlação entre Tipo de substância X Ideação e Tentativa de suicídio	66
Tabela 18 - Correlação entre Frequência do uso de drogas X Ideação e Tentativa de suicídio.....	67

Tabela 19 - Correlação entre comorbidades mentais X ideação e tentativa de suicídio	67
Tabela 20 - Comportamento sexual e DSTs	68
Tabela 21 - Correlação entre Caracterização sociodemográfica X Comportamento sexual	69
Tabela 22 - Correlação entre a média de Idade X Comportamento sexual	70
Tabela 23 - Correlação entre Caracterização do uso de drogas X Comportamento sexual	70
Tabela 24 - Correlação entre Substância de preferência X Comportamento sexual	71
Tabela 25 - Correlação entre Comportamento sexual x DSTs	71
Tabela 26 - Correlação entre Atos sexuais por dinheiro X DSTs	72
Tabela 27 - Agressões físicas, Consequências criminais e Acidentes de trânsito....	73
Tabela 28 - Correlação entre variáveis de Caracterização de uso de drogas X Agressões e Consequências criminais	74
Tabela 29 - Correlação entre Caracterização sociodemográfica X Consequências criminais	75
Tabela 30 - Correlação entre Escolaridade, Situação empregatícia e Substância de preferência X Consequências criminais	76
Tabela 31 - Impacto do uso de drogas considerando aspectos familiares.....	77
Tabela 32 - Correlação entre Substância de preferência e Rompimento de vínculo X Consequências familiares.....	78
Tabela 33 - Correlação entre Rompimento de vínculo X Abandono do lar	79

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVO GERAL.....	34
1.1.1 Objetivos específicos.....	35
2 METODOLOGIA	36
2.1 LOCAL DA PESQUISA.....	36
2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	38
2.3 AMOSTRA.....	39
2.4 COLETA DE DADOS.....	39
2.4.1 Instrumento de coleta de dados	40
2.4.2 Estudo piloto.....	40
2.4.3 Banco de dados.....	41
2.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	41
2.6 VARIÁVEIS CORRELACIONADAS E TESTADAS.....	47
2.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	49
2.8 ASPECTOS ÉTICOS	49
3 RESULTADOS	51
3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	51
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO USO DE DROGAS	53
3.3 CORRELAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE USO DE DROGAS	55
3.4 IMPACTO DO USO DE DROGAS: ASPECTOS ACADÊMICOS E LABORAIS.....	56
3.5 IMPACTO DO USO DE DROGAS: ASPECTOS PESSOAIS	59
3.6 IMPACTO DO USO DE DROGAS: ASPECTOS FAMILIARES	76
4 DISCUSSÃO	80

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICE	139

1 INTRODUÇÃO

Desde meados do século XX, a dependência química tornou-se grave problema mundial de saúde pública com emersão de vasto impacto biológico, econômico e social, representando um dos maiores desafios a serem enfrentados por governantes, profissionais de diversas áreas de conhecimento, familiares e indivíduos dependentes de substâncias psicoativas, em decorrência do crescente número de casos e da alta complexidade de fatores que envolvem esse transtorno (ROCHA; ROCHA JR, 2010; DIEHL *et al.*, 2011; LEE; HSU; TSAY, 2013).

Neste complexo universo da dependência química, o uso da substância química por si só é um dos fatores presentes no desenvolvimento da síndrome de dependência. Somam-se a este, outros fatores como o próprio indivíduo e a sociedade, que são fundamentais para a ocorrência desse transtorno mental e, por consequência, para o surgimento de impactos negativos em diferentes âmbitos da vida (ROCHA; ROCHA JR, 2010; DIEHL *et al.*, 2011).

Ao considerar esses outros componentes, compreende-se que se concentrar no uso de drogas por si só é minimizar todos os elementos importantes envolvidos no seu uso abusivo e na sua dependência, por ser este apenas um aspecto entre um amplo conjunto de fatores envolvidos (SZAPOCZNIK *et al.*, 2006).

Sabe-se que os transtornos mentais relacionados a substâncias químicas decorrentes do uso, seja a dependência química ou o uso abusivo de drogas, são configurados por um agrupamento de sinais e sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, cujo modo de manifestação varia conforme cada indivíduo (WHO, 2013; DSM V, 2014).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso abusivo de drogas antecede a dependência química, que é um padrão mal adaptativo ou perigoso de uso de quaisquer substâncias psicoativas, exceto a cafeína. Este modo de consumo geralmente está associado a impactos negativos, entre eles, repetidos fracassos em cumprir com as obrigações, problemas legais, sociais e interpessoais (WHO, 2013).

Já a dependência química se desenvolve quando há um padrão de repetição de uso da substância psicoativa, estando geralmente relacionada à tolerância, à abstinência, ao comportamento compulsivo de consumo e à impulsividade subjetiva

de consumo (*fissura*). Embora este último não esteja especificamente relacionado como um critério para a classificação da dependência, a constatação de *fissura* é útil para diferenciar a dependência do uso abusivo de drogas (WHO, 2013; DSM V, 2014).

O conceito de dependência química é extremamente recente quando comparado com o histórico de uso de drogas pela humanidade ao longo dos anos. Contudo, os problemas relacionados ao consumo excessivo sempre existiram. Alguns registros arqueológicos, que referem o uso de substâncias psicoativas, datam de seis mil anos a.C., e os primeiros escritos datam de quatro mil anos a.C. Nestes escritos, Aristóteles afirmava que o ato de beber afasta a sobriedade e leva ao exagero e, em virtude disso, este filósofo acreditava que os comportamentos decorrentes do uso exagerado deveriam receber punições sempre que ocorressem (ROCHA; ROCHA JR, 2010; DIEHL *et al.*, 2011).

Escritos bíblicos como os referidos nos livros de Números (6:3), Deuteronômio (14:26), Juizes (13:4,7) e Provérbios (23:29-35) também se referem ao impacto do abuso de substâncias psicoativas. Neles, é relacionado o álcool com risco do aumento progressivo do uso e da tolerância com conseqüente influência na saúde, em questões físicas e mentais, como visões distorcidas e tristezas, nas relações interpessoais, originando brigas e ferimentos e, em questões morais, como a influência negativa do uso.

No Livro de Efésios (5:18), há prescrições relacionadas a evitar o uso do álcool, ao recomendar que as pessoas não se deixem ser controladas por essa substância e evitem a embriaguez. Em Provérbios (23:29-35), a atitude de beber e se embriagar vão além da recomendação e se torna condenatória.

Na Idade Média, o uso excessivo de álcool passou a ser relacionado com o pecado, e o uso de outras substâncias psicoativas foi considerado pelos religiosos heresia. Esses conceitos podem ter contribuído com o preconceito e o estigma social que ainda hoje envolvem a dependência química (DIEHL *et al.*, 2011).

Considerando questões epidemiológicas, sabe-se que, pelo menos, 15,3 milhões de pessoas no mundo são dependentes de substâncias psicoativas, incluindo o álcool e outras drogas (WHO, 2013; DSM V, 2014). Somente no ano de 2010, cerca de 230 milhões de pessoas, 5% da população mundial adulta, utilizaram

algum tipo de droga, sem considerar as drogas lícitas, e, desse total, 27 milhões são considerados consumidores problemáticos (UNODC, 2012).

No Brasil, os dados mais recentes são do II Levantamento Domiciliar Sobre Drogas, feito pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), no ano de 2005 (CARLINI *et al.*, 2006). De acordo com este levantamento, a dependência do álcool atinge 12,3% da população, seguida pela dependência do tabaco, com 10%; e da maconha, com 1,2%. Os menores índices são de benzodiazepínicos, com 0,5%, e de solventes e estimulantes, com 0,2% de dependentes brasileiros. Especificamente, o crack representa cerca de 600 mil dependentes, e esses índices continuam em progressão (CARLINI *et al.*, 2006; DIEHL *et al.*, 2011).

O I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira apontou que, entre as 3.007 pessoas dos 143 municípios que fizeram parte da pesquisa, 28% ingeriam bebidas alcoólicas esporadicamente: 40% eram homens e 18%, mulheres; 3% faziam uso nocivo de álcool e 9% eram dependentes, independentemente do sexo (LARANJEIRAS *et al.*, 2007).

Atualmente, o uso nocivo de álcool resulta em 2,5 milhões de mortes a cada ano, no mundo, por causas relacionadas a essa substância. Entre estas mortes, 320 mil são de pessoas com idade entre 15 e 29, o que corresponde a 9% das mortes nessa faixa etária, sendo a terceira maior causa de morte prematura (WHO, 2013).

O consumo do álcool é um hábito comum presente na vida humana em diferentes momentos. Ele constitui um importante símbolo cultural de confraternização, rituais religiosos e comemorações, em geral, que pode contribuir com a evolução da dependência que se instala de forma lenta e progressiva, originando frequentes casos nos serviços de urgência e emergência psiquiátrica (MIRANDA *et al.*, 2006).

A dependência dessa substância é um problema mundial que pode causar prejuízo à saúde física e mental do indivíduo. Suas consequências extrapolam os limites individuais, atinge familiares, pares e pessoas desconhecidas, envolve uma gama de conflitos permeados por insultos, choros, desabafos e atitudes repressoras (MIRANDA *et al.*, 2006; DSM V, 2014).

Além disso, a dependência do álcool está associada à negligência e a problemas laborais, com destaque para o absenteísmo, questões graves como violência, heteroagressividade verbal e física, seja no domicílio ou em via pública,

estando intimamente relacionada à criminalidade, gerando diversas consequências jurídicas e policiais (MIRANDA *et al.*, 2006; DSM V, 2014).

O Impacto da dependência do álcool é incalculável por reduzir as condições e a qualidade de vida e atingir intensamente a sociedade como um todo. É a dependência mais comum da humanidade, ordinária a várias pessoas, independentemente da etnia, religião, gênero ou condição social (MIRANDA *et al.*, 2006; DSM V, 2014).

Pessoas dependentes de álcool podem desenvolver inúmeros problemas físicos, como doenças hepáticas, do sistema digestivo, cardiovascular, neurológico e transtornos mentais como a esquizofrenia, a depressão e o transtorno afetivo bipolar (ROCHA; ROCHA JR, 2010; DIEHL *et al.*, 2011).

A maconha é a substância ilícita mais consumida no mundo, estimando-se que entre 125 e 203 milhões de pessoas tenham utilizado ao menos uma vez essa substância no ano de 2009 (HARTUNG *et al.*, 2014). No ano de 2013, cerca de 18,1 milhões de pessoas no mundo relataram o uso contínuo dessa substância. A prevalência do consumo vem crescendo cada vez mais, sobretudo, pela pouca consciência pública e, por consequência, pela banalização dos seus efeitos deletérios (HARTUNG *et al.*, 2014; THAMES; ARBID; SAYEGH, 2014).

A semelhança dos efeitos negativos da maconha pode ser encontrada com o uso crônico de crack, porém de maneira mais veloz, uma vez que essa substância estimulante tem alto poder viciante e destrutivo. O uso do crack está relacionado a alto índice de mortalidade em curto período de tempo, devido a fatores externos, como homicídios, e a condutas antissociais, como furtos e roubos (FREIRE *et al.*, 2012).

O crack traz importantes impactos na saúde física, que se expressam por alterações tão sérias quanto as que ocorrem na dependência do álcool e da maconha. Síndromes metabólicas como o aumento da temperatura corporal, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a degeneração muscular (rabdmíólise) são sintomas frequentes em dependentes desta substância (FREIRE *et al.*, 2012).

Desde a década de 1990, o crack tem sido considerado uma epidemia no Brasil, estando associado, muitas vezes, à criminalidade, à prostituição e à violência. Estima-se que cerca de um milhão de brasileiros sejam usuários ativos de crack, apesar disso, os dados epidemiológicos associados a essa substância são limitados (CRUZ *et al.*, 2013).

Apesar de esta substância ser comumente fumada, diferentes casos apontam para seu uso injetável, o que eleva seu impacto negativo. Ao contrário da cocaína, o crack não se dissolve em água, necessitando ser dissolvido em soluções ácidas, como o suco de limão (CRUZ *et al.*, 2013). O uso do crack foi descrito pela primeira vez no ano de 1996 nos Estados Unidos, iniciado em decorrência da dificuldade de obtenção de cocaína em pó para misturar com a heroína (*speed balls*). Atualmente, o índice chega a 15% dos usuários norte-americanos e a 40% no Reino Unido (BUCHANAN *et al.*, 2006; CRUZ *et al.*, 2013).

O crack, quando injetado, gera outros problemas além daqueles que ocorrem quando ele é fumado. Ele apresenta os mesmos riscos que qualquer outra droga que necessite desse mesmo modo de administração, adicionados aos efeitos negativos das soluções ácidas, que podem danificar a rede venosa (CRUZ *et al.*, 2013).

Apesar de representar um quantitativo menor, o uso de heroína é responsável por 0,2% dos óbitos em todo o mundo, além de contribuir para o surgimento de diversas doenças, infecciosas ou não. O uso de agulhas contaminadas para o consumo de substâncias endovenosas favorece a propagação do *Human Immuno Deficiency Virus* (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), hepatite e tétano, além disso, pode causar vasculite, septicemia, endocardite bacteriana subaguda, entre outras doenças (UNODC, 2012; DSM V, 2014).

No que se refere aos compromissos mundiais assumidos na Assembleia Geral, em 2011, acerca da Declaração Política sobre HIV e SIDA, houve uma intensificação dos esforços na tentativa de reduzir em 50% as novas infecções em países cuja epidemia desta doença ocorre entre pessoas que usam drogas injetáveis (UNODC, 2013).

Atualmente, há um crescente movimento entre os usuários de drogas injetáveis para seu uso não injetável, principalmente nos Estados Unidos, nos estados de Nova Iorque, New Haven e Baltimore, e em outros países como Holanda, especificamente em Amsterdã, na China, na Malásia e no Brasil (JARLAIS *et al.*, 2014).

Tal tentativa de mudança de modo de administração contribui para a redução do risco de *overdose*, de contaminação bacteriana, favorecendo a redução da

aquisição e da transmissão do vírus da hepatite e do HIV. Vale ressaltar que essa mudança do estilo de uso da droga beneficia aqueles que não foram infectados e aqueles que já têm esses vírus, por terem uma probabilidade menor de perpetuar a transmissão para outras pessoas. Essas evidências foram comprovadas tanto em Amsterdã quanto no Brasil (JARLAIS *et al.*, 2014).

Existe certa relação entre dependência de drogas e classes sociais menos favorecidas, entretanto, pesquisas realizadas com classes sociais mais elevadas são incipientes, o que pode significar que os problemas relacionados à substância não são exclusivos de pessoas financeiramente carentes (FREIRE *et al.*, 2012). Independentemente de qual seja a droga consumida, há inúmeros fatores de risco associados, que contribuem para a exposição do indivíduo a situações vulneráveis para seu uso nocivo cada vez mais precoce, como pobreza, injustiça social, baixos níveis educacionais e problemas familiares. Quanto maior a quantidade de fatores, maior é a suscetibilidade para desenvolver a dependência (DIEHL *et al.*, 2011).

Entre esses fatores, está o funcionamento familiar disfuncional. A ruptura da estrutura familiar, a discórdia conjugal, a exposição a estresses decorrentes de brigas, a negligência e o abuso proporcionam um ambiente negativo que pode aumentar o risco de uso prematuro de drogas pelos seus membros (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRAS, 2010).

O início do uso de drogas geralmente acontece na adolescência. O púberes tendem a iniciar em média aos 12,5 anos o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, substâncias liberadas para a produção, venda e consumo no Brasil. Já para as substâncias ilícitas, a média de início do consumo sobe para 13,9 anos para a maconha e 14,4 anos para a cocaína. Este panorama nacional difere do encontrado na década de 1950, cujo início de envolvimento com drogas ocorria em torno dos 18 anos de idade (CARLINI *et al.*, 2006; CARLINI *et al.*, 2010; DIEHL *et al.*, 2011).

Os adolescentes se envolvem com drogas comumente por curiosidade, em geral, buscando uma sensação diferente e um comportamento no qual possam ser valorizados e incentivados pelos pares. Este envolvimento precoce afasta o púbere do desenvolvimento normal, impedindo-o de se envolver em atividades importantes neste momento da vida (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRAS, 2010).

Além da curiosidade, há vários motivos para o uso de drogas na adolescência, mas a necessidade da busca do novo, o universo das

experimentações e da descoberta de caminhos não explorados, característica comum entre os adolescentes, favorecem o encontro do jovem com as drogas (VASTERS; PILLON, 2011).

O envolvimento precoce com as substâncias psicoativas pode ser caracterizado pela associação dos fatores anteriormente citados, pela disponibilidade de drogas nas ruas, pela cultura do grupo e por múltiplos aspectos psicossociais. Mas é imprescindível ressaltar que deve ser considerada a particularidade de cada caso pela complexidade que envolve esse transtorno mental, especialmente, em adolescentes (DIEHL *et al.*, 2011).

A adolescência é um período crítico do desenvolvimento humano, caracterizado por diversas transições, marcadas por mudanças físicas, cognitivas, emocionais, ambientais e sociais. Nessa fase, os jovens devem adquirir habilidades necessárias para se tornar membros produtivos da sociedade adulta (VASTERS; PILLON, 2011; GRIGSBY *et al.*, 2014).

Diante deste contexto, compreende-se que o uso precoce de drogas pode dificultar o desenvolvimento dessas habilidades, pois impacta diferentes âmbitos da vida do adolescente, ocasionando importante cadeia de problemas em consequência de ampla gama de implicações negativas para si e para a sociedade (BECKER; GRILLO, 2006).

O uso de drogas na adolescência contribui com o desenvolvimento de comportamentos delinquentes, eleva os índices de mortalidade prematura, favorece um comportamento sexual de risco, insucessos escolares, perpetração ou vitimização de comportamento violento, podendo ainda aumentar o risco de desenvolver outros transtornos mentais como a depressão e a ansiedade (GRIGSBY *et al.*, 2014).

A tendência crescente do uso de drogas na adolescência é alarmante, pois são inúmeras as consequências adversas a curto e em longo prazo, apesar de se compreender que nem todos aqueles que se iniciam no uso das drogas precocemente passam do uso esporádico para o uso abusivo ou dependente e desenvolvem consequências negativas (DIEHL *et al.*, 2011; VASTERS; PILLON, 2011).

Além disso, há indicação de critérios genéticos e familiares não genéticos como conflitos, negligência parental e abuso sexual e não sexual, que tem sido associado ao uso precoce de drogas pelos adolescentes (BECKER; GRILLO, 2006).

Pode ser considerada critério não genético, a influência de um membro familiar que faz o uso de drogas. O uso abusivo de substâncias psicoativas entre familiares desencadeia uma série de disfunções no ambiente familiar que podem desencadear dependência química entre seus jovens, sem considerar outros transtornos mentais que são favorecidos por esse contexto familiar (DIEHL *et al*, 2011).

Vale ressaltar que afirmar que um filho de um dependente químico se tornará um dependente é simplificar todos os complexos fatores envolvidos na dependência química, (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRAS, 2010; DIEHL *et al*, 2011), já amplamente citados no presente estudo.

O consumo de substâncias químicas está cada vez mais frequente entre mulheres. Essa configuração vem ganhando um quantitativo cada vez maior e, sobretudo, nas últimas décadas, esse aumento foi considerável, mas há poucos dados direcionados ao uso de substâncias psicoativas por essa clientela (CARLINI *et al.*, 2006; DIEHL *et al.*, 2011).

Várias justificativas podem representar esse quadro, entre elas, o estigma social, a falta de treinamento de equipes na atenção primária para a identificação dessas mulheres, a carência de serviços específicos e a negligência ou oposição dos familiares em oferecer ajuda (GOMES, 2010).

O último levantamento nacional sobre o uso de drogas revela predominância masculina no abuso de drogas, chegando a quase três vezes mais que as mulheres (CARLINI *et al.*, 2006). Os escassos estudos referentes a mulheres e os aspectos anteriormente citados são insuficientes para apresentar a atual realidade brasileira (GOMES, 2010).

Outros aspectos em relação à dificuldade de dados referente à dependência química em mulheres é a vergonha ou culpa por seu comportamento, medo de perder os filhos e preservação da autoimagem por questão de repressão social (GOMES, 2010).

No decorrer da história, o envolvimento com substâncias psicoativas em mulheres era mais restrito, pois não era compatível com a conduta doméstica tradicional que desempenhavam. Com o advento da Segunda Guerra Mundial, a mulher passou a exibir comportamentos que até então eram exclusivos dos homens, entre eles, o de ingerir bebidas alcoólicas (CARLINI *et al.*, 2006; DIEHL *et al.*, 2011).

Atualmente, há várias diferenças da dependência química entre homens e mulheres. Em geral, as mulheres abandonam sua família de origem, os filhos, perdem o emprego, envolvem-se com práticas violentas e praticam sexo sem proteção. Muitas utilizam a prostituição como recurso para o sustento do vício, enquanto os homens geralmente adquirem problemas legais e profissionais. Os efeitos psicológicos da droga, as diferenças metabólicas, as comorbidades psiquiátricas e físicas e as questões socioculturais e genéticas são distinções básicas entre os sexos, já percebidas desde a adolescência (GOMES, 2010; DIEHL *et al.*, 2011).

O impacto do uso de drogas, para a mulher, ocorre também na gestação e na amamentação, pois a maioria delas está em idade reprodutiva. Essa questão gera um prognóstico negativo para a mãe e para o feto. Entre estes prognósticos, estão o retardo de crescimento, baixo peso ao nascer, microcefalia, retardo no desenvolvimento motor e social, comprometimento intelectual, irritabilidade e dificuldade na amamentação (DIEHL *et al.*, 2011).

Torna-se difícil conhecer o quantitativo das consequências negativas do uso de drogas pela mãe para o feto, pois cerca de 20 a 63% das mães negam o uso de drogas devido a implicações legais que envolvem o caso e o envolvimento com a justiça e, especialmente, pelo sentimento de culpa de expor o feto a um conhecido risco (CARLINI *et al.*, 2010; DIEHL *et al.*, 2011).

No entanto, ao desconsiderar essas distinções básicas de gêneros e direcionar para o impacto que o abuso e a dependência de drogas de um modo geral causam, é possível perceber a forte relação com o surgimento de outros transtornos mentais, independentemente da substância usada e do histórico familiar.

Entre os transtornos mais comuns estão os de ansiedade, de alimentação, de personalidade, de conduta, de atividade e de atenção. Há aqueles que têm transtornos mentais mais graves, como o transtorno de humor e a esquizofrenia, nos quais o consumo de substâncias psicoativas pode gerar piores consequências, mesmo em poucas doses, como, por exemplo, o suicídio (KAPLAN; SADOCK, 2007; DIEHL *et al.*, 2011).

Cerca de 10% das pessoas que têm algum tipo de transtornos de humor e usam drogas cometem suicídio, sobretudo quando estão em tratamento. Este quantitativo corresponde a 20 vezes mais chances do que a população em geral. Há

evidências científicas que relacionam o uso agudo ou crônico do álcool ao suicídio, com índices de até 7% de casos (KAPLAN; SADOCK, 2007; SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010; DIEHL *et al.*, 2011; DSM V, 2014).

Várias hipóteses podem justificar a relação entre o uso de drogas e o desenvolvimento de outros transtornos mentais, entre as quais, está o entendimento de que ambos os transtornos são resultantes de uma mesma raiz neurobiológica. Nesse caso, tanto a dependência química como outro transtorno mental surgiriam por consequência de uma predisposição genética e representariam uma mesma doença, porém, em estágios diferentes (DIEHL *et al.*, 2011).

Outra suposição é o desenvolvimento de determinado transtorno como consequência do surgimento de outro. Nessa situação, independentemente de qual tenha se iniciado primeiro, ambos se influenciam, sendo que o primeiro causaria fragilidades que facilitariam o surgimento do outro. Nesse caso, sabe-se que o quadro de sofrimento gerado pelo transtorno mental pode ser atenuado ou aliviado pelo uso de substâncias químicas (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRAS, 2010; DIEHL *et al.*, 2011).

A hipótese mais discutida atualmente é o surgimento de comorbidades psiquiátricas após o uso de substâncias psicoativas. O álcool, por exemplo, aumenta em quatro vezes a chance de o dependente químico desenvolver algum tipo de transtorno de humor, devido às propriedades da substância química ou por consequências sociais decorrentes do seu uso contínuo (DIEHL *et al.*, 2011).

Entretanto, independentemente de qual seja o motivo do desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas, sabe-se que o uso de substâncias psicoativas pode minimizar, atenuar ou piorar os sintomas físicos, cognitivos, comportamentais e emocionais de outros transtornos mentais, dificultando o diagnóstico exato. Desse modo, entre os dependentes químicos pode haver maior prevalência de comorbidades que aquelas já registradas (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRAS, 2010; DIEHL *et al.*, 2011).

Essa dificuldade em diagnosticar corretamente a comorbidade psiquiátrica se dá pela heterogeneidade dos indivíduos e pela diversificada sintomatologia que apresentam. Dependendo da substância e de sua interação, pode resultar em menor chance de tratamento e diminuir a resposta medicamentosa, fato que prejudica a possibilidade de recuperação (DIEHL *et al.*, 2011).

O impacto do abuso de drogas gera consequências negativas na saúde física dos indivíduos. O *Global Health Observatory* (GHO), maior agência de saúde mundial, aponta um total de 5,4% de doenças em todo o mundo relacionada de algum modo com o uso de drogas (WHO, 2013).

O hábito de abusar de drogas é um dos fatores para o desenvolvimento de epilepsia, doenças cardiovasculares, doenças hepáticas e câncer. Além disso, o uso nocivo está relacionado à propagação da tuberculose, entre outras doenças. Os índices se elevam ao considerar o desenvolvimento de vários tipos de agressões e de acidentes de trânsito (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010; WHO, 2013).

Quanto aos acidentes de trânsito, em média, 50% das mortes envolvem um motorista ou um pedestre intoxicado por drogas. Nos Estados Unidos, cerca de 9,4 milhões de pessoas foram flagradas dirigindo sob o efeito de drogas. Desses, 66% fizeram o uso de álcool associado, o que pode potencializar os efeitos da substância e aumentar o risco de acidente de trânsito (WHO, 2013).

Em treze países da Europa, entre 50.000 mil condutores submetidos a testes, 1,9% apresentaram resultado positivo para o uso de substância ilícita, entre elas, maconha, cocaína, anfetaminas e opióides. Os índices mais elevados foram registrados mormente nos finais de semana e entre os jovens do sexo masculino (WHO, 2013).

Quanto aos dados pertinentes ao Brasil, cerca de 4,6% motoristas estavam sob o efeito de alguma substância ilícita entre os 3.398 mil entrevistados em um levantamento nacional, e as substâncias mais frequentes foram a maconha com 32%, benzodiazepínicos com 16% e a cocaína com 3,9%. Os acidentes de trânsito são a segunda causa mais comum de morte entre pessoas de 5 a 29 anos e 29% desses óbitos ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, caso do Brasil (WHO, 2013).

De acordo com o I Levantamento Nacional Sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, 25% dos homens entrevistados relataram terem dirigido automóvel sob o efeito de álcool pelo menos uma vez e 34% afirmaram terem sido carona de alguém que estava sob o efeito dessa mesma substância. O álcool é responsável pela maior causa de morte entre as idades de 16 e 20 anos no País, pois danifica os reflexos e prejudica a coordenação motora (LARANJEIRAS *et al.*, 2007; ROCHA; ROCHA JR, 2010).

Sabe-se que a dependência de drogas é um fenômeno complexo, que envolve múltiplos determinantes biopsicossociais, mormente em indivíduos que têm histórico de agressividade, interligando o uso de drogas, de diversas maneiras, com a criminalidade (CHALUB; TELLES, 2006; SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

O número de crimes relacionados a drogas, como o tráfico e delitos, a exemplo do roubo, sequestro e homicídio, teve um aumento considerável a partir da década de 1980. Cinco anos depois, o tráfico de drogas foi o motivo de três vezes mais condenações que há 20 anos (CHALUB; TELLES, 2006; SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010). O aumento da criminalidade relacionado ao uso de drogas ocorreu, sobretudo, nas grandes cidades e em seu entorno, entretanto, na década de 1990 este fato se estendeu às cidades do interior, em especial àquelas que estão situadas na rota do tráfico (CHALUB; TELLES, 2006).

Nos últimos anos nos Estados Unidos, houve aumento significativo de mulheres que foram encarceradas por delitos relacionados a drogas. Mesmo que as mulheres representem menos de 7% dos presos, o aumento foi de 23% desde o ano 2000, o que significa que mais de 80% das infrações cometidas pelo sexo feminino estão relacionadas ao uso de drogas. Entre essas, 50% estavam sob o efeito de drogas no momento exato do delito (KISSIN *et al.*, 2014).

A variabilidade dos efeitos das substâncias químicas associadas a fatores orgânicos, socioculturais e de personalidade do indivíduo contribui para tornar a associação entre a criminalidade e os transtornos por uso de substâncias psicoativas um grave problema, que gera inúmeros impactos negativos (CHALUB; TELLES, 2006).

O estudo pericial para determinar se os crimes foram causados pelo uso de substâncias psicoativas é determinado após a avaliação de várias questões importantes. Primeiramente, é necessário que o crime esteja relacionado à substância em uso e, conseqüentemente, ao quadro clínico causado por ela, como a intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência, estado de abstinência com *delirium*, transtorno psicótico, síndrome amnésica, transtorno psicótico residual ou de disposição tardia (CHALUB; TELLES, 2006).

Em se tratando de violência doméstica, em 92% dos casos houve uso de substâncias psicoativas pelo perpetrador ou pela vítima. As drogas facilitam o ato de violência, pois podem atuar como desinibidoras, como, por exemplo, o álcool; ou como estimulantes, a cocaína, o crack e as anfetaminas, que reduzem a capacidade

de controle dos impulsos e aumentam a persecutoriedade do indivíduo, favorecendo a violência (ZILBERMAN; BLUME, 2005).

Especialmente a agressão ao parceiro íntimo é um problema internacional permanente. Entre casais norte-americanos, a cada cinco casais ao menos um relatou ter problemas de agressão entre os parceiros. Esse fato gera efeitos prejudiciais como depressão, vergonha, estresse, lesões físicas e até mesmo suicídio, tanto para os homens como para as mulheres (MOORE *et al.*, 2008).

No artigo 28 do Código Penal Brasileiro, estar sob o efeito de álcool ou de substâncias psicoativas não exclui a imputabilidade penal. Exceto nas situações elencadas nos § 1º e 2º, do referido artigo o qual indica que quando o estado de intoxicação for completa oriunda de caso fortuito ou de força maior que ocorra ao tempo do delito e que não ofereça capacidade de compreensão do ato, pode ocorrer a isenção da pena; ou quando o estado de intoxicação deva ser oriundo de caso fortuito ou de força maior, diminuir, mas não extinguir a capacidade de compreensão do caráter ilícito do ato, nesse caso, ocorre redução facultativa da pena (BRASIL, 2001a).

De acordo com o entendimento doutrinário, a inimputabilidade se refere ao agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não tem, ao tempo da prática do fato, capacidade de entender o seu caráter ilícito ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Já a imputabilidade é o sujeito mentalmente 'são' e desenvolvido capaz de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento. Vale ressaltar que a imputabilidade é a regra, e a inimputabilidade, a exceção (JESUS, 2010).

É imprescindível que haja nexos de causalidade entre a intoxicação e o delito, bem como avaliar a capacidade que o indivíduo tem de entendimento do ocorrido. Para tanto, são necessários exames médico-legais, versão narrada do próprio indivíduo e/ou das testemunhas e as informações contidas nos autos (CHALUB; TELLES, 2006).

Existem muitos desafios no que se refere às consequências do uso de drogas, especialmente porque este universo é dinâmico e variável. A prevalência do uso de substância muda a cada ano, dependendo da localização geográfica, e desperta a curiosidade de todos, emergindo novas consequências, dificultando o trabalho dos serviços especializados (DIEHL *et al.*, 2011).

O Relatório Mundial Sobre Drogas, publicado no ano de 2013, apresenta as consequências relacionadas ao uso de novas substâncias psicoativas no comércio informal. A variedade e a velocidade com que essas novas substâncias se propagam geram uma das mais notáveis tendências no mercado narcótico ao longo dos últimos cinco anos, que consiste em ameaça para a saúde pública em decorrência da rápida evolução e da ausência de precedência (WHO, 2013).

Desde o ano de 2009 até meados de 2012, ascendeu de 166 para 251 tipos diferentes de drogas, um acréscimo de 50% de novas substâncias psicoativas, excedendo o total de substâncias que já estão sob controle internacional. Entre as novas substâncias que foram catalogadas, estão inclusas a Ketamina e substâncias à base de plantas, piperazidas, catinonas sintéticas, feniletilaminas e, em menor quantidade, os canabíoides sintéticos como o Skank (UNODC, 2013).

Os países latino-americanos que expuseram o surgimento dessas novas substâncias são: Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Panamá, Uruguai e Brasil. Em terras brasileiras, houve o aparecimento de mefredona e de 1,3 *dimethylamylamine* (DMAA). Vale ressaltar que o índice de uso dessas substâncias é mais baixo na América Latina que na América do Norte e na Europa (UNODC, 2013).

As novas substâncias são vendidas abertamente por vários meios, especialmente pela *internet*, onde não passam por testes de segurança. Pouco se sabe acerca dos efeitos adversos e do potencial de dependência, podendo ser mais perigosas do que se acredita (UNODC, 2013).

Os esforços do governo para o combate ao uso de drogas são insuficientes, devido à dinâmica que envolve a produção, venda e consumo destas substâncias. Entre os anos de 2007 e 2010, o cultivo da planta de coca caiu em 18%, houve declínio de um quinto na produção de ópio. Entretanto, esses números são compensados pelo aumento dos níveis de produção e consumo de drogas sintéticas (UNODC, 2012).

As dificuldades de controle da distribuição das drogas atuais e o surgimento das novas substâncias no que se refere ao tráfico de drogas e às medidas legislativas nacionais que podem violar os direitos humanos contribuem para o aumento do consumo. A redução da oferta e a redução da demanda não são capazes de resolver o problema por si só, sendo necessário incluir mais esforços na prevenção e no tratamento de dependentes (WHO, 2013).

Considerando o tratamento disponível para dependentes de drogas, dados de um estudo realizado pela GHO em 147 países, com o equivalente de 88% da população mundial, mostraram que o principal local de tratamento são as instituições especializadas em dependência química, seguidas pelo sistema de saúde mental e pelos sistemas de atenção primária. Desses sistemas, apenas 9% têm rotinas de prevenção ao uso de drogas na atenção primária (WHO, 2013).

A média mundial de números de leitos reservados para o tratamento de dependência química foi de 1,7 leitos por 100.000 habitantes no ano de 2008. O menor índice foi na região Africana, com 0,2 leitos, e o maior índice pertenceu à Europa, com 10,3 leitos para cada 100.000 mil habitantes (WHO, 2013).

No Brasil, até o ano de 2012, o número de leitos para o tratamento da dependência química era de 1.600 em enfermarias especializadas, 0,8 leitos para cada 100.000 habitantes. Após esse período, houve um aumento para 3.508 leitos, 1,7 leitos para cada 100.000 habitantes, igualando o índice mundial, além disso, foi elevado o valor da diária paga aos hospitais referente ao internamento, com o intuito de incentivar o tratamento desses pacientes (BRASIL, 2012a).

No entanto, esses valores correspondem a 0,34% dos leitos necessários indicados pela Organização Mundial da Saúde para o tratamento da dependência química (BRASIL, 2011a). Esse incentivo financeiro reflete a expansão do consumo de drogas no cenário epidemiológico nacional, principalmente em decorrência do uso de álcool, inalantes e cocaína e suas diferentes apresentações. Destarte, há necessidade inadiável de ampliar o acesso ao tratamento em hospitais gerais bem como o aumento de investimento na prevenção (BRASIL, 2012a).

O número de vagas para tratamento da dependência nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) aumentou. Desde o ano de 2002, ano de sua criação, o quantitativo foi de 42 CAPS AD para todo o país. Desde então, houve um crescimento de 476,19% até 2013, chegando a 258 unidades desses serviços (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2011c). Mesmo com esse crescimento, há necessidade de mais investimentos nesses serviços, pois há falta de cobertura em muitas partes do território brasileiro. O estado do Amazonas, por exemplo, não tem nenhum CAPS AD para uma população de mais de três milhões de pessoas. Estados como o Acre, Rondônia, Tocantins e Roraima têm apenas um CAPS AD cada (BRASIL, 2012b).

O CAPS é um serviço de saúde mental, aberto e comunitário, criado para ser substitutivo às internações psiquiátricas, destinado a atender pacientes com

transtornos mentais moderados e severos, na área de abrangência, buscando estimular a integração com a família e com a sociedade. Tem como objetivo promover a autonomia dos participantes, oferecendo atendimento médico e psicológico, sendo este serviço considerado a principal estratégia do movimento da reforma psiquiátrica, iniciado no ano de 1978 (BRASIL, 2004).

O primeiro CAPS criado foi o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Siqueira, no ano de 1986, na cidade de São Paulo, pelo incentivo de um intenso movimento social dos trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria na assistência a pessoas com transtornos mentais. Desde então, este dispositivo extra-hospitalar vem sendo o principal recurso na mudança do modelo de tratamento manicomial para o psicossocial (BRASIL, 2004).

O CAPS visa a promover a inserção social dos pacientes envolvendo a educação, trabalho, esporte, cultura e lazer. Tem a responsabilidade de articular a rede de saúde mental do município, oferecendo suporte e supervisão à atenção básica (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, a equipe técnica deve acolher os pacientes, desenvolver os projetos terapêuticos oferecendo um cuidado eficiente e personalizado, realizar atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência e, eventualmente, equacionar problemas e outras questões relacionadas ao funcionamento do serviço (BRASIL, 2004).

Para tanto, utiliza como recurso o Plano Terapêutico Singular (PTS), que é um conjunto de propostas relacionadas a condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, com base em discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar. Esta proposta é bastante utilizada na saúde mental, pois possibilita uma atuação integrada da equipe, valorizando aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, o tratamento passa a ser designado ao sujeito considerando sua existência relacionada a condições concretas da vida. A abordagem terapêutica fundamentada no modelo psicossocial de reabilitação cria possibilidades, produções sociais e subjetividades (AMARANTE, 2009).

Destarte, o tratamento para a dependência química é considerado potencialmente longo, pois envolve mudança ampla de comportamento e manutenção da melhoria pessoal. A recuperação da dependência química é muito mais que ausência dos sintomas, inclui a reponsabilidade do indivíduo e da

sociedade como um todo, focando em um estilo de vida caracterizado pela sobriedade, saúde pessoal e cidadania (JOE *et al.*, 2014).

O modelo psicossocial de tratamento é um processo complexo que visa à reconstrução de saberes e práticas que buscam novas relações pessoais e sociais. Trata-se de um processo ético-estético que reconhece e valoriza novas situações, em que o conceito de doença e outros conceitos do modelo manicomial são desconstruídos (AMARANTE, 2009).

Apesar desses incentivos, as políticas públicas brasileiras não têm conseguido acompanhar a velocidade que os problemas relacionados a drogas atingem, pois a cada nova estratégia direcionada para este panorama ou a cada descoberta científica, uma nova ação liderada por traficantes é formulada (DIEHL *et al.*, 2011).

Essa realidade não se restringe ao Brasil, o custo direto com o tratamento da dependência química nos Estados Unidos gira em torno de U\$ 18 milhões por ano, enquanto as consequências decorrentes do consumo de drogas chegam a 22 vezes mais, cerca de U\$ 410 milhões (DIEHL *et al.*, 2011).

Há poucos estudos brasileiros referentes a dados econômicos relacionados a esta temática. No entanto, sabe-se que os custos para tratamentos advindos do recurso financeiro da própria família são em demasia, e muitas famílias, inclusive, se desfazem de seus bens para conseguir prover tratamento aos seus membros. Isso porque o tratamento financiado pelo governo é insuficiente (DIEHL *et al.*, 2011).

O Estado brasileiro tem muitas dificuldades para efetivar o trabalho em rede, extremamente necessário quando se trata desta clientela, sobretudo pelo financiamento inadequado para os serviços, pela alta rotatividade de profissionais, com baixa remuneração e com pouca habilidade, ocasionando um *déficit* na prática clínica (DIEHL *et al.*, 2011).

Sabe-se que a área da saúde na temática da dependência química necessita de um saber complexo e amplo, envolvendo prioritariamente as evidências científicas e as necessidades clínicas (DIEHL *et al.*, 2011). Ações que interferem diretamente na prevenção podem acautelar, significativamente, os problemas advindos da dependência química. Há necessidade de estabelecer e fortalecer aquelas políticas que buscam restaurar a saúde de indivíduos afetados por esse agravo (WHO, 2013).

Diante dessas preocupantes informações acerca do consumo de substâncias psicoativas e de seu impacto, este trabalho se justifica pela importância e pela necessidade de o enfermeiro e de a equipe multiprofissional que trabalha com pessoas que fazem uso esporádico, crônico e com aquelas que já desenvolveram a dependência química conhecerem os fatores envolvidos nesse universo complexo, multivariado e dinâmico.

Ao conhecer o impacto do uso de drogas, esses profissionais poderão desenvolver habilidades para identificar as particularidades que envolvem o dependente, seus familiares e a sociedade. Poderão compreender a complexidade da natureza deste transtorno e, desta forma, elaborar estratégias de prevenção e de tratamento adaptadas a diferentes realidades.

Dados acerca das consequências do uso de drogas são difíceis de serem encontrados (FREIRE *et al.*, 2012). Desta maneira, este trabalho visa a contribuir com informações a todos aqueles que se interessem por essa temática. Além disso, ressalta-se a importância desse trabalho para a sociedade como um todo, pois traz informações pautadas pela pesquisa, capazes de alertar, orientar e conscientizar as pessoas sobre as consequências negativas relacionadas ao uso de drogas, em uma realidade atual na qual as estatísticas apontam para um crescente e elevado número de casos a cada novo levantamento.

Diante das considerações externadas anteriormente, elaborou-se a seguinte questão que norteia esta pesquisa: Qual o impacto do uso abusivo de drogas para o dependente químico?

1.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o impacto do uso abusivo de drogas para o dependente químico.

1.1.1 Objetivos específicos

- Identificar as características sociodemográficas dos dependentes químicos quanto ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação empregatícia e renda familiar.
- Caracterizar o uso de drogas quanto à idade de início de uso, à substância de primeiro uso, à substância de preferência, à frequência de uso e ao diagnóstico médico.
- Caracterizar o impacto laboral e acadêmico do uso de drogas, considerando o abandono dos estudos, problemas no trabalho, mudança de ocupação e benefício previdenciário e correlacionar com as características sociodemográficas e de uso de drogas.
- Caracterizar o impacto pessoal do uso de drogas, considerando a *overdose*, comorbidades físicas e mentais, tratamento medicamentoso, ideação e tentativa de suicídio, comportamento sexual disfuncional, DSTs, agressão física e consequências criminais e acidentes de trânsito e correlacionar com as características sociodemográficas e de uso de drogas.
- Caracterizar o impacto familiar do uso de drogas, considerando o histórico familiar do uso de drogas, o grau de parentesco, a substância de uso pelo familiar, se houve rompimento de vínculos, problemas conjugais, abandono do lar e situação de rua e correlacionar com as características sociodemográficas e de uso de drogas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico e transversal. O modo quantitativo trata de dados pesquisados que contenham informações precisas. Ressalta-se nesse método o raciocínio lógico, por meio de procedimentos estruturados e instrumentos formais e objetivos para a coleta dos dados (LEVINE, 2008). Dessa forma, esses dados devem ser matematizados e analisados por tratamentos estatísticos, utilizando tabelas, gráficos, porcentagens ou estudo probabilístico (MARQUES *et al.*, 2006).

Os estudos analíticos sugerem hipóteses pautadas em medidas de associação entre diferentes fatores. Nesse caso, parte-se de um fator de exposição em busca de uma associação a um evento de desfecho (ARAGÃO, 2011). Esse tipo de pesquisa envolve uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas na tentativa de apresentar um determinado fenômeno (FONTELLES *et al.*, 2009).

O estudo transversal refere-se à coleta de dados durante determinado tempo, no qual são obtidos os fenômenos que o compõem, cujo delineamento é importante para descrever uma situação, um fato, ou a relação entre acontecimentos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2010; ARAGÃO, 2011).

Os estudos transversais medem as características da amostra em um único momento, sem acompanhamento através do tempo, sendo observado apenas em um momento determinado do tempo. Portanto, as variáveis preditoras e de desfecho são mensuradas em um mesmo momento. São recomendados para indicar um estado epidemiológico, podendo fornecer informações clínicas e demográficas relevantes sobre o grupo estudado (LEVINE, 2008).

2.1 LOCAL DA PESQUISA

O local de coleta de dados dessa pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD) do município de Colombo. Este município

pertence à região metropolitana de Curitiba, localizado na 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná (PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2013; IBGE, 2013).

O município de Colombo faz divisas com vários outros municípios do Paraná e situa-se a 17 km da capital, Curitiba. Atualmente, tem uma população em torno de 227.220 mil habitantes, um território de 197,793 km², distribuído em áreas rurais e urbanas, caracterizado pela maior colônia italiana do Paraná. Tem 42 bairros com mais de 200 loteamentos, sendo que 70% do seu território está sob área de proteção ambiental (PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2013; IBGE, 2013).

A distribuição populacional do município de Colombo segue as tendências do estado do Paraná e do Brasil, em que a maioria é constituída por jovens de idade entre 10 a 34 anos, configurando uma situação intermediária em relação à pirâmide etária com características adultas (IBGE, 2013).

Com relação aos serviços de saúde, o município de Colombo tem 27 estabelecimentos municipais e 13 privados. Considerando especificamente os serviços de saúde mental públicos, o município conta com um Centro de Atenção Psicossocial II, criado em 2006, um CAPS AD, criado em 2007, e, em fase de implementação, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (COLOMBO, 2011).

O CAPS AD do município de Colombo tem equipe multiprofissional composta por dois enfermeiros, um técnico de enfermagem, dois psicólogos, um assistente social, um médico generalista, um psiquiatra e um terapeuta ocupacional.

O tratamento é realizado por meio de atendimentos individuais, em grupos, atendimento para a família, atividades comunitárias, assembleias ou reuniões de organização do serviço. Semanalmente, é oferecido o Grupo de Tabaco, cujo intuito é auxiliar aqueles que desejam diminuir ou parar de fumar cigarro de tabaco, mudar comportamento e estilo de vida (COLOMBO, 2011).

Os indivíduos dependentes de drogas podem procurar tratamento por acesso direto ao CAPS AD, não sendo necessário encaminhamento de outro serviço FIGURA 1, entretanto, diversas outras instituições podem encaminhá-los quando for necessário (COLOMBO, 2011).

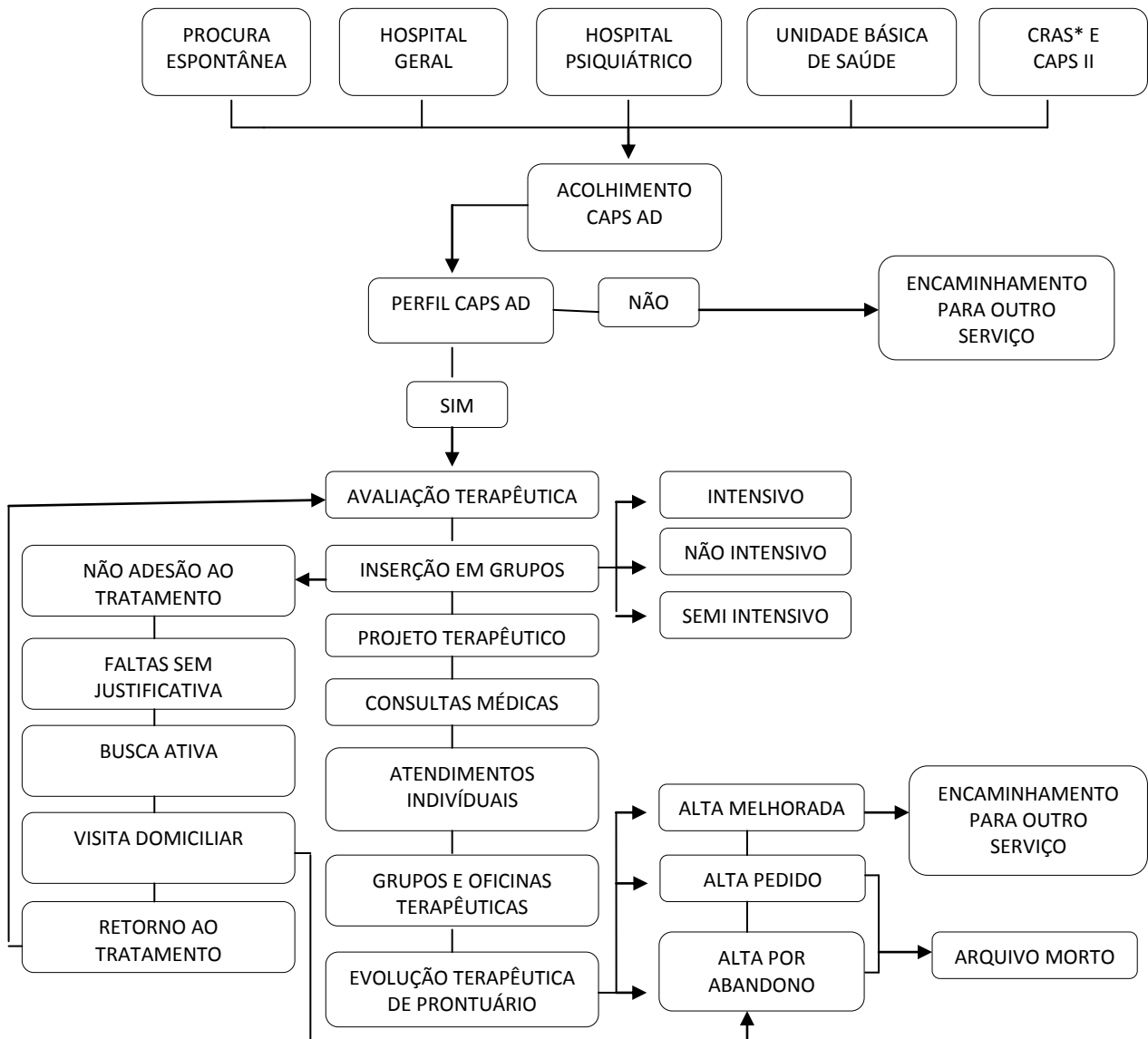


Figura 1: Adaptação do fluxograma de atendimento no CAPS AD
 *Centro de Referência de Assistência Social
 Fonte: Colombo (2011).

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos neste trabalho pacientes com idade maior que 18 anos, que estavam inseridos em ao menos um grupo terapêutico. Foram excluídos aqueles que não tinham condições de ser entrevistados por falta de comunicação verbal ou por

estarem sob o efeito de alguma substância química em todas as oportunidades de contatos da pesquisadora.

2.3 AMOSTRA

Durante o período de coleta de dados, janeiro a junho de 2012, 192 dependentes químicos estiveram em tratamento no CAPS AD, e todos foram convidados a participar da pesquisa. No entanto, participaram 163 indivíduos, considerando os critérios de inclusão e exclusão e as perdas da pesquisa.

No primeiro mês (janeiro) da coleta de dados, 72 dependentes químicos já estavam em tratamento e inseridos nos grupos terapêuticos, posteriormente, houve ingresso de mais 120 pacientes.

Foram excluídos um participante, que em todos os contatos não apresentou condições de comunicação verbal, um que estava intoxicado em todas as oportunidades de contato, três que não foram informados sobre a pesquisa no momento da inserção no grupo terapêutico e, logo após, desistiram do tratamento, não sendo possível o contato, e 24 que não aceitaram participar após cinco tentativas de convite.

2.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos meses de janeiro a junho de 2012, nas dependências do CAPS AD, em local reservado, escolhido pela enfermeira coordenadora para que o paciente se sentisse à vontade e não houvesse interferência externa. Os pacientes que já estavam em tratamento no momento da pesquisa foram abordados na Assembleia que acontece todos os dias antes dos grupos terapêuticos, com o intuito de discutir com eles, questões estruturais do serviço, avisos, eventos, entre outros assuntos. Após o término dos grupos terapêuticos, os pacientes eram convidados a se direcionar ao local da entrevista ou eram agendadas as entrevistas.

Aqueles que iniciavam o tratamento eram abordados no Grupo de Acolhimento, que acontecia nas terças-feiras pela manhã. O profissional que dirigia o grupo 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 AD.

Caso houvesse recusa em participar da pesquisa, era feito novo convite em outro momento, se persistisse a recusa, o indivíduo era abordado por mais quatro vezes em dias diferentes e, após o quinto convite, era excluído da amostra.

2.4.1 Instrumento de coleta de dados

Para a realização das entrevistas, foi utilizado um instrumento estruturado (APÊNDICE A) que contém questões que permitiram a caracterização do paciente em relação ao uso de drogas e o impacto desse uso, considerando os aspectos laborais e acadêmicos, pessoais e familiares. Tal instrumento foi elaborado com base em leituras realizadas em estudos quantitativos sobre a temática de dependência química e com o auxílio de um profissional de estatística para a definição das variáveis.

2.4.2 Estudo Piloto

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, foram realizados quatro estudos piloto para avaliar a necessidade de adequação do instrumento de coleta. Nessa fase da pesquisa, verificou-se que o instrumento de coleta era adequado para a realização das entrevistas.

2.4.3 Banco de Dados

Os dados oriundos da entrevista foram transcritos para um banco de dados informatizado, utilizando o programa computacional *Microsoft Excel® 2010 for Windows*. Para tanto, os dados dos formulários foram transformados em variáveis categóricas e numéricas e alimentados nas planilhas por meio de dupla digitação pelo próprio pesquisador. Posteriormente, foi feita a checagem das informações incluídas para evitar possíveis erros.

2.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis foram estabelecidas de acordo com a literatura estudada para o desenvolvimento da pesquisa e com o auxílio de uma profissional da área de estatística.

2.5.1 Variáveis de caracterização sociodemográfica

Para a caracterização dos dependentes químicos, foram elencadas as seguintes variáveis:

- 1 Idade: Idade dos participantes da pesquisa.
- 2 Sexo: Masculino e Feminino.
- 3 Escolaridade¹: Nível escolar. Foram considerados analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo.
- 4 Estado civil¹: Casado, solteiro, separado, viúvo, união consensual.

¹ Variável estruturada de acordo com as informações do IBGE (2013)

- 5 Situação empregatícia¹: Carteira assinada, autônomo, desempregado, estudante e do lar.
- 6 Renda familiar^{1,2}: renda que o grupo familiar tinha no momento da entrevista. Foram considerados sem renda; renda de até um salário mínimo; de um a três salários mínimos; de quatro a 10 salários mínimos; de 10 a 20 salários mínimos; e acima de 20 salários mínimos.

2.5.2 Variáveis de caracterização de uso de drogas

Para a caracterização do uso de drogas, foram elencadas as seguintes variáveis:

- 7 Idade de início de uso: idade em que iniciou o uso de drogas.
- 8 Tipo de droga de primeiro uso: Droga que o indivíduo fez uso pela primeira vez. Foram considerados álcool, crack, cocaína, maconha, medicamentos, tabaco, inalantes, *Lyserg Saure Diethylamid* (LSD), anfetaminas e *Ecstasy*, *XTC/Fantasy*, *heroína*, *crystal* e *OXI*.
- 9 Tipo de drogas de preferência: Foram considerados álcool, crack, cocaína, maconha, medicamentos, tabaco, inalantes, LSD, anfetaminas e *Ecstasy*, *XTC/Fantasy*, *heroína*, *crystal* e *OXI*.
- 10 Frequência do uso: frequência de uso de drogas. Foram considerados uso todo dia, uma vez por semana, duas vezes por semana, três vezes por semana, uma vez a cada 15 dias.
- 11 Se o uso fosse diário: Quantas vezes ao dia utilizou drogas. Foram considerados uma vez, duas vezes, três vezes, quatro vezes, cinco vezes ou não sabe informar quantas vezes.
- 12 Diagnóstico médico³: foram considerados os seguintes diagnósticos:
-F-10: Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de álcool;

² Foi considerado o valor do salário mínimo vigente no ano de 2012, que era de R\$ 622,00 (BRASIL, 2011b).

³ Variáveis descritas de acordo com a classificação de transtornos mentais e do comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID) (CID-10, 2006).

- F-11: Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de opióides;
- F-12: Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de canabinoides;
- F-13: Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de sedativos ou hipnóticos;
- F-14: Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de cocaína;
- F-15: Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de outros estimulantes;
- F-16: Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de alucinógenos;
- F-17: Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de tabaco;
- F-18: Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de solventes e voláteis;
- F-19: Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas; e
- Não sabe, sem diagnóstico até a data atual.

2.5.3 Variáveis relacionadas ao impacto do uso de drogas: aspectos laborais e acadêmicos.

Para o impacto laboral e acadêmico do uso de drogas, foram elencadas as seguintes variáveis:

- 13 Abandono dos estudos: se houve abandono dos estudos em decorrência do uso de drogas;
- 14 Se a resposta tiver sido afirmativa: o número de vezes que abandonou os estudos;
- 15 Benefício financeiro do Governo/previdência: se recebe algum benefício financeiro do governo/previdência;
- 16 Em decorrência da dependência química: se o benefício é em decorrência da dependência química;

- 17 Problemas no trabalho relacionados ao uso de drogas: se teve problemas laborais relacionados ao uso de drogas;
- 18 Se resposta tiver sido afirmativa: número de vezes que teve problemas laborais em decorrência da dependência química;
- 19 Mudança de ocupação: se mudou de trabalho em decorrência do uso de drogas;
e
- 20 Se resposta tiver sido afirmativa: número de vezes que mudou de emprego.

2.5.4 Variáveis relacionadas ao impacto do uso de drogas: aspectos pessoais

Para o impacto pessoal do uso de drogas, foram elencadas as seguintes variáveis:

- 21 *Overdose*: Se houve *overdose* por excesso do uso de drogas;
- 22 Se a resposta tiver sido afirmativa: foi considerado o número de vezes em que teve *overdose*.
- 23 Tratamento medicamentoso: medicações psicotrópicas prescritas pelo médico no tratamento atual do internamento;
- 24 Comorbidades físicas: comorbidades físicas em decorrência do uso de drogas, doenças endócrinas, vasculares, hepáticas, gástricas, respiratórias, cardíacas, neurológica ou outras doenças;
- 25 Comorbidades mentais: comorbidades mentais além da dependência química, considerados os principais transtornos mentais, como os psicóticos, transtornos do comportamento, do humor ou outros transtornos mentais e comportamentais;
- 26 Transtornos mentais primários: transtornos mentais diagnosticados antes da dependência química;
- 27 Ideação suicida: ideação suicida em decorrência do uso de drogas;
- 28 Tentativa de suicídio: tentativa de suicídio em decorrência do uso de drogas;
- 29 Se a resposta tiver sido afirmativa: foi considerado o número de vezes em que tentou suicídio;

- 30 Modo do suicídio: foi considerado o modo como ocorreram as tentativas suicidas;
- 31 Atos sexuais por dinheiro: recebimento de dinheiro em troca de atos sexuais para o uso da droga;
- 32 Sexo por drogas: se já fez sexo em troca de drogas;
- 33 Em decorrência da dependência química? Se os atos sexuais em troca de dinheiro foram em decorrência da dependência química;
- 34 Doenças sexualmente transmissíveis: surgimento de DSTs depois que iniciou o uso de drogas;
- 35 Se a resposta tiver sido afirmativa: o número de vezes que se descobriu infectado. Foram considerados uma vez, de duas a três vezes, de quatro a seis vezes ou não sabe precisar quantas vezes;
- 36 Quais DSTs: *Human Papiloma Virus* (HPV), Vírus da Imunodeficiência humana (HIV), sífilis, gonorreia, herpes, cancro mole, *tricomona vaginalis*, clamídia ou outra DSTs;
- 37 Acidente de trânsito: acidente de trânsito ocorrido sob efeito de drogas;
- 38 Se a resposta tiver sido afirmativa: número de vezes em que se envolveu em acidentes;
- 39 Agressão: se já agrediu alguém em decorrência do uso de drogas;
- 40 Se a resposta tiver sido afirmativa: número de vezes em que agrediu alguém;
- 41 Tipo de agressão: como foram feitas as agressões;
- 42 Agressão de outrem: se já sofreu agressão de outra pessoa em decorrência do uso de drogas;
- 43 Se a resposta tiver sido afirmativa: o número de vezes em que sofreu agressão;
- 44 Tipo de agressão: como foram sofridas as agressões;
- 45 Consequências criminais: consequências criminais relacionadas a drogas;
- 46 Se a resposta tiver sido afirmativa: número de vezes em que se envolveu em atos ilícitos; e
- 47 Tipo de crimes: quais crimes realizados.

2.5.4 Variáveis relacionadas ao impacto do uso de drogas: aspectos familiares

Para a o impacto familiar do uso de drogas, foram elencadas as seguintes variáveis:

- 48 Histórico de familiares acometidos pela doença: se há familiares dependentes químicos;
- 49 Qual familiar é acometido pela dependência química: o parentesco entre o participante e o familiar acometido pela dependência química;
- 50 Qual a substância de uso de preferência do familiar dependente químico: droga da qual o familiar do participante é dependente;
- 51 Rompimento de vínculos: se houve rompimento de vínculos familiares em decorrência da dependência química;
- 52 Se a resposta tiver sido afirmativa: foram considerados filho (a), mãe, pai, sogro (a), cônjuge, irmão, irmã ou outros familiares;
- 53 Problemas conjugais: se teve problemas conjugais em decorrência do uso de drogas;
- 54 Separação conjugal: se teve separação conjugal em decorrência do uso de drogas;
- 55 Abandono do lar: se saiu de casa por consequência do uso de drogas;
- 56 Se resposta tiver sido afirmativa: foram considerados a casa de amigos, avós, pais, irmãos, abrigo ou outros; e
- 57 Morar na rua: se já teve que morar na rua em decorrência do uso de drogas.

Destaca-se que todas as variáveis foram auto relatadas, com exceção da variável 'Diagnóstico médico', que foi extraída do prontuário.

2.6 VARIÁVEIS CORRELACIONADAS E TESTADAS

2.6.1 Variáveis de Caracterização Sociodemográfica e de Uso de drogas

1) Idade, Sexo e Situação empregatícia X Idade de início de uso, Tipo de drogas de abuso e Frequência de uso.

2.6.2 Variáveis de Caracterização sociodemográfica e Impacto do uso de drogas: Aspectos laborais e acadêmicos.

1) Idade, Escolaridade, Situação Empregatícia X Benefício financeiro do Governo/previdência, Abandono dos estudos.

2.6.3 Variáveis de Caracterização do uso de drogas e Impacto do uso de drogas: aspectos laborais e acadêmicos

1) Tipo de drogas de abuso X Abandono dos estudos, Benefício financeiro do Governo/previdência, Problemas no trabalho.

2.6.4 Variáveis de Caracterização sociodemográfica e Impacto do uso de drogas: aspectos pessoais

1) Idade, Escolaridade, Sexo, Estado civil, Situação Empregatícia X Comorbidade Mental, Comorbidade Física, Atos sexuais por dinheiro, Sexo por drogas, Consequências criminais.

2.6.5 Variáveis de Caracterização do uso de drogas e Impacto do uso de drogas: aspectos pessoais

1) Idade de início de uso, Tipo de drogas de abuso, Frequência de uso X Comorbidade Mental, Comorbidade Física, *Overdose*, Ideação suicida, Tentativa de suicídio, Atos sexuais por dinheiro, Acidente de trânsito, Agressão, Agressão de outrem, Consequências criminais.

2.6.6 Variáveis de impacto do uso de drogas: aspectos pessoais

- 1) Comorbidade Mental X Ideação suicida, Tentativa de suicídio;
- 2) Atos sexuais por dinheiro, sexo por drogas X DSTs.

2.6.7 Variáveis de Caracterização do uso de drogas e impacto do uso de drogas: aspectos familiares

1) Tipo de drogas de abuso X Problemas conjugais, Rompimento de vínculo, Abandono do lar.

2.6.8 Variáveis de impacto do uso de drogas: aspectos familiares

1) Rompimento de vínculos X Abandono do lar, Histórico familiar do uso de drogas.

2.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente foi feita uma análise descritiva das variáveis referentes à caracterização sociodemográfica, caracterização do uso de drogas e do impacto do uso de drogas, considerando os aspectos laborais e acadêmicos, pessoais e familiares. Para as variáveis categóricas (ordinal e nominal) e para as variáveis numéricas (discretas e nominais), foi feita a distribuição de frequências absolutas e relativas. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2010), por esse método o pesquisador consegue descrever e sintetizar os dados, tornando-os estatísticos.

Especificamente para as variáveis numéricas, foram aplicadas as medidas de tendência central e as medidas de dispersão, entre elas, a média, mediana e desvio padrão, quando necessário.

Foi feita uma análise da existência ou não de significância entre as variáveis de interesse dentro de cada grupo, para tanto, foi aplicado o teste de correlação de *Pearson* a nível de significância de $p \leq 0,05$. Para aquelas variáveis em que houve significância, procedeu-se ao Teste de Média, cujo objetivo foi verificar se havia diferença estatística entre as respostas contínuas (idade) e as respostas de outras variáveis. O Teste Qui-quadrado foi aplicado para verificar se havia significância estatística nas respostas entre duas variáveis testadas. Os Softwares utilizados na análise dos dados foram o *Microsoft Excel® 2010 for Windows* e o *SPSS® 19.0*.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa faz parte do projeto de pesquisa intitulado Perfil dos dependentes químicos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, aprovado 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: 1263.187.11.11; CAAE: 0184.0.091.000-11.

Por se tratar de um estudo conduzido com seres humanos, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitado a todos que se dispuseram a participar da pesquisa que o assinassem, respeitando a Resolução n. 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, e a lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001b).

Vale ressaltar que, no momento da elaboração do projeto desta pesquisa e da sua aprovação pelo comitê de ética, era atendida a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e não a atual Resolução n. 466/12, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos (BRASIL, 2012c).

Foram garantidos o anonimato dos participantes e o sigilo no manuseio das informações no momento da entrevista, coleta e análise de dados, e obtida autorização da Coordenação de Saúde Mental do município de Colombo, bem como autorização da coordenação do CAPS AD para a realização da pesquisa.

3 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi disposta na seguinte ordem: caracterização sociodemográfica, caracterização do uso de drogas, impacto do uso de drogas considerando aspectos laborais e acadêmicos, pessoais e familiares.

Os resultados obtidos foram apresentados de modo descritivo, concomitantemente com as correlações e testes. Para a apresentação das tabelas descritivas, foi respeitada a ordem de frequência decrescente em relação ao resultado.

Quanto às correlações, foram feitas somente com os dados do sexo masculino pelo baixo quantitativo do sexo feminino (n=13), o que impossibilitou chegar a resultado fidedigno.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Na Tabela 1, são apresentados os dados descritivos da caracterização sociodemográfica dos dependentes químicos, destacando-se a prevalência do sexo masculino, com 92% (n=150), média de idade de 41 anos e desvio padrão (Dp) de ± 11 .

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS DEPENDENTES QUÍMICOS SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Variável	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sexo	150	92		8	163	100
Idade (anos)						
40 ---- 49	53	35,3	2	15,4	55	33,7
30 ---- 39	34	22,7	5	38,5	39	23,9
50 ---- 59	29	19,3	4	30,8	33	20,2
20 ---- 29	26	17,3	1	7,7	27	16,6
60 ---- 69	6	4	0	0	6	3,7
18 ---- 19	2	1,3	1	7,7	3	1,8
Total	150	100	13	100	163	100
Escolaridade						
Ensino fundamental incompleto	88	58,7	8	61,5	96	58,9
Ensino fundamental completo	21	14	3	23,1	24	14,7
Ensino médio incompleto	15	10	1	7,7	16	9,8
Ensino médio completo	15	10	0	0	15	9,2
Analfabeto	8	5,3	1	7,7	9	5,5
Ensino superior incompleto	3	2	0	0	3	1,8
Total	150	100	13	100	163	100
Estado Civil						
Solteiro	69	46	6	46,2	75	46
Casado	42	28	2	15,4	44	27
União Consensual	23	15,3	1	7,7	24	14,7
Separado	13	8,7	1	7,7	14	8,6
Viúvo	3	2	3	23,1	6	3,7
Total	150	100	13	100	163	100
Situação Empregatória						
Desempregado	68	45,3	6	46,2	74	45,4
Carteira Assinada	57	38	3	23,1	60	36,8
Autônomo	22	14,7	0	0	22	13,5
Do lar	0	0	4	30,8	4	2,5
Estudante	3	2	0	0	3	1,8
Total	150	100	13	100	163	100
Renda Familiar						
Um a três salários	75	50	8	61,5	83	50,9
Até um salário mínimo	30	20	3	23,1	33	20,2
Quatro a dez salários	23	15,3	1	7,7	24	14,7
Sem renda	22	14,7	1	7,7	23	14,1
Total	150	100	13	100	163	100

FONTE: A autora (2014).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO USO DE DROGAS

Na Tabela 2, estão apresentados os dados descritivos referentes à caracterização do uso de drogas por sexo, tendo sido a média de idade de início de uso dos homens de 13,52 anos, com Dp de $\pm 3,8$.

Em relação à variável Frequência de uso, aqueles que citaram utilizar droga diariamente (95,3%, n=143) informaram a quantidade diária: 4,9% (n =7) fazem uso uma vez ao dia; 6,3% (n=9), duas vezes ao dia; 9,1% (n=13), três vezes ao dia; e 79,7 (n=114) fazem uso quatro vezes ao dia ou mais.

TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DO USO DE DROGAS PELO DEPENDENTE QUÍMICO

Variável Sexo	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Idade de início de uso						
≤ que 17 anos	134	89,3	12	92,3	146	89,6
18 ---- 19 anos	9	6	0	0	9	5,5
20 ---- 29 anos	7	4,7	0	0	7	4,3
30 ---- 39 anos	0	0	1	7,7	1	0,6
Total	150	100	13	100	163	100
Substância de primeiro uso de uso						
Álcool	109	74,7	7	53,8	116	73
Tabaco	32	21,9	5	38,5	37	23,3
Cocaína	2	1,4	0	0	2	1,3
Maconha	1	0,7	1	7,7	2	1,3
Crack	1	0,7	0	0	1	0,6
Inalantes	1	0,7	0	0	1	0,6
Total	146	100	13	100	159	100
Substância de preferência						
Álcool	99	62,3	8	53,3	107	61,5
Crack	31	19,5	4	26,7	35	20,1
Cocaína	15	9,4	0	0	15	8,6
Tabaco	7	4,4	1	6,7	8	4,6
Maconha	5	3,1	2	13,3	7	4
Medicamentos	1	0,6	0	0	1	0,6
Inalantes	1	0,6	0	0	1	0,6
Total	159	100	15	100	174	100
Frequência de uso						
Diariamente	143	95,3	13	100	156	95,7
Três vezes na semana	5	3,3	0	0	5	3,1
Duas vezes na semana	2	1,3	0	0	2	1,2
Total	150	100	13	100	163	100
Diagnóstico Médico*						
F.10.2	80	53,3	5	38,5	85	52,1
F.19.2	26	17,3	0	0	26	16
Sem diagnóstico	21	14	3	23,1	24	14,7
Não sabe informar	17	11,3	4	30,8	21	12,9
F.14.2	5	3,3	1	7,7	6	3,7
F.11.2	1	0,7	0	0	1	0,6
Total	150	100	13	100	163	100

FONTE: A autora (2014)

*F.10.2: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome de dependência.

F.19-2: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência.

F.14-2: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína – síndrome de dependência.

F.19-2: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos – síndrome de dependência.

3.3 CORRELAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E USO DE DROGAS

Na Tabela 3, estão ilustradas as correlações entre as variáveis Situação empregatícia e Idade X Idade de início de uso e Frequência de uso de Substância de preferência. Pode-se verificar que há significância estatística na correlação somente entre Idade e Substância de preferência.

TABELA 3 - CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E USO DE DROGAS

		Idade de Início de Uso	Frequência de Uso	Substância de Preferência
Situação Empregatícia	<i>Pearson Correlation</i>	,118	,059	-,017
	Valor-p	,152	,476	,839
	n	150	150	150
Idade	<i>Pearson Correlation</i>	,159	,081	-,353*
	Valor-p	,052	,324	,000
	n	150	150	150

Fonte: A autora (2014).

* *Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).*

Ao aplicar o Teste de Médias entre as variáveis Idade e Substância de preferência, Tabela 4, foi possível identificar que aqueles que utilizam álcool como substância de preferência têm uma média etária maior que aqueles que utilizam drogas ilícitas como crack, cocaína e maconha.

TABELA 4 - CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS IDADE E SUBSTÂNCIA DE PREFERÊNCIA

Substância de Preferência	Média	n	Dp
Álcool	44,5	99	9,3
Crack	35,1	29	10,7
Cocaína	33,7	12	12,7
Maconha	25,5	4	4,7
Tabaco	36,3	6	10,1
Total	41	150	11

Valor-p: ,000

FONTE: A autora (2014).

3.4 IMPACTO DO USO DE DROGAS: ASPECTOS ACADÊMICOS E LABORAIS

O Impacto relacionado aos problemas acadêmicos e laborais foi descrito na Tabela 5. Destaca-se que 63,3% dos entrevistados já tiveram problemas no trabalho em decorrência do uso de drogas, e 68,4% daqueles que recebem algum benefício previdenciário são favorecidos pelo auxílio doença.

TABELA 5 - IMPACTO DO USO DE DROGAS, CONSIDERANDO ASPECTOS ACADÊMICOS E LABORAIS

Variável Sexo	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Abandono dos estudos						
Não	87	58	10	76,9	97	59,5
Sim	63	42	3	23,1	66	40,5
Total	150	100	13	100	163	100
Problemas no trabalho						
Sim	95	63,3	7	53,8	102	62,6
Não	55	36,7	6	46,2	61	37,4
Total	150	100	13	100	163	100
Mudança de ocupação						
Não	77	51,3	11	84,6	88	54
Sim	73	48,7	2	15,4	75	46
Total	150	100	13	100	163	100
Benefício previdenciário						
Sim	57	38	3	23,1	60	36,8
Não	93	62	10	76,9	103	63,2
Total	150	100	13	100	163	100
Benefício previdenciário em decorrência da dependência química?						
Sim	39	68,4	2	66,7	41	68,3
Não	18	31,6	1	33,3	19	31,7
Total	57	100	3	100	60	100

FONTE: A autora (2014).

3.4.1. Correlação entre Impacto laboral X Caracterização sociodemográfica

Os dados referentes à correlação entre o impacto laboral e as variáveis de caracterização sociodemográfica são descritos na Tabela 6, onde é possível verificar a significância entre a Idade e o Abandono dos estudos, bem como a Situação empregatícia e o Benefício previdenciário.

TABELA 6 – CORRELAÇÃO ENTRE IMPACTO LABORAL E CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

		Benefício previdenciário	Abandono dos Estudos
Idade	<i>Pearson Correlation</i>	,042	-,234*
	Valor-p	,303	,002
	n	150	150
Escolaridade	<i>Pearson Correlation</i>	,035	,069
	Valor-p	,334	,200
	n	150	150
Situação Empregatória	<i>Pearson Correlation</i>	-,499*	,112
	Valor-p	,000	,086
	n	150	150

FONTE: A autora (2014).

* *Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).*

A Tabela 7 ilustra os dados referentes ao Teste de Média de Idade (em anos) dos pacientes em relação ao Abandono dos estudos. Aqueles que já abandonaram os estudos, ao menos uma vez, têm média etária de 38 anos, com Dp de $\pm 11,5$.

TABELA 7 – TESTE DE MÉDIA ENTRE IDADE E ABANDONO DOS ESTUDOS

Abandono dos Estudos	Média	n	Dp
Não	43,2	87	10,081
Sim	38	63	11,502
Total	41	150	10,967

Valor-p: ,004

FONTE: A autora (2014).

Ao correlacionar a Situação empregatória com o Benefício previdenciário, Tabela 8, não foi possível verificar o nível de significância por haver resultados abaixo de cinco ($n < 5$), no entanto, é possível observar que 73,7% dos entrevistados recebem o benefício previdenciário e têm carteira de trabalho assinada.

TABELA 8 – CORRELAÇÃO ENTRE SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA E BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO

		Benefício previdenciário					
		Não		Sim		Total	
		n	%	n	%	n	%
Situação Empregatícia	Carteira Assinada	15	16,1	42	73,7	57	38
	Autônomo	20	21,5	2	3,5	22	14,7
	Desempregado	56	60,2	12	21,1	68	45,3
	Estudante	2	2,2	1	1,8	3	2
	Total	93	100	57	100	150	100

Valor-p: -

FONTE: A autora (2014).

3.5 IMPACTO DO USO DE DROGAS: ASPECTOS PESSOAIS

O impacto do uso das drogas, considerando os aspectos pessoais do dependente químico, é apresentado nas tabelas a seguir. Foram analisadas as variáveis referentes à *overdose*, comorbidades físicas e mentais, tratamento medicamentoso, ideação e tentativa de suicídio, comportamento sexual disfuncional, DSTs, agressão física, consequências criminais e acidentes de trânsito.

3.5.1 *Overdose*

A Tabela 9 apresenta os dados referentes à *overdose* por drogas, bem como o número de vezes em que ocorreu esta *overdose*.

TABELA 9 - IMPACTO DO USO DE DROGAS, CONSIDERANDO A *OVERDOSE*

Variável Sexo	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
overdose						
Não	98	65,3	5	38,5	103	63,2
Sim	52	34,7	8	61,5	60	36,8
Total	150	100	13	100	163	100
N° de overdose						
2 vezes ou mais	26	50	4	50	30	50
1 vez	24	46,2	4	50	28	46,7
Não sabe	2	3,8	0	0	2	3,3
Total	52	100	8	100	60	100

FONTE: A autora (2014).

3.5.2 Correlação entre as variáveis de Caracterização do uso de drogas e *overdose*

A Tabela 10 apresenta a correlação entre as variáveis de caracterização de uso de droga (Idade de Início de uso, Substância de preferência e Frequência de uso e *Overdose*). É possível identificar significância estatística na variável Frequência de Uso.

TABELA 10 - CORRELAÇÃO ENTRE CARACTERIZAÇÃO DO USO E *OVERDOSE*

		Overdose
Idade de Início de uso	<i>Pearson Correlation</i>	-,018
	Valor-p	,411
	n	150
Substância de preferência	<i>Pearson Correlation</i>	-,011
	Valor-p	,446
	n	150
Frequência de uso	<i>Pearson Correlation</i>	,179*
	Valor-p	,014
	n	150

FONTE: A autora (2014).

*. *Correlation is significant at the 0,05 level (1-tailed).*

No Teste de correlação Frequência de uso X *Overdose*, Tabela 11, não foi possível aferir significância estatística entre as diferentes frequências de uso e a *overdose*, por haver resposta inferior a cinco (5), no entanto, é possível verificar uma relação importante entre essas duas variáveis, pois 90% daqueles que sofreram *overdose* faziam uso de drogas todos os dias.

TABELA 11 - CORRELAÇÃO ENTRE FREQUÊNCIA DE USO E *OVERDOSE*

		<i>Overdose</i>					
		Não		Sim		Total	
		n	%	n	%	n	%
Frequência de Uso	Todos os dias	96	98	47	90,4	143	95,3*
	Duas Vezes por Semana	1	1	1	1,9	2	1,3*
	Três vezes por Semana	1	1	4	7,7	5	3,3*
	Total	98	100	52	100	150	100
							Valor-p: -

FONTE: A autora (2014).

*Trata-se um número decimal infinito, portanto não resulta em 100%.

3.5.3 Comorbidades física, Mentais e Tratamento medicamentoso

A Tabela 12 apresenta os dados descritivos referentes às comorbidades físicas e mentais, bem como o tratamento medicamentoso com psicotrópicos.

Entre 67,7% (n=42) dos dependentes responderam haver desenvolvido comorbidades mentais após o desenvolvimento da dependência química, 24,4% (n=17) já tinham o transtorno mental referido antes da dependência e 4,8% (n=3) não souberam responder a esta questão.

TABELA 12 - COMORBIDADES FÍSICAS E MENTAIS DOS DEPENDENTES QUÍMICOS E TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Variável Sexo	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Comorbidades físicas						
Sim	99	66	8	61,5	107	65,6
Não	51	34	5	38,5	56	34,4
Total	150	100	13	100	163	100
Tipos de comorbidades						
Sistema Cardiovascular	51	27,4	4	25	55	27,2
Sistema Neurológico	46	24,7	3	18,8	49	24,3
Sistema Gastro-Intestinal	31	16,7	2	12,5	33	16,3
Sistema Hepático	25	13,4	2	12,5	27	13,4
Outros	24	12,9	3	18,2	27	13,4
Sistema Endócrino	9	4,8	2	12,5	11	5,4
Total	186	100	16	100	202	100
Comorbidades mentais						
Não	88	58,7	6	46,2	94	57,7
Sim	62	41,3	7	53,8	69	42,3
Total						
Tipos de comorbidades						
Transtornos psicóticos	35	56,5	1	14,3	36	52,2
Transtornos do humor	23	37,1	6	85,7	29	42
Transtornos do comportamento	1	1,6	0	0	1	1,4
Outros	2	3,2	0	0	2	2,9
Não soube responder	1	1,6	0	0	1	1,4
Total	62	100	7	100	69	100
Tratamento medicamentoso						
Sim	111	74	8	61,5	119	73
Não	39	26	5	38,5	44	27
Total	150	100	13	100	163	100

FONTE: A autora (2014).

A Tabela 13 mostra correlação entre algumas variáveis Sociodemográficas e de uso de drogas e Comorbidade física. Houve significância com relação à Idade.

TABELA 13 - CORRELAÇÃO ENTRE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DO USO DE DROGAS X COMORBIDADE FÍSICA

	Comorbidade Física	
Idade	<i>Pearson Correlation</i>	,327**
	Valor-p	,000
	n	150
Escolaridade	<i>Pearson Correlation</i>	-,084
	Valor-p	,153
	n	150
Estado civil	<i>Pearson Correlation</i>	,074
	Valor-p	,184
	n	150
Situação empregatícia	<i>Pearson Correlation</i>	,041
	Valor-p	,308
	n	150
Idade de início de uso	<i>Pearson Correlation</i>	-,020
	Valor-p	,403
	n	150
Substância de preferência	<i>Pearson Correlation</i>	-,057
	Valor-p	,245
	n	150
Frequência de uso	<i>Pearson Correlation</i>	-,134
	Valor-p	,051
	n	150

FONTE: A autora (2014).

*. *Correlation is significant at the 0,05 level (1-tailed).*

O Teste de Médias na Tabela 14 indica que é significativa a relação entre a variável Idade e a Comorbidade Física, sendo que aqueles com idade mais elevada (43,56) apresentam mais comorbidades física.

TABELA 14 - CORRELAÇÃO ENTRE A MÉDIA DE IDADE X COMORBIDADE FÍSICA

Comorbidade Física	Média	n	Dp
Não	36	51	10,868
Sim	43,6	99	10,149
Total	41	150	10,967

Valor-p: ,000

FONTE: A autora (2014).

A Tabela 15 expressa descritivamente os dados referentes à Ideação suicida e à Tentativa de suicídio. Dos que tentaram o suicídio, 60,9% (n=28) o fizeram uma vez e 39,1% (n=18), duas vezes ou mais, destacando-se a intoxicação exógena como meio mais utilizado.

TABELA 15 - IDEACÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

Variável Sexo	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Ideação Suicida						
Sim	90	60	10	76,9	100	61,3
Não	60	40	3	23,1	63	38,7
Total	150	100	13	100	163	100
Tentativa de suicídio						
Não	104	69,3	5	38,5	109	66,9
Sim	46	30,7	8	61,5	54	33,1
Total	150	100	13	100	163	100
Tipo de tentativa						
Intoxicação exógena	18	26,5	7	50	25	30,5
Ferimento perfuro cortante	17	25	0	0	17	20,7
Enforcamento	10	14,7	3	21,4	13	15,9
Atropelado	7	10,3	2	14,3	9	11
Queda de nível	6	8,8	2	14,3	8	9,8
Afogado	3	4,4	0	0	3	3,7
Arma de fogo	3	4,4	0	0	3	3,7
Queimadura	2	2,9	0	0	2	2,4
Outros	2	2,9	0	0	2	2,4
Total	68	100	14	100	82	100

FONTE: A autora (2014).

Na Tabela 16, pode-se verificar correlação entre caracterização do uso de drogas X Comorbidade mental, Física e Tentativa de suicídio, tendo havido significância entre as variáveis Substância de preferência X Tentativa de suicídio e Frequência de uso X Ideação e Tentativa de suicídio.

TABELA 16 - CORRELAÇÃO ENTRE A CARACTERIZAÇÃO DE USO DE DROGAS E COMORBIDADES MENTAIS, IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO.

		Comorbidades mentais	Ideação suicida	Tentativa de suicídio
Idade de Início de uso	<i>Pearson Correlation</i>	-,075	-,131	-,124
	Valor-p	,181	,055	,065
	n	150	150	150
Substância de preferência	<i>Pearson Correlation</i>	-,061	,094	,135*
	Valor-p	,228	,127	,050
	n	150	150	150
Frequência de uso	<i>Pearson Correlation</i>	-,067	-,220**	-,145*
	Valor-p	,209	,003	,038
	n	150	150	150

FONTE: A autora (2014).

*. *Correlation is significant at the 0,05 level (1-tailed).*

***. Correlation is significant at the 0,01 level (1-tailed).*

Ao correlacionar a Substância de preferência com a Ideação suicida, Tabela 17, não foi possível verificar significância estatística em decorrência de resultados inferiores a cinco (5), no entanto, é importante identificar a elevada frequência em relação a essas duas variáveis, pois daqueles que tiveram ideação suicida, 60% utilizavam álcool como substância de preferência.

TABELA 17 - CORRELAÇÃO ENTRE TIPO DE SUBSTÂNCIA E IDEIAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

		Ideação Suicida					
		Não		Sim		Total	
		n	%	n	%	n	%
Substância de Preferência	Álcool	45	75	54	60	99	66
	Crack	8	13,3*	21	23,3*	29	19,3
	Cocaína	3	5	9	10	12	8
	Maconha	2	3,3*	2	2,2*	4	2,7
	Tabaco	2	3,3*	4	4,4*	6	4
	Total	60	10	90	100	150	100
			Tentativa de Suicídio				
	Álcool	76	73,1	23	50	99	66
	Crack	16	15,4	13	28,3	29	19,3
	Cocaína	5	4,8	7	15,2	12	8
	Maconha	3	2,9	1	2,2	4	2,7
	Tabaco	4	3,8	2	4,3	6	4
	Total	104	100	46	100	150	100

Valor-p: -

FONTE: A autora (2014).

*Trata-se um número decimal infinito, portanto não resulta em 100%.

Na Tabela 18, pode-se verificar a relação entre Substância de preferência e Tentativa de suicídio, não tendo sido identificada significância entre essas duas variáveis. No entanto, pode-se observar correlação entre Frequência de uso e Ideação e Tentativa de suicídio.

TABELA 18 - CORRELAÇÃO ENTRE FREQUÊNCIA DO USO DE DROGAS X IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

	Ideação Suicida					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Todos os dias	54	90	89	98,9	143	95,3*
Duas vezes na semana	1	1,7	1	1,1	2	1,3*
Três vezes na semana	5	8,3	0	00	5	3,3*
Total	60	100	90	100	150	100
Frequência de uso	Tentativa de Suicídio					
Todos os dias	97	93,3	46	100	143	95,3*
Duas vezes na semana	2	1,9	0	0	2	1,3*
Três vezes na semana	5	4,8	0	0	5	3,3*
Total	104	100	46	100	150	100

Valor-p: -

FONTE: A autora (2014).

*Trata-se um número decimal infinito, portanto não resulta em 100%.

As correlações entre Comorbidades mentais e Ideação e Tentativa de suicídio são ilustradas na Tabela 19, não tendo sido observada significância estatística entre essas variáveis.

TABELA 19 - CORRELAÇÃO ENTRE COMORBIDADES MENTAIS E IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

	Ideação Suicida					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	45	51,1	43	48,9	88	100
Sim	15	24,2	47	75,8	62	100
Total	60	40	90	60	150	100
Comorbidades Mentais	Tentativa de Suicídio					
Não	70	79,5	18	20,5	88	100
Sim	34	54,8	28	45,2	62	100
Total	104	69,3	46	30,7	150	100

Valor-p: ,001

FONTE: A autora (2014).

3.5.4 Comportamento sexual e DSTs

A Tabela 20 ilustra o Comportamento sexual dos dependentes químicos bem como retrata se os atos sexuais e o sexo estão relacionados com o uso de drogas, além disso, destaca as DSTs adquiridas em decorrência do comportamento sexual disfuncional dos dependentes.

TABELA 20 - COMPORTAMENTO SEXUAL E DSTs

Variável Sexo	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Atos Sexuais por dinheiro para comprar drogas						
Não	130	86,7	12	92,3	142	87,1
Sim	20	13,3	1	7,7	21	12,9
Total	150	100	13	100	163	100
Sexo em troca de drogas						
Sim	19	12,7	1	7,7	20	12,3
Não	131	87,3	12	92,3	143	87,7
Total	150	100	13	100	163	100
DSTs						
Não	101	67,3	13	100	114	69,9
Sim	49	32,7	0	0	49	30,1
Total	150	100	13	100	163	100
Tipos de DSTs*						
Gonorreia	15	57,7	0	0	15	57,7
Sífilis	3	11,5	0	0	3	11,5
HIV	3	11,5	0	0	3	11,5
Herpes	3	11,5	0	0	3	11,5
Cancro Mole	2	7,7	0	0	2	7,7
Total**	26	100	0	0	26	100

FONTE: A autora (2014).

* Houve mais de uma DSTs por participante.

**Houve participante que não souberam responder qual DST tiveram.

A Tabela 21 apresenta a correlação entre os dados sociodemográficos e o comportamento sexual. É possível identificar significância somente entre a variável Idade e Atos sexuais por dinheiro e Sexo por drogas.

TABELA 21 - CORRELAÇÃO ENTRE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E COMPORTAMENTO SEXUAL

		Atos sexuais por dinheiro	Sexo por drogas
Idade	<i>Pearson Correlation</i>	,184*	,179*
	Valor-p	,012	,014
	n	150	150
Escolaridade	<i>Pearson Correlation</i>	,106	,131
	Valor-p	,098	,055
	n	150	150
Estado civil	<i>Pearson Correlation</i>	,064	,061
	Valor-p	,218	,230
	n	150	150
Situação empregatória	<i>Pearson Correlation</i>	,047	,067
	Valor-p	,285	,209
	n	150	150

FONTE: A autora (2014).

*. *Correlation is significant at the 0,05 level (1-tailed).*

No Teste de Médias entre essas duas variáveis, Tabela 22, verifica-se que a média de idade daqueles que já fizeram sexo em troca de drogas ou de dinheiro para comprá-las é maior que aqueles que nunca o fizeram, estando esta média acima de 41 anos de idade.

TABELA 22 - CORRELAÇÃO ENTRE MÉDIA DE IDADE E COMPORTAMENTO SEXUAL

Atos sexuais por dinheiro	Média	n	Dp	Valor-p
Não	35,9	20	9,975	
Sim	41,8	130	10,934	0,24
Total	41	150	10,967	
Sexo por drogas				
Não	35,8	19	10,248	
Sim	41,7	131	10,904	0,28
Total	41	150	10,967	

FONTE: A autora (2014).

Ao correlacionar o comportamento sexual com a caracterização do uso de drogas, Tabela 23, pode-se verificar significância entre a Substância de preferência e os Atos sexuais por dinheiro.

TABELA 23 - CORRELAÇÃO ENTRE CARACTERIZAÇÃO DO USO DE DROGAS E COMPORTAMENTO SEXUAL

		Atos sexuais por dinheiro
Idade de início de uso	<i>Pearson Correlation</i>	,038
	Valor-p	,323
	n	150
Substância de preferência	<i>Pearson Correlation</i>	-,174*
	Valor-p	,016
	n	150
Frequência de uso	<i>Pearson Correlation</i>	,086
	Valor-p	,149
	n	150

FONTE: A autora (2014).

*. *Correlation is significant at the 0,05 level (1-tailed).*

Não foi possível identificar significância entre as diferentes substâncias químicas em decorrência de haver respostas inferiores a cinco (5). Mas o que se destaca na Tabela 24 é que 70,8% daqueles que utilizavam álcool já haviam feito atos sexuais por dinheiro.

TABELA 24 - CORRELAÇÃO ENTRE SUBSTÂNCIA DE PREFERÊNCIA E COMPORTAMENTO SEXUAL

		Atos sexuais por dinheiro					
		Não		Sim		Total	
		n	%	n	%	n	%
Substância de preferência	Álcool	7	35	92	70	99	66
	Crack	7	35	22	16,9	29	19,3
	Cocaína	4	20	8	6,2	12	8
	Maconha	1	5	3	2,3	4	2,7
	Tabaco	1	5	5	3,8	6	4
	Total	20	100	130	100	150	100

Valor-p: -

FONTE: A autora (2014).

Ao analisar o comportamento sexual em relação às DSTs, Tabela 25, percebe-se que há correlação com os Atos sexuais por dinheiro.

TABELA 25 - CORRELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO SEXUAL E DSTS

		DST
Atos sexuais por dinheiro	<i>Pearson Correlation</i>	-,145*
	Valor-p	,038
	n	150
Sexo por drogas	<i>Pearson Correlation</i>	-,119
	Valor-p	,073
	n	150

FONTE: A autora (2014).

*. *Correlation is significant at the 0,05 level (1-tailed).*

Na Tabela 26, identifica-se que 30% daqueles que já se submeteram a atos sexuais por dinheiro já tiveram alguma DST.

TABELA 26 - CORRELAÇÃO ENTRE ATOS SEXUAIS POR DINHEIRO E DSTS

		DSTs					
		Não		Sim		Total	
		n	%	n	%	n	%
Atos sexuais por dinheiro	Não	10	50	10	50	20	100
	Sim	91	70	39	30	130	100
	Total	101	67,3	49	32,7	150	100

Valor-p: **0,076**

FONTE: A autora (2014).

3.5.5 Agressões físicas, Consequências criminais e Acidentes de trânsito

A Tabela 27 ilustra as agressões que os dependentes químicos praticaram, bem como aquelas agressões sofridas em decorrência da dependência química, as consequências criminais e os acidentes de trânsito.

TABELA 27 - AGRESSÕES FÍSICAS, CONSEQUÊNCIAS CRIMINAIS E ACIDENTES DE TRÂNSITO

Variável Sexo	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Agressão Física						
Não	79	52,7	7	53,8	86	52,8
Sim	71	47,3	6	46,2	77	47,2
Total	150	100	13	100	163	100
A quem?						
Desconhecidos	79	60,8	2	14,3	81	56,3
Familiares	39	30	11	78,6	50	34,7
Amigos	12	9,2	1	7,1	13	9
Total	130	100	14	100	144	100
Agressão de Outrem						
Sim	95	63,3	10	76,9	105	64,4
Não	55	36,7	3	23,1	58	35,6
Total	150	100	13	100	163	100
A quem?						
Desconhecidos	80	72,7	10	40	90	66,7
Familiares	21	19,1	15	60	36	26,7
Amigos	8	7,3	0	0	8	5,9
Polícia	1	0,9	0	0	1	0,7
Total	110	100	25	100	135	100
Consequências criminais						
Não	89	59,3	8	61,5	97	59,5
Sim	61	40,7	5	38,5	66	40,5
Total	150	100	13	100	163	100
Tipos de Crimes						
Roubo	14	23	0	0	14	21,2
Outros	9	14,8	5	100	14	21,2
Agressão	13	21,3	0	0	13	19,7
Porte de drogas	6	9,8	0	0	6	9,1
Tráfico de drogas	6	9,8	0	0	6	9,1
Assalto	5	8,2	0	0	5	7,6
Tentativa de Homicídio/	4	6,6	0	0	4	6,1
Porte de arma	2	3,3	0	0	2	3
Estelionato	2	3,3	0	0	2	3
Total	61	100	5	100		100
Acidente de trânsito						
Sim	83	55,3	5	38,5	88	54
Não	67	44,7	8	61,5	75	46
Total	150	100	13	100	163	100

FONTE: A autora (2014).

A correlação entre a caracterização do uso de drogas em relação a Agressões e Consequências criminais é apresentada na Tabela 28, em que se

observa significância somente em relação à Substância de preferência e Consequências criminais.

TABELA 28 - CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DE USO DE DROGAS E AGRESSÕES E CONSEQUÊNCIAS CRIMINAIS

		Acidente de Trânsito	Agrediu alguém?	Agressão de Outrem	Consequências criminais
Idade de Início de uso	<i>Pearson Correlation</i>	,038	-,115	-,016	-,130
	Valor-p	,322	,081	,423	,056
	n	150	150	150	150
Substância de preferência	<i>Pearson Correlation</i>	-,007	,081	-,002	,144*
	Valor-p	,468	,163	,490	,039
	n	150	150	150	150
Frequência de uso	<i>Pearson Correlation</i>	,011	-,092	-,096	-,064
	Valor-p	,446	,132	,121	,219
	n	150	150	150	150

FONTE: A autora (2014).

*. *Correlation is significant at the 0,05 level (1-tailed).*

Ao correlacionar a caracterização sociodemográfica em relação às Consequências criminais, pode-se identificar significância entre Escolaridade e Situação empregatícia, na Tabela 29.

TABELA 29 - CORRELAÇÃO ENTRE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CONSEQUÊNCIAS CRIMINAIS

		Consequências criminais
Idade	<i>Pearson Correlation</i>	-,105
	Valor-p	,102
	n	150
Escolaridade	<i>Pearson Correlation</i>	-,205**
	Valor-p	,006
	n	150
Estado civil	<i>Pearson Correlation</i>	,132
	Valor-p	,054
	n	150
Situação Empregatória	<i>Pearson Correlation</i>	,144*
	Valor-p	,039
	n	150

FONTE: A autora (2014).

*. *Correlation is significant at the 0,05 level (1-tailed).*

** . *Correlation is significant at the 0,01 level (1-tailed).*

Não foi possível identificar significância entre os diferentes níveis educacionais e as consequências criminais na Tabela 30, no entanto, observa-se que 63,9% daqueles que estão envolvidos com a criminalidade têm somente ensino fundamental incompleto.

Ainda na Tabela 30, quanto à Situação empregatória, não foi possível identificar significância estatística, no entanto, considera-se que 50,8% daqueles que praticaram algum crime estavam desempregados. Também não foi possível identificar quais substâncias estão correlacionadas com as consequências criminais, mas se identifica que 60,7% daqueles que já praticaram ou tiveram alguma consequência criminal utilizam o álcool como substância de preferência.

TABELA 30 - CORRELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE, SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA E SUBSTÂNCIA DE PREFERÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS CRIMINAIS

		Consequências criminais					
		Não		Sim		Total	
		n	%	n	%	n	%
Escolaridade	Analfabeto	3	3,4	5	8,2	8	5,3
	Ensino fundamental incompleto	49	55,1	39	63,9	88	58,7
	Ensino fundamental completo	13	14,6	8	13,1	21	14
	Ensino médio incompleto	8	9	7	11,5	15	10
	Ensino médio completo	13	14,6	2	3,3	15	10
	Superior incompleto	3	3,4	0	0	3	2
	Total	89	100	61	100	150	100
Situação empregatícia	Carteira assinada	43	48,3	14	23	57	38
	Autônomo	6	6,7	16	26,2	22	14,7
	Desempregado	37	41,6	31	50,8	68	45,3
	Estudante	3	3,4	0	0	3	2
	Total	89	100	61	100	150	100
Substância de preferência	Álcool	62	69,7	37	60,7	99	66
	Crack	17	19,1	12	19,7	29	19,3
	Cocaína	7	7,9	5	8,2	12	8
	Maconha	1	1,1	3	4	4	2,7
	Tabaco	2	2,2	4	6,6	6	4
	Total	89	100	61	100	150	100

Valor-p: -

FONTE: A autora (2014).

3.6 IMPACTO DO USO DE DROGAS: ASPECTOS FAMILIARES

O impacto relacionado aos aspectos familiares é apresentado na Tabela 31, de forma descritiva. Destaca-se que 70% dos participantes têm algum familiar que também é dependente de drogas, com destaque para o uso do álcool, 67,7%.

TABELA 31 - IMPACTO DO USO DE DROGAS, CONSIDERANDO ASPECTOS FAMILIARES

Variável Sexo	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Histórico familiar						
Sim	105	70	9	69,2	114	69,9
Não	45	30	4	30,8	49	30,1
Total	150	100	13	100	163	100
Qual Parentesco*						
Outros	101	44,7	1	5,9	102	42
Irmãos	90	39,8	8	47,1	98	40,3
Pai / Mãe	27	11,9	5	29,4	32	13,2
Filhos	7	3,1	1	5,9	8	3,3
Cônjuge	1	0,4	2	11,8	1,2	1,8
Total	226	100	17	100	243	100
Substância de abuso**						
Álcool	153	67,7	13	81,3	166	68,6
Múltiplas drogas	38	16,8	1	6,3	39	16,1
Crack	21	9,3	2	12,5	23	9,5
Cocaína	8	3,5	0	0	8	3,3
Maconha	6	2,7	0	0	6	2,5
Total	226	100	16	100	242	100
Rompimento de vínculos						
Sim	69	46	11	84,6	80	49,1
Não	81	54	2	15,4	83	50,9
Total	150	100	13	100	163	100
Com Quem?						
Cônjuge	13	21,7	6	46,2	19	26
Irmãos	7	11,7	3	23,1	10	13,7
Outros	3	5	4	30,8	7	9,6
Sogra	10	16,7	0	0	10	13,7
Filhos	13	21,7	0	0	13	17,8
Mãe/Pai	14	23,3	0	0	14	19,2
Total	60	100	13	100	73	100
Problemas Conjugais						
Sim	105	70	7	53,8	112	68,7
Não	45	30	6	46,2	51	31,3
Total	150	100	13	100	163	100
Tipos de Problemas						
Discussões	48	45,7	3	42,9	51	45,5
Outros	27	25,7	1	14,3	28	25
Não quiseram responder	19	18,1	0	0	19	17
Agressões	7	6,7	2	28,6	9	8
Disputa por drogas	4	3,8	1	14,3	5	4,5
Total	105	100	7	100	112	100
Separação Conjugal						
Não	75	50	8	61,5	83	50,9
Sim	75	50	5	38,5	80	49,1

Continua

					<i>Continuação</i>	
Total	150	100	13	100	163	100
Abandono do lar						
Não	94	62,7	8	61,5	102	62,6
Sim	56	37,3	5	38,5	61	37,4
Total	150	100	13	100	163	100
Situação de Rua						
Não	90	60	7	53,8	97	59,5
Sim	60	40	6	46,2	66	40,5
Total	150	100	13	100	163	100

FONTE: A autora (2014).

*Há mais de um familiar por dependente químico.

**substância utilizada por mais de um familiar.

A Tabela 32 mostra correlação entre Substância de preferência e impacto familiar, não tendo sido identificada significância entre as variáveis, entretanto, Rompimento de vínculo e Abandono do lar apresentam significância estatística.

TABELA 32 - CORRELAÇÃO ENTRE SUBSTÂNCIA DE PREFERÊNCIA E ROMPIMENTO DE VÍNCULO E CONSEQUÊNCIAS FAMILIARES

		Problemas Conjugais	Rompimento de Vínculo	Abandono do Lar
Substância de preferência	<i>Pearson Correlation</i>	-,056	,031	,089
	Valor-p	,247	,353	,139
	n	150	150	150
			Abandono Do Lar	Familiares Acometidos
Rompimento de vínculo	<i>Pearson Correlation</i>		,187*	,067
	Valor-p		,011	,207
	n		150	150

FONTE: A autora (2014).

*. *Correlation is significant at the 0,05 level (1-tailed).*

A Tabela 33 mostra que 45,7% daqueles que tiveram rompimento de vínculo familiar abandonaram seus lares.

TABELA 33 - CORRELAÇÃO ENTRE ROMPIMENTO DE VÍNCULO E ABANDONO DO LAR

		Abandono do Lar					
		Não		Sim		Total	
		n	%	n	%	n	%
Rompimento de vínculo	Não	50	72,5	19	27,5	69	100
	Sim	44	54,3	37	45,7	81	100
	Total	94	62,7	56	37,3	150	100

Valor-p: **,022***

FONTE: A autora (2014).

*. Correlation is significant at the 0,05 level (1-tailed).

4 DISCUSSÃO

O elevado quantitativo de homens dependentes químicos em relação às mulheres com esse mesmo transtorno mental encontrado nesta pesquisa é confirmado pelos dados de outros estudos, nacionais e internacionais (PEIXOTO *et al.*, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2011; HORTA *et al.*, 2011; HSU; LIN; TSAY, 2014; BOTTI, MACHADO, TAMEIRÃO, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2014).

Cabe considerar que as informações que compõem tais estudos são relativas somente a dados de instituição, ou seja, uma população restrita que procurou tratamento, o que não reflete o real quantitativo de mulheres que usam drogas, que estão distribuídas na sociedade, que pode ser muito maior.

Monteiro *et al.* (2011) identificaram o perfil sociodemográfico e a adesão ao tratamento em um CAPS AD do Estado do Piauí entre dependentes de álcool e mostraram a elevada diferença entre os sexos: 89,9% (n=202) dos dependentes eram homens e 11,1% (n=25) eram mulheres. Esses autores afirmam que esse perfil se dá porque as mulheres sentem vergonha de seu estado dependente e não procuram tratamento.

Outra questão importante relacionada ao baixo quantitativo dos dados epidemiológicos em relação à dependência química entre as mulheres pode estar relacionada à precariedade de políticas públicas, ao número limitado de locais para a internação, bem como à dificuldade de profissionais da saúde em atender essa clientela específica (PRADO; QUEIROZ, 2012; BRASIL, 2007).

Ao considerar a proporção entre homens e mulheres, tem-se a dimensão de 11,5:1, ou seja, para cada 11,5 homens, há uma mulher em tratamento no serviço de origem da pesquisa. Esse dado difere do encontrado na pesquisa de Horta *et al.* (2011), em que a proporção entre os sexos apresenta uma menor diferença, 4,5:1, no entanto, ainda representa a maioria dos homens.

O estudo de Hsu; Lin; Tsay, (2014) apontou esta mesma realidade em Taiwan e destaca que, apesar de o número de mulheres que usam drogas estar abaixo do número de homens, as diferenças são reduzidas quando analisadas do ponto de vista do aumento quantitativo de casos a cada ano. De acordo com este estudo, no ano de 2002, a proporção de homens dependentes químicos em relação a mulheres

era de 6,1:1, havendo considerável decréscimo no ano de 2011, quando a proporção passou a ser de 4,9:1.

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, no ano de 2012, o número de homens dependentes de drogas foi quatro vezes superior ao de mulheres na Europa (OEDT, 2012).

Dados referentes ao Brasil apontam essa mesma realidade. De acordo com II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), entre os dependentes de álcool, 10,5% são homens e 3,6% mulheres. E essa diferença entre os sexos se mantém em todas as substâncias (LARANJEIRAS *et al.*, 2012).

O consumo de drogas é uma prática milenar que acontece em diversas sociedades. Historicamente, seu uso e suas consequências estavam relacionados especificamente ao sexo masculino. No entanto, as mudanças sociais no papel da mulher na sociedade têm ocasionado reflexo nesse panorama e diminuindo gradativamente essa diferença (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Em um estudo que identificou fatores desencadeantes do uso de drogas em mulheres hospitalizadas, foi ressaltado que a baixa escolaridade, a ausência de vínculo empregatício, o contato com a droga na comunidade e a influência do uso por amigos, familiares e pelo companheiro são fatores importantes que influenciam o início do uso e contribuem para a diminuição da diferença do quantitativo entre os sexos. Questões como o estímulo ao uso de drogas lícitas como o álcool, tabaco e anorexígenos, pelos veículos de comunicação, que estão associadas à beleza, à sedução, ao sucesso profissional e à felicidade favorecem esse quadro (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

O tratamento dispensado ao usuário de drogas também tem diferenças entre os sexos. Para os homens, a busca por tratamento é reconhecida como um meio de aquisição e retomada de habilidades sociais, enquanto para as mulheres, é visto como retomada de vínculos familiares, adequação social, envolto de um viés patriarcal e conservador (PRADO; QUEIROZ, 2012).

Deste modo, as mulheres são reconhecidas, além de dependentes de drogas, como desarrazoadas, indóceis, o que incita o reconhecimento de um preceito atual de diferenças entre os sexos instalado pela sociedade. A mulher é vista como representante do cuidado, da maternidade e, nesse contexto do uso de drogas, há um rompimento condenável da idealização de ser ideal (PRADO; QUEIROZ, 2012).

Nesse sentido, apesar das mudanças sociais e culturais, muitas mulheres que fazem o uso de drogas estão escondidas na sociedade porque são vistas como um ser dependente, que necessita de domínio, assumindo uma posição secundária na sociedade, fato que se reflete na baixa busca por tratamento (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Assim, considerando os aspectos anteriormente citados, pode-se compreender que esse baixo número de mulheres em tratamento para a dependência química no cenário mundial e brasileiro está relacionado à vergonha em procurar o tratamento adequado e à dificuldade de enfrentar barreiras sociais e morais impostas pela sociedade.

A idade dos participantes da presente pesquisa teve uma predominância na faixa etária de 30 a 49 anos, com média de 41 anos. Esses dados são semelhantes a um estudo documental realizado com 350 prontuários de dependente químico em tratamento integral no estado do Paraná, no qual a média de idade foi de 35,8 anos, com desvio padrão de 11,9 (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Na pesquisa conduzida por Faria e Schneider (2009), que identificou o perfil de dependentes químicos em tratamento em um CAPS AD da cidade de Blumenau, Estado de Santa Catarina, entre os de 2005 a 2007, foi destacado que, apesar de haver pessoas com idade inferior em tratamento, a maior parte (45,1%) estava na faixa etária acima de 34 anos.

Outros estudos apresentaram dados que se assemelham aos desta pesquisa no que concerne à média de idade de dependentes químicos que procuram tratamento especializado, estando todos na fase adulta da vida (FERREIRA *et al.*, 2012; HSU; LIN; TSAY, 2014; PORTUGAL; CORREA; SIQUEIRA, 2010).

Apesar de o uso de drogas, em geral, se iniciar na adolescência, é na fase adulta que a maioria das pessoas procura por tratamento. Isso ocorre porque desde o início do uso até a procura por tratamento, os dependentes químicos passam por um momento em que são resistentes a quaisquer tratamentos e experimentam a negação em relação a seu comprometimento com as drogas (DIEHL *et al.*, 2011).

Normalmente, na vida adulta os usuários já tiveram muito sofrimento em decorrência da dependência química e, assim, desenvolvem um *insight* para a mudança de comportamento (CAPISTRANO *et al.*, 2013). Contudo, apesar do intenso sofrimento e dos constantes prejuízos, é possível buscar uma melhoria na

qualidade de vida e resgatar possíveis perdas se o dependente tiver um tratamento adequado nessa faixa etária (SILVA *et al.*, 2009).

Outra questão que deve ser considerada em relação à idade é que o critério de inclusão para a participação dos dependentes é ter no mínimo 18 anos, fato que pode ter interferido na idade média real de pessoas que buscam tratamento para a dependência química.

Além disso, cabe ressaltar que o CAPS AD, local de realização da pesquisa, admite pacientes somente acima dos 18 anos, apesar da recomendação do RAPs, que prescreve que todos CAPS AD devem atender pessoas de todas faixas etárias que apresentam um sofrimento psíquico intenso por uso de drogas (BRASIL, 2011c).

Os menores de 18 anos são encaminhados a um serviço especializado em saúde mental pertencente à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, localizado na capital, Curitiba, responsável por atender a demanda de pessoas com transtornos mentais, entre eles, a dependência química, de diversas regiões metropolitanas, que não têm estrutura adequada para atendimento a seus moradores.

O ensino fundamental incompleto foi o nível escolar predominante na amostra desta pesquisa, com uma média de idade de 38 anos, idade produtiva do indivíduo, no qual se espera que ao menos tenha finalizado o período acadêmico, fato referido por 12% dos entrevistados. Houve um quantitativo importante de dependentes químicos que tiveram vários episódios de abandono escolar (42%).

A baixa escolaridade se assemelha aos dados escolares dos estudos de Ferreira *et al.* (2012), Capistrano *et al.* (2013), Machado *et al.* (2012) e Almeida *et al.* (2014), que apontaram um percentual acima de 60% de dependentes químicos que tinham o ensino fundamental. Outros estudos destacaram um percentual elevado de baixa escolaridade, caso dos estudos de Scheffer, Pasa e Almeida (2010), Zeni e Araújo (2011) e Monteiro *et al.* (2011), mas com percentual acima de 40%.

Na pesquisa realizada por Silva *et al.* (2010), cujo objetivo foi caracterizar o perfil de dependentes químicos em tratamento, identificou-se que a dependência química atinge pessoas de diferentes níveis escolares, no entanto, a maioria permanece no ensino fundamental. No estudo de Balbinot e Araujo (2012), cujo objetivo foi analisar o perfil de dependentes de crack internados em um hospital psiquiátrico da cidade de Porto Alegre, identificou-se baixa escolaridade entre seus

participantes. No entanto, chama a atenção a significância estatística entre a baixa escolaridade e a idade de início do uso de drogas.

A baixa escolaridade é uma característica importante relacionada ao envolvimento com o uso de drogas, e à medida que aumenta a frequência do uso, mais dificuldades o dependente químico tem para acompanhar os estudos. Isso é uma questão preocupante pois este quadro se reflete numa baixa qualificação profissional (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Machado *et al.* (2010) afirmam que o atraso escolar e o uso de drogas são questões entrelaçadas, pois, ao se tornar dependente químico, o indivíduo compromete todas as atividades relativas ao seu desenvolvimento, entre elas, o estudo. Para Scheffer, Pasa e Almeida (2010) acrescentam que o baixo desempenho e a dificuldade de aprendizado, que ocasionam o abandono escolar, estão relacionados aos prejuízos cognitivos advindos do uso abusivo de drogas.

Pode-se confirmar esse fato pelos estudos de Cardoso e Malbergier (2014), cujo objetivo foi verificar a relação entre os problemas escolares e o uso abusivo de álcool e outras drogas, em 965 indivíduos, de 50 escolas públicas brasileiras. Tal estudo apontou que aqueles que relataram fazer o uso de alguma substância psicoativa apresentavam mais problemas escolares que aqueles que não faziam uso algum.

Os problemas mais comuns foram notas abaixo da média, pensamento em abandonar a escola, sentir-se entediado no ambiente escolar, não realização das atividades escolares, problemas de concentração e constantes reprovações. Todos esses problemas escolares contribuem para o abandono escolar (CARDOSO; MALBERGIER, 2014),

Por outro lado, entende-se que o prejuízo intelectual ocasionado pela baixa escolaridade favorece o uso abusivo de drogas, haja vista que a ausência de conhecimento dos riscos e das consequências relacionadas ao uso de drogas favorece o envolvimento precoce com tais substâncias (FREITAS; SILVA; ARAUJO, 2012).

O estado civil solteiro foi encontrado em outras pesquisas com a mesma característica da população do presente estudo (PEUKER *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2012; CAPISTRANO *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2014). O estudo de Scheffer, Pasa e Almeida, (2010) apresenta essa mesma característica, que eles atribuem à

dificuldade que o dependente químico tem para se manter em relacionamento familiar afetivo, em decorrência do seu intenso envolvimento com a droga.

De acordo com o estudo de Monteiro *et al.* (2011) e de Silva *et al.* (2010), 50,2% e 56%, respectivamente, estavam solteiros. Outros estudos internacionais que abordaram o perfil sociodemográfico do dependente químico apresentaram essa mesma característica entre os participantes (HEINZ *et al.*, 2009; HUANG; ZHANG; LIU, 2011).

É sabido que o uso de droga está altamente relacionado ao fracasso de um relacionamento amoroso. No entanto, existe escassez de estudos relacionados a esta consequência do uso de drogas. Permanecer sozinho é comum entre os dependentes químicos, sobretudo pela inversão de valores, identificada na valorização dos pares em detrimento da constituição da família, que ocorre no momento que o envolvimento com a droga se agrava (HEINZ *et al.*, 2009; CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Um relacionamento amoroso sadio pode ser um fator de proteção contra o uso de drogas, além disso, pode ser um critério relacionado à melhora do quadro e à manutenção da abstinência. Estar envolvido com alguém pode favorecer a diminuição do uso de drogas e, conseqüentemente, maior adesão ao tratamento (HEINZ *et al.*, 2009).

Quanto à situação empregatícia, constatou-se que, entre os participantes desta pesquisa, grande parte estava desempregada (45,3%), fato encontrado nos estudos de Ferreira *et al.* (2012) e Capistrano *et al.* (2013), que apresentaram um percentual acima de 40% de dependentes químicos com essa mesma característica.

Esses dados diferem do estudo documental de Monteiro *et al.* (2011), com 1.043 prontuários de dependentes químicos de um CAPS Ad de um estado do Piauí, que apontou que 48,5% dos dependentes estavam empregados. Este fato está em consonância com o trabalho de Silva *et al.* (2010) e Zpezia, Vicente e Calvoso Junior, (2013), os quais afirmam que a maioria dos usuários de drogas está no mercado formal, formando um considerável grupo de risco porque podem prejudicar o andamento laboral em decorrência das consequências deletérias dos efeitos de drogas.

De acordo com a média etária dos participantes da presente amostra, eles deveriam estar ativos e produtivos no mercado de trabalho. No entanto, comumente,

o dependente químico se afasta das atividades laborais, porque o consumo de drogas passa a ser prioridade em sua vida, além disso, há dificuldade em conseguir cumprir com suas responsabilidades em decorrência dos efeitos do entorpecente e da necessidade de sua recuperação após o uso (FERREIRA *et al.*, 2012; ZPEZZIA; VICENTE; CALVOSO JÚNIOR, 2013).

Além do desemprego, a maioria teve inúmeros problemas em seu ambiente de trabalho em consequência do uso de drogas e, por fim, necessitou mudar de atividade. O uso de drogas no meio corporativo é considerado muito destrutivo, pois, em suma, gera perdas no patrimônio das empresas, adoecimento, afastamento e baixa produtividade, isso porque o dependente químico usa somente em torno de 67% de sua capacidade de trabalho (BECK; DAVID; 2007; ZPEZZIA; VICENTE; CALVOSO JÚNIOR, 2013).

Esse baixo rendimento ocorre geralmente porque os funcionários vão ao trabalho sob efeito de alguma substância química. Desta forma, estão mais propensos a cometer erros no momento do trabalho, especialmente porque a droga altera a concentração, dificulta a atenção, facilita a perda de reflexos e altera a cognição (ZPEZZIA; VICENTE; CALVOSO JÚNIOR, 2013).

As características citadas anteriormente se refletem em uma baixa qualidade no desempenho das funções laborais, geram problemas de relacionamentos interpessoais, atrasos e índices elevados de absenteísmos, podendo acarretar acidentes de trabalhos importantes. Especificamente em relação ao absenteísmo, sabe-se que é duas a oito vezes maior entre os dependentes químicos que entre aqueles que não fazem o abuso de nenhum tipo de droga (BECK; DAVID; 2007; ZPEZZIA; VICENTE; CALVOSO JÚNIOR, 2013).

Destaca-se que todos esses fatores contribuem para que haja perda do vínculo trabalhista, e a dificuldade em manter-se em um ambiente de trabalho formal deixa o indivíduo em vulnerabilidade social. Tal situação pode direcioná-lo à criminalidade, pois o dependente químico necessita de meios para conseguir recursos financeiros para a aquisição de drogas. Fato que será discutido posteriormente nesta pesquisa (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Atualmente o mundo do trabalho exige do profissional características peculiares para o desenvolvimento das atividades propostas, valoriza o serviço autônomo, por projeto, com tempo determinado, no qual a remuneração fixa deixa de ser prioridade e se estabelece a remuneração por produtividade, por tarefas. Este

modo de exigências valoriza, no profissional, atributos pessoais, como aparência, nível escolar, capacidade de relacionamento interpessoal, bem como os valores intrínsecos de cada indivíduo, importantes para manter-se ativo no mercado de trabalho. No entanto, um usuário de drogas apresenta dificuldades em conceber e se adaptar a tais exigências (BECK; DAVID; 2007), o que leva tanto ao desemprego ou ao afastamento por tempo determinado do ambiente de trabalho, fato que foi encontrado no presente estudo.

Entre os participantes, 38% recebem auxílio financeiro do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sendo que, desses, 68% em decorrência da dependência química, caracterizado pelo recebimento do Auxílio-doença Previdenciário.

Houve significância estatística entre estar com a carteira assinada e receber o benefício previdenciário de Auxílio-doença, o que indica que esses dependentes estavam trabalhando no momento em que se afastaram para fazer o tratamento da dependência química. Vale ressaltar que todo o segurado da Previdência Social recebe um determinado salário mensal quando se torna temporariamente incapacitado para o trabalho por motivo de acidente ou de doença, nesse caso, a dependência química (BRASIL, 2014).

O auxílio-doença garante que trabalhadores que sofram alguma enfermidade e necessitem do afastamento do trabalho continuem recebendo o salário durante o tempo necessário para a recuperação e reintegração à atividade laboral. Para que seja concedido o auxílio-doença aos dependentes químicos, é necessário que sua incapacidade laboral seja comprovada por um perito médico do próprio INSS. Tal incapacidade decorre da impossibilidade de o indivíduo exercer funções específicas de sua ocupação (BRASIL, 2014).

O indivíduo passa a ter direito a receber o auxílio-doença após 12 meses de contribuição para a Previdência Social, e deixa de receber quando recupera a capacidade para o trabalho, quando volta voluntariamente para o trabalho, ou quando o indivíduo solicita o retorno com a concordância do perito médico (BRASIL, 2014).

O retorno ao trabalho sem que seja de forma voluntária será determinado pelo perito médico lotado junto ao INSS, o que não se restringe, necessariamente, ao término do tratamento para a dependência, haja vista que se trata de um tratamento em longo prazo e que não tem cura (BRASIL, 2014; DIEHL *et al.*, 2011).

O número de solicitações de auxílio-doença em decorrência de transtornos mentais e comportamentais relacionados à dependência química vem ganhando um representativo elevado. No ano de 2012, ocupou o terceiro lugar de pedidos de benefícios no INSS e esse número continua em progressão (BRASIL, 2014).

Esse quantitativo cada vez maior de pessoas afastadas recebendo auxílio-doença gera elevados custos financeiros para o orçamento federal, especialmente porque se tratar de um transtorno de difícil recuperação, com inúmeros casos de recaída (ZENI; ARAÚJO, 2011), sem considerar aqueles que estão aposentados por invalidez, em decorrência da dependência química.

A falta de escolaridade, a baixa qualificação profissional e o elevado quantitativo de desempregados podem ter refletido na baixa renda familiar dos participantes deste estudo, entre um e três salários mínimos. A renda familiar encontrada no estudo de Scheffer, Pasa e Almeida (2010) feito com dependentes químicos foi inferior à encontrada no presente estudo. O estudo de Zeni e Araújo (2011), que destacou essa mesma característica da renda familiar, encontrou média de um salário mínimo.

No entanto, vale destacar que a média do valor da renda mensal da população urbana do município de Colombo é de até três salários mínimos, considerando o valor do salário mínimo do ano de 2010, de R\$ 510,00 (IBGE, 2010). Destarte não se pode afirmar que o uso de drogas por esta determinada população esteja relacionado à baixa situação econômica familiar porque o salário mínimo estipulado interfere nesse critério.

No estudo com 69 usuários de drogas em uma comunidade terapêutica do estado do Ceará, destacou-se que 55,1% deles apresentaram renda familiar de até dois salários mínimos, o que, segundo os autores, é uma condição econômica precária, que corresponde à maioria dos brasileiros (MACHADO *et al.*, 2010).

Entretanto, compreende-se que, apesar de a dependência química atingir diferentes grupos sociais, pessoas com ou sem instrução, jovens ou adultos, a classe social menos favorecida é considerada um dos principais fatores de risco no desenvolvimento da dependência química (MACHADO *et al.*, 2010; REIS, UCHIMURA, OLIVERIA, 2013).

Freire *et al.* (2012) se contrapõem ao afirmar que o uso de drogas e o baixo poder econômico estejam intimamente relacionados de maneira empírica, não havendo estudos científicos suficientes que efetivamente apontem essa tendência.

Um estudo composto por 121 participantes pertencentes à classe econômica mais elevada e 100 participantes da classe econômica mais baixa destacou que o uso de drogas pelo segundo grupo foi mais intenso, com maior frequência. No entanto, sem significância estatística, o que permitiu aos autores concluir que há semelhanças entre os grupos de maior e os de menor poder econômico (FREIRE *et al.*, 2012).

Os locais de pesquisa do referido estudo foram duas unidades para tratamento de dependentes químicos em hospitais gerais e uma clínica de psiquiatria, que atendiam em caráter particular, por meio de convênios e pelo Sistema Único de Saúde (FREIRE *et al.*, 2012). Diferentemente da presente pesquisa que abordou paciente exclusivamente do SUS, fato que pode ter interferido nos resultados, pois se presume que aqueles atendidos pelo SUS têm renda financeira mais baixa.

O fato de estar inserido em comunidades mais vulneráveis, caso de áreas pobres, com baixo nível educacional e cultural, parece ter relação intrinsecamente importante com o mundo das drogas, com favorecimento da procura por meios ilegais para a obtenção de dinheiro para o consumo, como o roubo e o tráfico (MACHADO *et al.*, 2010; REIS, UCHIMURA, OLIVERIA, 2013).

Com relação à caracterização do uso de drogas, foi possível identificar que o início do uso ocorreu na adolescência, etapa da vida considerada entre a infância e a fase adulta, reconhecida como um período crítico e complexo do processo de desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo (DIEHL *et al.*, 2011). Esse retrato quantitativo foi encontrado em outras pesquisas como a de Capistrano *et al.* (2013) e Zeni e Araújo (2011), em que a idade média de início do uso foi de 14 anos para drogas lícitas e de 19 anos para as ilícitas.

Entretanto, a idade de início do presente estudo difere do estudo conduzido com 147.660 casos notificados de uso de drogas, em instituições de saúde, em um País asiático, entre os anos de 2002 e 2011, que apontou a média de idade de início do uso de drogas na vida adulta, 26 anos (Hsu; Lin; Tsay, 2014).

O primeiro contato com as droga na adolescência pode ocorrer por muitos motivos, em destaque, pela curiosidade. Outros motivos como hedonismo, alívio da dor, ou de algum sofrimento, são causas que incitam o primeiro contato com as substâncias psicoativas. Vale destacar que esses sentimentos podem perdurar até mesmo após o desenvolvimento da dependência química (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

Outros fatores são relacionados ao uso precoce de drogas como a influência dos pares, conflitos familiares e ambientes sociais desfavoráveis. Trata-se de um momento de transformações em todos os âmbitos da vida do adolescente, caracterizado por um período crítico, em que a busca pela individualidade, autoafirmação e autonomia passa a ser inerente ao adolescente, tornando-o vulnerável a situações de risco (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Sabe-se que o adolescente busca a integração social, autoafirmação, independência e definição da identidade sexual. É uma fase marcada por ganhos e prazeres, mas também por sofrimentos característicos de comportamentos antissociais e autodestrutivos. A adolescência representa um momento de conflito na vida das pessoas, podendo ocasionar a desestabilização dos processos de desenvolvimento emocionais e a inversão de valores preestabelecidos (DIEHL *et al.*, 2011).

A adolescência é um período que o indivíduo deixa de viver somente com a família e passa a viver em função dos amigos, buscando a inserção em grupos como forma de identificação pessoal. As diversas modificações que permeiam a adolescência vão desde físicas, psicológicas, sociais, culturais e até espirituais. Sua inserção no meio social coloca-os em diversas situações adversas, entre elas, o contato com as drogas (ROZIN; ZAGONEL, 2012).

O uso precoce de drogas prejudica o adolescente, muitas vezes, de maneira irreversível, resultando em *déficits* de memória, alterações de pensamento ocasionando dificuldade de aprendizagem e, como consequência, o abandono escolar (FERREIRA *et al.*, 2012). Fato que encontrado e já discutido no presente estudo.

Os pares são partes importantes no início e na continuidade do uso de drogas na adolescência, a valorização dos laços não parentais e o estabelecimento de vínculos com pares se intensificam, sobretudo quando há conflitos familiares (MACHADO *et al.*, 2010; DIEHL *et al.*, 2011).

Os pares são importantes na adolescência porque preenchem o processo de independência em relação aos pais, são modelos de comportamento, exercem pressão social e influência de maneira individual no adolescente, além disso, se tornam pessoas muito importantes umas para outras (DIEHL *et al.*, 2011).

As relações interpessoais conflituosas, especialmente com a família, devem ser consideradas um fator que incita o uso precoce de drogas. A família é compreendida como uma instituição privada que, entre todos os seus arranjos, desempenha papel importante na socialização desde o nascimento (DIEHL *et al.*, 2011).

Um adulto familiar constitui uma figura central na vida do adolescente, sendo referências de regras, normas e condutas que devem ser estabelecidas, devendo ser modelo a ser seguido pelos púberes. Quando não se consegue atingir esse ideal, o que era para ser um fator de proteção passa a ser um fator de risco (DIEHL *et al.*, 2011).

O álcool e o tabaco foram identificados como substâncias de primeiro contato dos dependentes químicos. Nesse contexto, é sabido que o uso dessas substâncias é uma prática comum em diversas populações e, pela sua legalidade, seu uso é cada vez mais precoce, mormente porque estas drogas estão em meio a confraternizações, sendo incitadas pelos meios de comunicação. A negligência da sociedade em relação ao uso de álcool e tabaco, associada à falta de controle do uso por menores, favorece seu uso cada vez mais precoce (FERREIRA *et al.*, 2012).

Balbinot e Araujo (2012) apontam em seus estudos uma ordem cronológica do início do uso de drogas, iniciada pelo álcool e tabaco, seguida pela maconha, solvente, cocaína aspirada, anabolizantes, cocaína endovenosa, tranquilizantes, sedativos, alucinógenos, êxtase, crack, anfetamina, heroína, LSD e, por fim, Oxi.

O tabaco é a causa de muitas patologias, especialmente as respiratórias e cardiovasculares, contribuindo com um elevado índice de morbimortalidade. Atualmente, um bilhão de pessoas em todo o mundo têm hábito de fumar.

O início precoce do uso do álcool foi identificado num estudo documental de Portugal, Correa e Siqueira (2010), que destacaram que, entre 160 prontuários de dependentes de álcool atendidos em um ambulatório de um hospital universitário, 70,7% fizeram o uso pela primeira vez na adolescência. Esse mesmo estudo

apontou que a idade mínima de experimentação do uso ocorreu em torno dos quatro anos de idade.

Grande quantidade de pessoas envolvidas com o álcool são encontradas em todo território nacional. Esse fato pode ser verificado pelos dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, que mostra que, entre os 4.407 entrevistados de 149 municípios brasileiros, 62% fizeram uso de álcool no ano de 2012, 64% fizeram uso semanalmente e 66% fazem uso compulsivo desta substância. De acordo com esse levantamento, 42% daqueles que fizeram uso regularmente do álcool pertenciam ao norte do País; 58%, ao nordeste; 71%, ao sudeste; e 67%, ao sul (LARANJEIRAS *et al.*, 2012).

Pode-se perceber que o hábito de utilizar álcool perdurou após a adolescência, adentrando a vida adulta, o que resultou na dependência de 62,3% dos participantes da presente pesquisa a esta substância, seguida pela dependência do crack, em 19,5%.

Ferreira *et al.* (2012) assinalam em seu estudo que 45,1% dos dependentes químicos que buscaram tratamento para a dependência química o fizeram em decorrência do álcool, seguido pelo uso de outras drogas, entre elas, o crack, em 36,9% dos casos. Esse cenário é encontrado no estudo de Capistrano *et al.* (2013), em que 54,9% dos dependentes químicos faziam uso do álcool e 43,7% faziam uso de crack como droga de preferência.

Considerando a idade de início do uso de drogas, cuja média foi de 13,52 anos, e a idade média atual do dependente químico, 41 anos, considera-se que o uso de drogas perdurou em torno de 27,4 anos. Estudo de Monteiro *et al.* (2011) destacam um tempo de uso de álcool elevado, de 22,3 anos para aqueles com idade até 59 anos e de 40,9 anos para aqueles com idade superior a 60 anos.

O referido dado é superior ao encontrado em outro estudo cuja média de idade de uso de drogas se deu em torno de 14,3 anos para aqueles que usam álcool, e para aqueles que usam somente crack, o tempo de uso foi de 2,3 anos, o que difere do estudo de Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010), em que o tempo de uso de crack é de 11,5 anos.

Especificamente no que se refere aos dependentes de crack, o estudo de Silva *et al.* (2009) aponta que a média de idade foi de 29 anos, e para o dependente

de álcool, foi de 45 anos, sugerindo que as consequências do uso de crack são mais intensas e mais rápidas, ocasionando aumento na procura por tratamento.

Apesar dos diferentes períodos de tempo de uso de drogas entre os diferentes estudos, percebe-se que este hábito perdura por alguns anos e, nesse sentido, Monteiro *et al.* (2011) alertam que o uso prolongado de drogas agrava o prognóstico, pois ocorre aumento da dependência, comprometendo ainda mais as atividades bem como as funções biopsicossociais do indivíduo.

Taufick *et al.* (2014) apontam como explicação para a elevada dependência de álcool em relação ao consumo precoce a falta de reconhecimento do uso problemático por parte dos pacientes mais jovens e a minimização das possíveis consequências negativas oriundas do consumo.

De acordo com Vargas, Bittencourt e Barroso (2014), a carência de informação sobre o padrão de uso de drogas ao longo do tempo pode contribuir para a continuidade do seu consumo e sua evolução para uma dependência. Eles destacam a importância de utilizar, desde o início, estratégias de rastreamento e intervenções de pessoas com o uso problemático de drogas.

Houve significância entre idade e tipo de substâncias, aqueles que são mais velhos utilizam o álcool como droga de preferência. Silva *et al.* (2009) e Monteiro *et al.* (2011) afirmam que os usuários de álcool são, em média, mais velhos que aqueles que fazem o uso de cocaína/crack. Essa característica pode estar relacionada ao fato de o uso do álcool ser uma prática milenar, utilizada há muito tempo por diferentes povos e culturas, enquanto o uso do crack se destacou após os anos de 1980 (SILVA *et al.*, 2009; CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Embora o crack seja uma droga relativamente recente, percebe-se um aumento gradativo, ultrapassando os índices de drogas mais antigas como a heroína e a cocaína. É uma substância química oriunda da cocaína, misturada à amônia, ao ácido sulfúrico, querosene e cal virgem, que se transforma em uma pasta endurecida de cor branca, caramelizada. Essas substâncias são, em sua totalidade, prejudiciais à saúde (OLIVEIRA; SOUZA, 2013).

É uma droga que tem um poder rápido de dependência, é de fácil acesso por ser de baixo custo; em contrapartida, tem uma lucrativa comercialização por ser muito rápido o início da ação e curta a duração do efeito, o que faz com que se torne onerosa para seus consumidores, pois necessita de grandes quantidades para aliviar a *fissura*. Quando foi introduzido no Brasil, seu consumo era limitado às

classes sociais menos favorecidas pelo seu baixo preço; atualmente, seu consumo se expandiu para outras classes sociais, trazendo consigo inúmeras consequências negativas (OLIVEIRA; SOUZA, 2013).

Em consequência dessas características e de acordo com suas especificidades farmacológicas, o padrão de consumo de crack é intenso (padrão *bing*), podendo levar o usuário a consumi-lo durante horas ou por vários dias sem interrupção (RAUP; ADORNO; 2011).

É considerada a droga mais perigosa entre todas as outras. Seu poder químico leva rapidamente à dependência e, decorrente do curto período do efeito, surge um desejo incontrolável de querer mais uma dose. O simples fato de experimentar a droga pode levar à dependência, mormente quando os ambientes, as condições socioeconômicas e os pares contribuem para tanto (OLIVEIRA; SOUZA, 2013).

A recuperação da dependência do crack é lenta e insidiosa, sendo necessário que o dependente compreenda sua dependência e queira se recuperar, um monitoramento contínuo, distanciar-se dos amigos, mudar de hábitos e de ambientes, caso contrário, qualquer estímulo poderá contribuir para a recaída. (OLIVEIRA; SOUZA, 2013).

Apesar do rigor legal, não é possível controlar o progresso acelerado do consumo e dependência do crack, a justiça penal é incapaz de coibir o tráfico e o consumo desta substância. Políticas públicas atuais têm a perspectiva de mudar esse cenário nacional, mas se mostram insuficientes e ineficazes, na maioria dos casos (OLIVEIRA; SOUZA, 2013).

Portanto, para aqueles que são dependentes de crack, deve haver abordagens terapêuticas mais intensivas e diferenciadas, em virtude da potencialidade desta droga e, por conseguinte, pelos vários impactos negativos que ela provoca (FERREIRA *et al.*, 2012; CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Pode-se verificar nesta pesquisa que os pacientes fazem uso de mais de uma substância, o que justifica o diagnóstico médico de acordo com a CID-10: Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Múltiplas Drogas (F-19). Este dado está em consonância com outros estudos que apontaram esse mesmo perfil de policonsumo (MONTEIRO *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2012; CAPISTRANO *et al.*, 2013).

O policonsumo é uma prática comum entre os dependentes químicos, apesar de terem uma substância de preferência, outras drogas são utilizadas por trazerem efeito similar, ou para minimizarem o desconforto ocasionado pela síndrome de abstinência e, como consequência, amenizar a *fissura* (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Pode-se verificar essa ocorrência no estudo desenvolvido por Zeni e Araújo (2011) com 32 dependentes de crack, que mostrou que todos os participantes faziam uso de múltiplas drogas, associadas à droga de preferência: 100% utilizavam tabaco; 93,9%, maconha; 57,6%, álcool; e 24,2% usavam solvente.

Machado *et al.* (2010) apontaram que entre os 69 dependentes químicos em tratamento em uma comunidade terapêutica, 91,3% utilizavam mais de uma droga. Os autores atribuem esse evento à procura de outras drogas quando aquela de preferência não está disponível.

Já Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) referenciam em seus estudos a associação do uso de várias drogas, sendo que a maconha se apresentou eficaz na tentativa de diminuir os efeitos do *craving* (fissura) do uso do crack, seja pelo uso concomitante (mesclado), ou pelo uso isolado após o uso do crack.

De acordo com os autores referenciados anteriormente, o álcool é uma substância utilizada como estratégia para evitar o uso do crack, por ter um poder sedativo, fazendo com que haja uma diminuição do *craving*. No entanto, isso não é uma regra, pois o uso simultâneo dessas duas drogas é comum entre os usuários.

Machado *et al.* (2010) afirmam em seu estudo que a maconha, o crack, o tabaco e a cocaína são as drogas mais comuns de serem associadas, destacam que quanto maior a quantidade de drogas consumidas, maiores são os danos resultantes, o que prejudica as chances de abandono, pois há possibilidade de desenvolver a dependência em mais de uma substância.

Zeni, Araujo (2011) confirmam que o uso de outras drogas pode prejudicar o tratamento e justificam que a interação entre as drogas utilizadas de forma simultânea pode gerar efeitos clínicos, comportamentos adversos que dificultam a abstinência ou até mesmo podem levar ao uso da droga de preferência. Em seu estudo, 81,3% dos dependentes químicos afirmam que o álcool é o gatilho para o uso de outras drogas.

Nesse sentido, de acordo com o estudo de Scheffer, Pasa, Almeida (2010) com dependentes de drogas, o uso do álcool antecede o uso da cocaína e do *crack*, e aqueles que não usam álcool fazem uso da cocaína antes de consumir o *crack*.

Zeni e Araujo (2011) observam uma relação significativa entre a fissura por *crack* e a fissura por tabaco, que pode estar associada ao fato de ambas serem drogas psicoestimulantes, tendo, portanto, semelhança de ação neuroquímica. Entretanto, há de se destacar que, para o uso do *crack*, é necessário usar a cinza do tabaco para sua combustão.

Chama a atenção a ausência de diagnóstico para 14,7% dos dependentes em tratamento. Considerando que cada droga tem seu mecanismo de ação peculiar, deste modo, compreende-se que é necessário que seja aplicado o diagnóstico médico de maneira correta para a elaboração de um plano terapêutico singular, apropriado e eficaz (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

De acordo com Hess, Almira e Moraes (2012), pode haver dificuldades em atribuir um diagnóstico para os dependentes químicos, visto serem comuns as comorbidades mentais. Destarte, é de suma importância uma avaliação cautelosa para que seja possível verificar a diferença entre transtornos mentais previamente existentes ou secundários e dependência química.

A frequência diária de uso de drogas obteve a maior prevalência, quase que a totalidade faz uso da droga de preferência todos os dias, sendo que 79,7% dos dependentes fazem uso mais de quatro vezes ao dia. Uma pesquisa que tratou do perfil do dependente químico em tratamento em um hospital psiquiátrico da região metropolitana de Curitiba apontou que, antes de iniciar o tratamento, 99,4% de um total de 350 indivíduos fazia uso diário de drogas (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

A frequência diária do uso pode ser justificada pela adaptação do organismo à droga, ocasionando o *craving*, que pode ser definido pelo forte desejo de utilizar a droga, associado à intenção de uso, à antecipação dos efeitos reforçadores e ao alívio do afeto negativo (ZENI; ARAUJO, 2011).

Especificamente na dependência do *crack*, o *craving* torna-se incontrolável, levando o usuário a usar compulsivamente a droga em um padrão diário, chegando a usar até nove dias ininterruptos, cessando somente quando há esgotamento físico, psíquico e/ou financeiro (ZENI; ARAUJO, 2011).

De acordo com o estudo de Ferreira *et al.* (2012), o dependente de *crack* tem menos motivação para se manter abstinente e aderir ao tratamento, abandonando-o prontamente. Esse fato pode estar relacionado ao potencial químico da droga, que

gera fissura em demasia e estimula o uso repetitivo e exacerbado (FERREIRA *et al.*, 2012; CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Outro impacto importante relatado pelos dependentes químicos foi a ocorrência de *overdose* por drogas, citada por 34,7% dos participantes. É sabido que este fenômeno é caracterizado pela manifestação de efeitos nocivos produzidos em um indivíduo por sinais e sintomas, como resultado da interação com qualquer substância química, podendo ser acidental ou premeditada (ZAMBOLIM *et al.*, 2008).

Embora o uso de drogas esteja associado a diversas doenças físicas e mentais, é percebida, há bastante tempo, sua forte relação com o risco de mortalidade precoce por *overdose*. Trata-se da principal causa de morte entre os usuários, sobretudo as acidentais, aquelas que ocorrem sem intenção prévia do usuário (BARTOLI *et al.*, 2014), caso dos participantes deste estudo.

Esse tipo de *overdose* é relativamente comum entre usuários crônicos de drogas (BOHNERT; TRACY; GALEA, 2012), podendo resultar em uma série de consequências graves para o organismo, como complicações cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, renais, entre outras. Além disso, cresce o risco de mortalidade por outras *overdoses* subsequentes (BARTOLI *et al.*, 2014).

O número de casos de *overdoses* ocasionados por opiáceos, especialmente os injetáveis, é elevado; por outro lado, aqueles ocasionados por outras drogas, entre elas, a cocaína, são também significativos. Em um estudo feito com base num banco de dados mantido pela *British Columbia Coroners Service*, agência do governo Canadense, no período de 2001 a 2005, foram identificados 904 casos de *overdose* por drogas ilícitas, 58,9% delas relacionadas ao uso de cocaína (MARSHALL *et al.*, 2012).

Evidenciam-se muitos fatores envolvidos que levam o indivíduo a uma *overdose*, entre eles, o grau de dependência, se há ou não policonsumo, sintomas graves de abstinência, histórico de tentativa de suicídio, nesse caso, a *overdose* passa a ser intencional, e comorbidades mentais. Este último fator envolve mais da metade daqueles que apresentam histórico de *overdose*, sobretudo os transtornos de humor (BARTOLI *et al.*, 2014).

Outros fatores são intrincadamente relacionados ao comportamento de risco para *overdose*. Estudo feito em São Petersburgo, Rússia, apontou que o ambiente

familiar, a infraestrutura inadequada de atendimento emergencial e a preponderância do tratamento baseado na abstinência total, excluindo outras abordagens terapêuticas como a redução de danos, são critérios importantes envolvidos direta e indiretamente nos casos de *overdoses* (GREEN *et al.*, 2009).

Não foi possível identificar significância estatística entre frequência de uso diária e *overdose* nos participantes da presente pesquisa, no entanto, o valor percentual foi importante, pois em torno de 98% daqueles que tiveram *overdose* faziam uso todos os dias da substância de abuso. Nesse sentido, Bohnert, Tracy e Galea (2012) apontam que a redução da frequência do uso de drogas é uma atitude imediata que auxilia na redução dos casos acidentais de *overdose*.

Bohnert, Tracy e Galea (2012) apontam que a implantação de medidas de prevenção à *overdose*, como a orientação e treinamentos de usuários, pode ser efetiva para evitar o número de casos exitosos. Já Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) citam em seu estudo que o dependente tenta controlar a quantidade de droga utilizada. Prática que se mostra eficiente segundo esses autores pois, uma vez que o indivíduo conhece os sintomas físicos do limite de uma *overdose*, ele consegue controlar a quantidade de uso.

Cabe ressaltar que, apesar de ser um importante problema de saúde pública, a *overdose* é pouco estudada, pois há escassez de publicação científica referente a essa temática, sobretudo brasileira. Quanto a estudos internacionais, a grande maioria se concentra somente em casos de *overdoses* por uso de opiáceos, apesar de se compreenderem os efeitos deletérios de outras substâncias no organismo (MARSHALL *et al.*, 2012).

Em relação à comorbidade física, foi possível constatar que 66% dos dependentes haviam desenvolvido alguma enfermidade: 27,4% apresentavam alterações cardiovasculares e 24,7%, neurológicas. Entretanto, não foi possível identificar se tais comorbidades estavam diretamente relacionadas ao uso abusivo de drogas até mesmo porque houve significância estatística em relação à idade avançada do sujeito.

Dados da pesquisa realizada por Capistrano *et al.* (2013) apontam comorbidades físicas em cerca de 30,9% dos dependentes químicos, com destaque para problemas cardiovasculares e respiratórios.

No estudo de Oliveira *et al.* (2013), foi possível verificar um importante quantitativo de pessoas com comorbidades físicas, 27,3% dos participantes, o que intriga em sua pesquisa é que a predominância da faixa etária é menor que a observada nos participantes deste estudo, entre 11 e 29 anos. Nesse caso, tal evento pode estar relacionado ao uso intenso de drogas.

No cenário atual, compreende-se que houve mudanças na faixa etária do dependente químico, que tem idade cada vez mais avançada e, conseqüentemente, é mais enfermo. O quantitativo de pessoas que abusam de drogas e têm idade superior a 50 anos está em constante crescimento. Esta associação entre idade avançada e uso de drogas evidencia os problemas de saúde e contribui com a cronicidade da doença (SEABRA; SÁ, 2011).

No entanto, é sabido que o uso abusivo de drogas por si só gera danos à saúde direta ou indiretamente, mesmo quando não relacionado à idade. O consumo excessivo de álcool, por exemplo, prejudica as funções hepáticas com o desenvolvimento de esteatose, hepatite alcoólica e cirrose. Outros órgãos, como os do sistema neurológico, gastrointestinal e cardiovasculares, são significativamente afetados (PORTUGAL; CORREA; SIQUEIRA, 2010).

De acordo com o estudo de Portugal, Correa e Siqueira (2010), entre os 160 dependentes de álcool que faziam tratamento em um ambulatório de clínica médica, 113 apresentaram alguma comorbidade física, com destaque para problemas cardiovasculares (33,1%), seguidos por doenças do aparelho gastrointestinal (33,1%). Os problemas neurológicos apareceram em apenas 1,3% dos casos.

Vargas, Bittencourt e Barroso (2014) destacam outras doenças relacionadas ao uso de álcool, como pancreatites, cardiomiopatia e diversos tipos de câncer. Rigoni *et al.* (2013) destacam problemas neurológicos como a síndrome de *Korsakoff*, alterações cerebelares e neuropatia periférica, entre outros. Esses autores alertam que esse hábito deletério pode prejudicar todo o sistema orgânico do corpo humano.

Outros impactos pessoais podem ser identificados pelas comorbidades mentais apresentadas por 41,3% dos participantes desta pesquisa, destacando-se os transtornos psicóticos sem outro diagnóstico relacionado e os de humor. A relação entre a dependência química e as comorbidades mentais vem sendo muito estudada na última década. Entretanto, apesar do aumento do número de estudos,

pouco se sabe sobre essa correlação entre outros transtornos mentais e a dependência química (SILVA *et al.*, 2009).

O que se compreende com certeza é que a associação entre dependência química e outro transtorno mental, seja de base ou de evolução posterior ao início do uso, tem um prognóstico desfavorável, pois esta junção pode alterar a sintomatologia da dependência química (SILVA *et al.*, 2009).

A chance de dependentes químicos apresentarem alguma comorbidade mental eleva-se quatro vezes mais em relação às pessoas que não usam drogas, sendo que esses dependentes apresentam prevalência entre 21 e 65% de transtornos mentais (PEUKER *et al.*, 2010). De acordo com Hess, Almeida e Moraes (2012), entre as consequências relacionadas a comorbidades em dependentes químicos, são evidenciados agressividade, recaída e suicídio, variáveis intrinsecamente relacionadas no presente estudo.

A comorbidade mental aparece em outros estudos com dependentes de drogas. Pesquisa de Capistrano *et al.* (2013) aponta que 13,4% dos seus participantes apresentavam algum transtorno mental além da dependência química. Os mais comuns foram os transtornos psicóticos sem diagnóstico relacionado e os de humor, o que está em consonância com a presente pesquisa.

No estudo de Silva *et al.* (2010) com dependentes químicos em tratamento em internação hospitalar integral, o quantitativo foi maior, em torno de 37% dos dependentes apresentaram comorbidades mentais, todos com transtornos de humor, com destaque para transtorno afetivo bipolar em 10% e depressão em 27% dos casos.

Estudo conduzido com 17 indivíduos dependentes de cocaína/crack e 12 dependentes dessas mesmas drogas mostrou transtornos mentais concomitantemente à dependência química, entre eles, os transtornos de humor e de ansiedade. Quanto aos transtornos de humor, houve destaque para o transtorno distímico e para o transtorno bipolar. Já para o transtorno de ansiedade, houve destaque para transtorno do pânico, fobia social e específica e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

Os transtornos mentais mais comuns identificados no estudo de Silva *et al.* (2009) foram os transtornos de humor em 77,4% dos dependentes, com destaque para Episódio Depressivo Maior (25,8%), Transtorno de Humor Induzido por

Substância (22,6%) e Episódio Maníaco (12,9%). Quanto aos transtornos psicóticos, eles foram identificados em 32,7% dos participantes.

Outro transtorno mais frequente no estudo anteriormente citado foi o Transtorno de Ansiedade (41,9%), com destaque para Fobia Específica (19,4%), Transtorno Ansioso com Ataque de Pânico Induzido por Substância (12,9%) e transtornos de estresse Pós-Traumático (9,7%) (SILVA *et al.*, 2009). Ao considerar a média entre esses transtornos e o tipo de droga, não houve diferença significativa.

Além de considerar transtorno mental consequência da dependência química, a literatura o aponta como antecedente da dependência química, considerando que a dependência a substâncias químicas é o transtorno mais frequente em pacientes que têm outros transtornos mentais (SILVA *et al.*, 2009; PEUKER *et al.*, 2010). Podemos identificar esse dado no presente estudo, pois 24,4% daqueles que apresentavam alguma comorbidade a haviam desenvolvido antes da dependência química. Isso porque, muitas vezes, a comorbidade mental está relacionada a fatores hereditários importantes que contribuem para o desenvolvimento da dependência e de outras comorbidades, principalmente os transtornos de humor (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010). A ansiedade e a depressão são os transtornos mais comuns em decorrência da dependência química, também são os mais comuns que antecedem o envolvimento com as drogas (PEUKER *et al.*, 2010).

A associação entre dois transtornos mentais sugere uma relação causal no surgimento dessas comorbidades, assim como existem fatores comuns de vulnerabilidade. Entretanto, independentemente de qual transtorno mental tenha surgido primeiro, a detecção precoce e precisa da comorbidade contribui para a eficiência do tratamento e evita a recaída (SILVA, *et al.*, 2009; SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010; PEUKER *et al.*, 2010).

O tratamento medicamentoso com psicotrópico foi encontrado em 74% dos participantes da amostra. Estudo com dependentes de cocaína e crack em tratamento integral em uma comunidade terapêutica da cidade de Porto Alegre apontou que 45,6% deles faziam uso de anticonvulsivantes e benzodiazepínicos; 30,9%, de antidepressivos; 23,5%, de antipsicóticos; e 5%, de estabilizadores de humor (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

Considerou-se o uso de medicação psicotrópica como um impacto do uso de drogas por ser consequência do tratamento do comportamento dependente. O uso

da medicação gera elevados custos financeiros para a família e para a sociedade e efeitos colaterais indesejáveis para o dependente.

As medicações psicotrópicas são comumente prescritas pelo profissional médico a dependentes de drogas em tratamento. Em geral, são prescritos topiramato, ácido valproico, disulfiram, entre outros (DIEHL *et al.*, 2011). Quando há comorbidades mentais, outras associações medicamentosas são analisadas.

Atualmente, as principais abordagens utilizadas no tratamento da dependência de substâncias psicoativas são intervenções psicossociais, atividades em grupo ou individuais, entre outras. No caso das atividades em grupo ou individuais, estão inseridos o atendimento psicoterápico e o tratamento medicamentoso (SOUZA *et al.*, 2012).

A dificuldade de adesão é comumente encontrada em dependentes químicos, estando relacionada em destaque com a negação do transtorno, efeitos colaterais desagradáveis e crenças populares. No entanto, para que o medicamento tenha ação efetiva, ele deve ser administrado com regularidade (DIEHL *et al.*, 2011).

Há poucos estudos que verificam a eficácia de uma determinada ação medicamentosa na diminuição ou cessação do consumo de drogas, no entanto, sabe-se que há êxito tanto na fase aguda do uso como na manutenção da abstinência, como um suporte para o indivíduo (KOLLING; PETRY; MELO, 2011).

Freitas, Silva e Araújo (2012) afirmam que o uso correto de medicamentos na dependência química, quando há necessidade, garante maior segurança aos usuários, visto que há o propósito de alcançar uma melhor qualidade de vida e reduzir possíveis internamentos.

Foi possível identificar que 60% dos pacientes tiveram ideação suicida e, desses, 69,3% chegaram a tentar o suicídio. Encontrou-se significância estatística entre o tipo de substância, no caso o álcool, e a frequência de uso diário. O suicídio é considerado ato deliberado de tirar a própria vida, derivado do latim em que *sui* significa si mesmo e *caedes*, a ação de matar. Trata-se um fenômeno descrito desde a pré-história, cujo significado conceitual evoluiu ao longo dos tempos (DIEHL *et al.*, 2011).

O ato do suicídio é parte de um conceito maior denominado comportamento suicida, que compreende o ato no qual o indivíduo se autoagride, fazendo parte de um *continuum* que envolve pensamentos, gestos e atitudes autodestrutivas e o

próprio suicídio. Um comportamento suicida deve ser seriamente considerado por ser indício de um ato exitoso (DIEHL *et al.*, 2011; WOH, 2014b).

Estima-se que o índice de suicídio seja de 16 casos para cada 100 mil pessoas no mundo. O prognóstico desse ato é preocupante, pois, no ano de 2020, cerca de 1,53 milhões de pessoas irão cometer suicídio, o que corresponde a cerca de 10 a 20 vezes mais suicídios que atualmente (WHO, 2014b).

A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo, sempre considerando que o número de tentativa supera o número de suicídio em pelo menos 10 vezes. A idade de maior prevalência gira em torno de 15 a 35 anos e está entre as três maiores causas de morte e a sexta, quando se trata de incapacitação (BRASIL, 2006; DIEHL *et al* 2011; WHO, 2014b).

Os últimos dados publicados no Brasil, no ano de 2012, apontaram que há um total de 5,3 suicídios para cada 100 mil habitantes. Desde o ano de 2000, houve um crescimento de 33,3%, passando de 7.726 para 10.321 casos. Esse quantitativo elevado preocupa à medida que é considerado apenas uma pequena parte dos suicídios, cometidos sem aviso prévio (BRASIL, 2014b; WHO, 2014b).

Entre as regiões brasileiras, destaca-se a região norte, onde houve um aumento de 390 para 693 casos, caracterizando um aumento de 77%, seguido da região nordeste, cujo aumento de casos foi de 51,7%, 35,8% na região sudeste, 16,3 na centro-oeste e 15,2 na região sul nesse mesmo período (WAISELFISZ, 2014).

Considerando especificamente o Estado do Paraná, o índice de suicídio é de 6,7 casos para cada 100 mil habitantes. Desde o ano de 2002, o aumento foi de 0,7%, mas, ao verificar somente os índices de 2011 a 2012, o crescimento foi de 6,0, acima do índice nacional, que foi de 4,8 para cada 100 mil habitantes nesse mesmo período (WAISELFISZ, 2014).

Esses números preocupam por serem questões de cunho econômico, pois há perda de capital humano geralmente em idade produtiva, gera elevados gastos para a saúde, com procedimentos hospitalares, internações e tratamento e para o sistema gera social gastos com pagamento de pensões, aposentadoria por morte e invalidez (FERREIRA *et al.*, 2014).

Compreende-se que há muitos mais casos, porém a subnotificação dos suicídios e das tentativas é uma realidade no Brasil, associado a escassos estudos epidemiológicos acerca dessa temática, contribuindo com a baixa qualidade das estatísticas oficiais. Além disso, há dificuldade de divulgação de dados pela mídia,

pelo temor do Efeito *Werther*, que são ondas de suicídios por imitação ou indução (WASELFISZ, 2014; DIEHL *et al.*, 2011).

Além disso, na sociedade, prevalece a compreensão cultural de que o suicídio não é uma manifestação psiquiátrica, é provocado por vontade própria, predominando um forte julgamento religioso e moral, sobretudo quando associado a outro transtorno mental igualmente prejudicado pela população, como a dependência química (DIEHL *et al.*, 2011).

No entanto, vale ressaltar que o comportamento suicida reflete um grave problema de saúde pública, causando importantes impactos negativos para o indivíduo, para a família e para a sociedade, sendo necessárias diversas intervenções, sobretudo de prevenção. Para tanto, a compreensão desse problema é o primeiro caminho a ser desbravado (DIEHL *et al.* 2011).

Quanto ao álcool ter sido a droga mais frequente entre os que tentaram suicídio, pode estar relacionado ao fato de ser a substância mais consumida em todo o mundo e a maior causa de dependência entre os participantes do presente estudo. É a maior causa de dependência, refletindo em todas as outras variáveis a ele agregada (BRASIL, 2006; ZUPANC *et al.*, 2013. KAPLAN *et al.*, 2014).

Em geral, o comportamento suicida tem sido diretamente associado de forma significativa ao transtorno psiquiátrico, especialmente quando envolve o uso, abuso e dependência de substâncias químicas, nesse caso, o fator de risco se potencializa em até seis vezes a mais que aqueles que não usam álcool (DIEHL *et al.*, 2011; WOH, 2014b). Sabe-se que o efeito do álcool, seja de uso agudo ou crônico, contribui com o aumento da impulsividade, perda da inibição e aumento da tendência de assumir comportamentos de risco, como o suicídio (SANTOS, LEGAY, LOVISI, 2013).

O uso do álcool antes do suicídio consumado é estimado entre 10 e 74,6% dos casos. Outro estudo nesse sentido, porém na Eslovênia, apontou, entre um total de 4.249 suicídios no período de 2000 a 2007, a presença de álcool no sangue de 1.061 indivíduos, que foram submetidos à autópsia médico-legal. De acordo com este estudo, 84,6% dos suicidas haviam consumido álcool antes de praticar o suicídio (ZUPANC *et al.*, 2013).

Ao se reportar aos dados obtidos na presente pesquisa, pode-se verificar que 75,8% daqueles que haviam tido ideação e 42,2% dos haviam tentado o suicídio tinham comorbidades mentais, em destaque para os transtornos de humor. Este

Índice foi maior que o encontrado no estudo de Silva *et al.* (2010), que apresentou um percentual de 30% entre os dependentes químicos em tratamento, que já haviam tentado suicídio e tinham alguma comorbidade mental.

O uso de álcool associado a comorbidades mentais é uma grave condição associada ao suicídio por diversas razões. Primeiramente, pela falta de tratamento relacionado uso contínuo e exagerado do álcool, o não uso da medicação e a não adesão ao tratamento quando realizado, gerando péssimos prognósticos (ZUPANC *et al.*, 2013; KAPLAN *et al.*, 2014).

Vale destacar que a não possibilidade de identificar a sequência de surgimento, se a ideação suicida, o alcoolismo ou a comorbidade mental, dificulta as abordagens de prevenção (LIMA *et al.*, 2010). Este surgimento não foi identificado na presente pesquisa.

Wojnar *et al.* (2008) apontam em seus estudos que as tentativas de suicídio e o próprio suicídio podem estar relacionados diretamente com a recaída. Em entrevista com 154 dependentes de álcool em Varsóvia, Polônia, destacou-se que 42,9% já haviam tentado o suicídio alguma vez na vida e, entre esses, ao considerar as tentativas de suicídio impulsivas, constatou-se que foram significativamente associadas à recaída (65,5%).

Na tentativa de minimizar os índices de suicídio, no ano de 2014 a Organização Mundial da Saúde lançou seu primeiro relatório global para a prevenção do suicídio com temas que abrangem situações de risco, como prevenir, o que pode ser feito, entre outros assuntos relacionados ao suicídio (WHO, 2014b).

No Brasil, desde o ano 2006, o Ministério da Saúde disponibiliza um manual com as diretrizes nacionais de prevenção do suicídio, dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental, o qual, além de reduzir as taxas indicadoras, visa aos danos associados aos comportamentos suicidas em todos os transtornos mentais (BRASIL, 2006).

Diante desses incentivos governamentais, sabe-se que nem todos os suicídios podem ser evitados, mas a maioria, sim. Para tanto, devem ser buscadas estratégias que contribuam com a redução do número de mortes, reduzindo o acesso aos meios, caso de medicações, armas, entre outras, fornecer um tratamento adequado àqueles que têm transtorno mental, aumentando a vigilância em pessoas que já têm histórico de tentativas (WHO, 2014b).

Entre os que tentaram suicídio, houve destaque para o modo como foi realizado, nesse caso, a intoxicação exógena foi escolhida por 26,5% dos casos. Já o estudo de Zambolim *et al.* (2008), com 46 pacientes atendidos pelo serviço de clínica médica de um Hospital Geral de Pouso Alegre, identificou que 100% das causas de suicídio ocorreram por intoxicação exógena, desses, para 52,1% havia sido o primeiro episódio e, em 47,85 dos casos, os pacientes eram etilistas.

Esse meio de tentativa de suicídio se enquadra entre os três principais modos utilizados, considerando o primeiro, o enforcamento, seguido pela arma de fogo. A escolha pela intoxicação exógena inclui aspectos psicossociais, de gênero, a disponibilidade de acesso e a aceitabilidade sociocultural, por se tratar de modo pouco agressivo (SANTOS, LEGAY, LOVISI, 2013; SANTOS *et al.*, 2014).

Em pesquisa realizada com o objetivo de estimar a frequência relativa dos casos de tentativa ou de suicídio por intoxicação exógena por meio de informações oriundas do Sistema de Informações do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) no período de 1998 a 2009, identificou-se que no Brasil foi registrado um montante de 12.295 internações devidas à tentativa de suicídio, sendo que, dessas, 70,7% eram por intoxicação exógena (SANTOS, LEGAY, LOVISI, 2013).

De acordo com esta pesquisa, o uso de medicamentos foi registrado em 46,2% dos casos, seguido pelo uso de álcool, com 29,8%, e pesticidas, com 15,1%. Vale ressaltar que não foram descritas as diferenças entre as intoxicações agudas, subagudas ou crônicas (SANTOS, LEGAY, LOVISI, 2013).

Pesquisa documental conduzida com 4.020 registros de internação com diagnósticos médicos de intoxicação exógena apontou que 49,1% das internações dos adultos tiveram como causa a intoxicação por medicação. O percentual elevado também ocorreu nas crianças, 30,1%, seguido de raticidas, com 29,8%, sendo que para cada 2,3 casos um era de intoxicação intencional por tentativa de suicídio (REIS *et al.*, 2013).

Diferentemente dos resultados anteriores descritos, Santos, Legay e Lovisi (2013) apontam que as medicações são utilizadas para tentativa de suicídio pela maioria (60%), em países desenvolvidos. Países em desenvolvimento, caso do Brasil, em geral, faz-se o uso de agrotóxicos em torno de 90% dos casos.

Outro dado preocupante que emergiu da presente pesquisa resultando de um impacto pessoal importante foi em relação ao comportamento sexual dos

participantes. Pode-se identificar que 12,7% e 13,3% praticavam sexo ou se submetiam a algum ato sexual, respectivamente, em troca de dinheiro para comprar droga ou mesmo pela própria droga. Destaca-se que houve significância estatística entre o álcool e a média etária desses participantes, em torno de 41 anos.

É importante destacar que um comportamento sexual inadequado pode levar a inúmeros prejuízos quando associado à dependência de uma substância química. Entre esses prejuízos, destacam-se as DSTs, variável encontrada em 32,7 dos participantes da amostra, com destaque para a gonorreia e a sífilis.

Estudo de Machado *et al.* (2010) destacou que o comportamento sexual de risco de seus participantes dependentes químicos estava relacionado ao fato de que em muitos casos haviam tido relações sexuais sob efeito de alguma droga e fizeram trocas de favores sexuais como meio de conseguir sustentar o vício. Em muitos casos há o relacionamento sexual com estranhos por troca de dinheiro para a compra de drogas, o que leva a uma reflexão acerca da associação íntima entre a prostituição e o consumo de drogas (MACHADO *et al.*, 2010).

Outro risco relacionado a este comportamento é a gravidez indesejada e, conseqüentemente, a realização de aborto clandestinos, nesses casos, o uso do preservativo é secundário diante da urgência de consumir a droga (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

É sabido que o comportamento sexual de risco para a aquisição de drogas deixa o indivíduo exposto a inúmeras conseqüências negativas. Essa associação merece atenção especial porque o usuário de droga tem baixa adesão ao uso de preservativos, um início precoce da vida sexual e se submete a se encontrar com múltiplos parceiros (MACHADO *et al.*, 2010).

No estudo de Machado *et al.* (2010), cujo objetivo foi verificar as características sexuais de usuários de drogas, entre os 69 participantes, 97% haviam iniciado as atividades sexuais na adolescência, sendo que no último ano 76,2% haviam tido mais que um parceiro, podendo alcançar até cinco parceiros ou mais.

De acordo com esse estudo, 53,9% referiram que usavam preservativo, às vezes ou nunca, e o motivo pelo qual não o utilizavam era porque não gostavam, em 35% dos casos, outros 20% confiavam no (a) parceiro (a), 15,6% não tinham no momento e 8,9% não utilizaram por conseqüência do efeito da substância, que diminui a capacidade de tomada de decisão.

Estudo com usuários de drogas em situação de rua da cidade de Ribeirão Preto-SP apontou que faziam uso de múltiplas substâncias, sendo o crack a droga de preferência, e o recurso financeiro para a aquisição das drogas era proveniente do comércio sexual (NUNES; ANDRADE, 2009). Pode-se perceber que estar em situação de rua, utilizar drogas e ter um comportamento sexual de risco foram características intrinsecamente relacionadas na presente pesquisa.

O *craving* está fortemente envolvido no comportamento sexual de risco, pois a prostituição é um meio de conseguir recursos financeiros para a obtenção da droga, satisfazendo o desejo compulsivo de consumi-la (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

O impacto pessoal foi encontrado nas agressões físicas sofridas e realizadas pelo dependente. Foi possível verificar que tanto as agressões praticadas quanto as sofridas foram protagonizadas por pessoas desconhecidas e por familiares.

Quanto aos familiares, este dado está em consonância com o estudo de Machado *et al.* (2012), o qual mostra que, entre 1.235 relatos de agressões, 49,4% foram praticadas contra os familiares, entre esses, os próprios pais. Os agressores utilizavam em sua maioria crack e álcool.

O uso de drogas gera experiências que causam autodestruição, além de gerar comportamentos violentos. Em pesquisa realizada com 1.547 pessoas que entraram em contato com o Serviço Nacional de Informações e Orientações sobre a Prevenção do Uso de Drogas, VIVAVOZ, foi possível identificar que as agressões físicas foram relatadas por 11,2% dos usuários, ficando atrás das agressões verbais, com 51,7%, e psicológica, com 37% (MACHADO *et al.*, 2013).

A humanidade é atingida por agressões e por violência desde seus primórdios, e sua legitimação faz parte da sociedade moderna. Atualmente, as agressões são consideradas problemas primários de saúde pública, constituindo fatores de risco e de desigualdades sociais, resultando nas maiores causas de morte e ferimentos no mundo (TAVARES; ALMEIDA, 2010).

A Organização Mundial da saúde define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de lesão, morte, danos psicológicos, mau desenvolvimento ou privação (WHO, 2014).

O álcool é responsável anualmente por 4% das mortes prematuras ou deficiência incapacitante. Para cada morte resultante da violência interpessoal associada ao álcool, dezenas de novas vítimas necessitam de tratamentos hospitalar, sem contar as diversas violências praticadas que não são possíveis de serem contabilizadas (WHO, 2014b).

Nos Estados Unidos, entre aqueles que foram vítimas de agressão, 35% acreditavam que seus perpetradores estivessem sob efeito do álcool. Dados emergentes da Inglaterra e no País de Gales assinalam que 50% das vítimas relataram essa mesma suspeita (WHO, 2014b).

Por outro lado, crenças individuais e sociais fazem com que aqueles que já têm um comportamento agressivo acabem por abusar do álcool, ou seja, o uso de bebidas encoraja o início da agressão, agindo como desinibidor (WHO, 2014b CORTEZ; BALTIERI, 2011).

Por vezes, aqueles que praticam agressão utilizam o álcool como ferramenta para se redimir de seus atos violentos, como, por exemplo, quando necessitam de dinheiro para aquisição da bebida e fazem uso da violência contra os familiares para conseguir (WHO, 2014b).

Em geral, o usuário se torna agressivo normalmente quando se percebe sem a droga. Quando a fissura se intensifica, aumentam os desentendimentos e as discussões com o objetivo de conseguir mais dinheiro para a obtenção da droga (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Por outro lado, o uso de álcool reduz a capacidade de reconhecer sinais de alerta em situações potencialmente violentas, tornando o dependente químico alvo fácil para os autores da violência. Isso pode justificar o elevado quantitativo de agressões sofridas pelo dependente químico na presente pesquisa, mas que foram praticadas por familiares e pessoas desconhecidas.

Além do comportamento agressivo, o envolvimento com a criminalidade está diretamente relacionado ao uso de drogas, gerando um impacto importante para o indivíduo e para a sociedade. Pode-se identificar esse perfil na presente pesquisa, pois 40,7% já haviam praticado algum delito, com destaque para o roubo. Entre essas variáveis, houve significância entre o ensino fundamental incompleto e o desemprego.

O aumento progressivo da criminalidade tem sido relacionado a pessoas que se envolvem com o universo das drogas, seja como usuárias ou como traficantes, estando normalmente associado à falta de assistência familiar, omissão do governo e à carência de políticas públicas que visem a ações sociais e assistências (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

De acordo com Cortez e Baltieri (2011), entre os principais fatores atribuídos à criminalidade relacionados ao uso de substâncias psicoativas, estão a influência dos antecedentes familiares do dependente químico, o abuso físico, a negligência, as experiências inadequadas de socialização e as agressões durante a infância ou adolescência. Quando relacionado ao histórico de comorbidades psiquiátricas, este índice se eleva.

Antecedentes culturais como valores adquiridos, crenças e normas internalizadas impostas pela família e pela sociedade são fatores importantes relacionados à criminalidade e ao dependente químico que podem evitar a prática de um delito ou favorecer sua ocorrência (CORTEZ; BALTIERI, 2011).

Além desses antecedentes, as condições recentes também são importantes para determinar um comportamento criminoso do dependente químico, como os efeitos farmacológicos das drogas, o prejuízo cognitivo que as drogas provocam, a labilidade emocional, a agitação psicomotora e a fissura (CORTEZ; BALTIERI, 2011).

As necessidades financeiras e a falta de recurso para a obtenção da droga contribuem para o aumento da criminalidade. Isso porque, após o desenvolvimento da dependência, os usuários se submetem a qualquer coisa para sustentar o consumo (CORTEZ; BALTIERI, 2011; OLIVEIRA; SOUZA, 2013), sobretudo quando não têm outro meio para a obtenção da droga por estarem desempregados, como encontrado nos dados desta pesquisa.

Para a obtenção da droga, comumente se desfazem dos seus pertences pessoais, como roupas, calçados e objetos de valor, posteriormente adentram a criminalidade e desenvolvem habilidades para o roubo e o furto (OLIVEIRA; SOUZA, 2013). Não foi possível identificar se esse caminho foi traçado pelos participantes da presente pesquisa, no entanto, percebe-se que o roubo foi o delito mais cometido entre os participantes. Também não foi possível identificar na pesquisa a diferença entre furto e roubo, previsto no Código Penal Brasileiro, ao descrever que, em caso do furto, há subtração para si ou para outrem, que pode resultar de um a quatro

anos de reclusão e/ou multa, podendo ser aumentada a pena caso ocorra no período noturno (BRASIL, 2001a).

Diferentemente, o roubo se constitui em um crime violento contra o patrimônio, previsto no artigo 157 e 158 do Código Penal Brasileiro. Tem a mesma origem que o furto, ou seja, subtrair algo para si ou para outrem, no entanto, acompanhado de grave ameaça ou violência (BRASIL, 2001a).

Além disso, é necessário considerar o grau de dependência, sendo que os especialistas dividem esse transtorno mental em leve, moderado e grave. No transtorno mental leve, não há sintomas de síndrome de abstinência. e o uso de drogas é ocasional; no moderado, o uso de drogas é frequente, podendo apresentar quadros característicos da síndrome de abstinência. No transtorno mental grave, toda a organização da vida do dependente é norteadada pelo uso da droga e não há um controle sobre o consumo, portanto, pode haver inimputabilidade, mas somente após um exame pericial minucioso (CORTEZ; BALTIERI, 2011).

De acordo com Oliveira e Souza (2013), o aumento da criminalidade, em geral, está, sobretudo, relacionado ao consumo de crack, por se tratar de uma droga que tem efeito de curta duração e, em pouco tempo, consome todas as reservas financeiras, obrigando os dependentes a cometer delitos.

O crack altera o estado emocional e psicológico do indivíduo, tornando-o incapaz de controlar suas ações, o que se reflete na criminalidade, pois o dependente dessa substância faz qualquer coisa para manter seu consumo, inclusive, o roubo (OLIVEIRA; SOUZA, 2013). Esta afirmação difere da presente pesquisa, que encontrou significância entre dependentes de álcool e crime, mas não do crack.

A conexão entre o uso de álcool e a criminalidade é um dos principais desafios para a saúde pública em todo o mundo, porquanto, associados, eles trazem grandes encargos para o Governo, refletindo na saúde e na justiça criminal. Além de estar entre as substâncias mais consumidas na atualidade, ele pode ser a causa direta ou indireta de crimes e contribui para a reincidência de delitos, sobretudo durante os episódios de intoxicação (CORTEZ; BALTIERI, 2011).

Apesar de os índices de criminalidade e o consumo de álcool se alterarem entre os países em decorrência das diferentes culturas, há uma relação muito forte entre essas duas variáveis, isso porque uma exacerba os efeitos da outra e favorece com que o dependente seja vítima ou autor de um ato violento (WHO, 2014b).

Os mecanismos que interligam o crime ao uso de álcool são variados. Pode-se afirmar que o uso abusivo de álcool afeta diretamente a função física e cognitiva do indivíduo e reduz o autocontrole e a capacidade de processar as informações recebidas, o que favorece o uso de atos ilegais para resoluções de confrontos (WHO, 2014b; CORTEZ; BALTIERI, 2011).

Dados epidemiológicos da Rússia apontam que cerca de três a quatro por cento dos indivíduos que estavam presos por homicídio haviam ingerido bebida alcoólica antes do ato e na China, 50% daqueles que estavam presos por assalto haviam se embriagado (WHO, 2014b).

No campo jurídico, a embriaguez é classificada em acidental, culposa, dolosa, preordenada, habitual e patológica. Quanto à acidental, ela ocorre a partir de um caso fortuito ou de força maior, nesse caso, é a embriaguez ocasional, rara, que ocorre em momentos especiais. No caso da embriaguez fortuita, sua gênese é precedida de um erro compreensível e não de uma ação predeterminada ou imprudente, diferentemente da embriaguez por força maior, em que a capacidade humana não é capaz de prever ou resistir ou quando o indivíduo é obrigado a ingerir bebidas alcólicas (CORTEZ; BALTIERI, 2011).

A embriaguez culposa ocorre pela imprudência ou negligência do ato de beber exageradamente, associada ao desconhecimento dos efeitos deletérios do álcool. Ela é diferente da embriaguez dolosa, em que o indivíduo quer se embriagar, mas não tem o desejo de cometer crime, mas compreende que assume este risco (CORTEZ; BALTIERI, 2011).

Quanto à preordenada, é aquela em que o indivíduo se embriaga com o objetivo de cometer crime, sendo circunstância agravante da pena. A embriaguez habitual se configura naqueles vivem sob a dependência do álcool. Por fim, vem a embriaguez patológica, que resulta na ingestão de pequenas doses de bebidas alcólicas, associadas a manifestações de atitudes agressivas e violentas (CORTEZ; BALTIERI, 2011).

Destaca-se que, em todos casos descritos anteriormente, é importante a participação de uma equipe de saúde mental qualificada para a emissão de opinião acerca do estado mental daqueles que cometeram crimes sob o efeito de bebidas alcólicas (CORTEZ; BALTIERI, 2011).

O impacto do uso abusivo de drogas se refletiu nos acidentes de trânsito. Entre os participantes da presente pesquisa, 55,3% já estiveram envolvidos em acidentes como condutores. Os acidentes de trânsito são considerados verdadeiramente um problema mundial de saúde pública, sendo o uso de drogas, sobretudo o álcool, um dos principais fatores que contribuem para este quadro (ABREU *et al.*, 2010).

O ato de dirigir é uma tarefa complexa, que necessita de ações e reações cognitivas e intelectuais continuamente. Substâncias psicoativas influenciam as funções cerebrais e certamente afetam o desempenho na direção do veículo. Vários países têm apresentado uma preocupação com estas questões e aplicam leis severas para controlar o uso de drogas no trânsito (ABREU *et al.*, 2010).

No Brasil, o Código Nacional de Trânsito (CNT), em seu artigo 165, impõe penalidades rigorosas para o condutor que dirigir sob efeito de álcool ou de qualquer substância psicoativa. De acordo com esse artigo, o condutor recebe uma infração gravíssima, sob penalidade de multa multiplicada por cinco e a suspensão do direito de dirigir por 12 meses (BRASIL, 2008). Além disso, o condutor recebe uma medida administrativa com a retenção do veículo até o momento que surja um condutor habilitado.

O artigo 276 do CNT proíbe qualquer constatação de álcool por litro de sangue. E caso haja, reconhecido pelo teste em aparelho de ar alveolar (bafômetro), exame clínico com laudo conclusivo descrito pelo médico perito ou exames realizados por laboratórios especializados indicados pela autoridade policial, o indivíduo se torna sujeito a quaisquer penalidades anteriormente descritas (BRASIL, 2008).

No entanto, somente fiscalizações ofensivas e leis severas não são suficientes para diminuir as morbidades e mortalidades relacionadas ao acidente de trânsito e ao uso de drogas, devendo ser associadas ações educativas e de segurança para diminuir a agregação dessas duas variáveis (PONCE; LEYTON, 2008).

Um importante evento relacionado ao uso de bebidas alcoólicas e ao acidente de trânsito são as subnotificações. Pode-se perceber essa ocorrência nos estudos de Abreu *et al.* (2010), no qual entre 348 vítimas fatais de acidente de trânsito, em 73% delas não foram feitos exames de alcoolemia ao chegar ao Instituto médico legal (IML).

De acordo com esse estudo, entre as vítimas em que haviam sido feitos exame de alcoolemia, em 88,3% delas o resultado foi positivo. Deve-se considerar que o código Brasileiro de Trânsito não tolera nenhuma quantidade de álcool por litro de sangue (ABREU *et al.*, 2010).

Entre as características mais comuns encontradas em vítimas fatais de trânsito que estavam sob os efeitos de álcool, destacam-se jovens adultos do sexo masculino, solteiros, o que pode estar relacionado à exposição a comportamentos sociais e culturais de pessoas com esse perfil, sendo a noite e a madrugada dos finais de semana os períodos de mais ocorrências, o que pode estar atrelado a momentos de lazer (ABREU *et al.*, 2010).

O estudo de Campos *et al.* (2012) com 1.209 condutores de 10 cidades pertencentes ao Estado de Minas Gerais, escolhidos aleatoriamente de acordo com o fluxo do trânsito local, destacou que 22% estavam sob efeito de álcool no momento da pesquisa e 19,6% não consideravam o ato de beber um problema relacionado ao ato de dirigir e afirmaram que, sob o efeito desta substância, se sentiam melhores na condução do veículo.

De acordo com o II LENAD, houve queda de 21% no índice de acidentes de trânsito, relacionado ao uso de álcool, desde 2006 até 2012. Apesar da queda dos índices desses acidentes, eles apresentam dados preocupantes, pois, somente no ano de 2012, entre os 4607 participantes submetidos à pesquisa, 24% não acham que seja problema dirigir sob os efeitos do álcool (LARANJEIRAS *et al.*, 2012).

Sabe-se que o uso de álcool relacionado a acidentes de trânsito é uma questão importante discutida e divulgada de forma intensa pela mídia nacional, no entanto, o uso de outras drogas é pouco conhecido no Brasil. Ao considerar as drogas estimulantes, como o crack, é sabido que leva o indivíduo a assumir vários comportamentos de impetuosos na direção, aumentando os casos de acidentes.

O aumento do risco de acidente de trânsito pode estar relacionado à perda da concentração e da atenção, maior sensibilidade à luz em decorrência das pupilas dilatadas ocasionadas pelo uso de certas substâncias estimulantes, além de sintomas psicológicos, como paranoia e alucinação (PONCE; LEYTON, 2008).

Quanto à maconha, substância que gera pouca preocupação entre a população em relação a seus efeitos, é a mais utilizada entre os motoristas, e interfere na percepção, no desempenho psicomotor, cognitivo e afetivo, alterando a

coordenação e a vigilância e, por consequência, a capacidade de dirigir de maneira segura (PONCE; LEYTON, 2008).

Outros tipos de drogas, como os alucinógenos, debilitam a atividade psicomotora por alucinações e sonolência, o que é incompatível com direção segura. Já os opiáceos, sobretudo a heroína, induzem sedação e prejudicam a percepção de estímulos externos, por causar miose, o que dificulta a visão noturna. A síndrome de abstinência dessas substâncias está igualmente associada à perda de concentração (PONCE; LEYTON, 2008).

Com relação ao impacto familiar, pode-se verificar que 70% dos dependentes químicos da presente pesquisa têm algum membro familiar que faz uso, abuso ou tem a dependência de drogas, destacando-se, entre os familiares envolvidos, os irmãos, compreendendo 39,8%.

Outras pesquisas apontam o elevado índice de familiares dependentes químicos. Capistrano *et al.* (2013) e Silva *et al.* (2010) apresentam em seus estudos um quantitativo acima de 60% de familiares acometidos pela dependência química. O que difere do presente estudo é que a figura paterna foi o ente com maior frequência.

Pesquisa feita por Scheffer, Pasa e Almeida (2010) apresenta um histórico familiar do uso de drogas em torno de 50%. Esses autores indicam que o uso de drogas por familiares pode ser iniciado por imitação dos comportamentos de outros membros que fazem uso.

Nesse sentido, Manguiera e Lopos (2014) confirmam estes dados ao afirmar que filhos de dependentes químicos apresentam um risco aumentado para o consumo problemático de álcool e outras drogas, quando comparados a filhos de não dependentes químicos.

Assim, compreende-se que o uso de drogas por parte dos pais, aliado a características individuais, determina o risco de uso de drogas pelos filhos, como exemplo, pode-se citar o relacionamento entre esses membros, a dinâmica familiar desestruturada e estados emocionais instáveis (DIEHL *et al.*, 2011).

De acordo com Diehl *et al.* (2011), até mesmo o uso exagerado de medicação psicotrópica pode ser um fator influenciador no uso de drogas por parte dos filhos, isso porque mascara um aparente cuidado e dedicação, dependendo de uma medicação para suportar as dificuldades da vida. Tal situação leva o filho a

considerar que a dificuldade é remediada para alcançar o alívio, fato que pode ser registrado na memória e ser utilizado com o uso de drogas quando houver qualquer dificuldade (DIEHL *et al.*, 2011).

Cabe ressaltar que o uso de drogas por parte dos pais por si só não é o único fator para a dependência dos filhos. Em geral, o comportamento adicto está relacionado a medidas disciplinares inadequadas e às características individuais de cada filho (DIEHL *et al.*, 2011).

Além do comportamento imitado, o uso de drogas na família pode ser explicado por uma predisposição genética. Apesar de a dependência química ser considerada multifatorial, a genética é uma questão importante, pois apresenta uma genealogia positiva para este transtorno, teoria esta sustentada por filhos adotivos de pais biológicos usuários de drogas (DIEHL *et al.*, 2011).

O álcool emergiu como a substância mais utilizada pelos familiares na presente pesquisa, sendo esses dados também encontrados no estudo de Capistrano *et al.* (2013), em que 86% dos familiares usavam o álcool como substância de preferência.

Mangueira e Lopes (2014) afirmam que o histórico de alcoolismo na família predispõe o desenvolvimento de alcoolismo entre outros membros, ou por componentes genéticos ou comportamentais, haja vista que os pais são referência para os filhos. Tanto no estudo de Capistrano *et al.* (2013) como neste estudo, o álcool foi a substâncias mais utilizada pelos dependentes químicos, como visto anteriormente. Não podemos saber qual sua etiologia.

Entretanto, independentemente de qual seja sua origem, compreende-se que o alcoolismo seja considerado uma patologia grave, haja vista que não afeta somente o usuário, mas todos aqueles que convivem em torno dele, de maneira direta ou indireta, em particular a família, que está fortemente interligada (SENA *et al.*, 2011).

Nesse sentido, Veloso e Monteiro (2012) destacam que para cada cinco alcoolistas, em torno de seis pessoas do núcleo familiar são importantemente afetadas, seja por desavenças ou falta de confiança, sofrendo por estigmas ou por preconceitos.

O álcool repercute nas relações familiares de forma negativa, acarreta altos níveis de conflitos interpessoais, contribui para o desenvolvimento de violência

doméstica, facilita a separação conjugal e prejudica as condições financeiras da família, além disso, influencia o abuso dessa substância por outros membros da família (VELOSO; MONTEIRO, 2012).

O alcoolismo se configura como uma doença da família, pois todos são afetados por suas consequências destrutivas, pois gera tumultos, vergonha, humilhação, discussões, mentiras, entre outras questões que desequilibram a estrutura familiar (MANGUEIRA; LOPES, 2014; VELOSO; MONTEIRO, 2012).

A família consiste em um grupo com identidade própria, um sistema que comporta atitudes de risco ou de proteção no processo de saúde e de doença entre seus membros. Nesse contexto, o alcoolismo se destaca com um fator associado à disfunção familiar (MANGUEIRA; LOPES, 2014).

Em relação ao rompimento de vínculo com os familiares, 46% dos dependentes químicos da amostra afirmaram ter tido essa experiência, sobretudo com cônjuges. Nessa perspectiva, entende-se que a convivência de familiares com usuários de drogas seja afetada pela progressão do uso de drogas, causando inúmeros sofrimentos e sentimentos de resignação, solidão, frustração e tristeza, o que compromete os vínculos e implica seu rompimento (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009).

É sabido que os dependentes químicos têm dificuldades em manter as relações familiares, demonstrar afetos, ser compreensivos e presentes, fato que prejudica laços afetivos, não considerados por eles como eventos importantes, sobretudo no momento de consumo intenso (DIEHL *et al.*, 2011).

Em decorrência da ruptura do vínculo familiar, é preciso maior atenção para redução das consequências durante o manejo da problemática da dependência química, com o intuito de retomar os laços, ampliando as possibilidades de melhor convivência (VELOSO; MONTEIRO, 2012).

Portanto, compreende-se que, entre todas as perdas ocasionadas pelo uso de drogas de forma abusiva, a perda de vínculos familiares se destaca (FERREIRA, *et al.*, 2012). Isso pode retardar o processo de mudança para a busca da abstinência, pois a família representa papel importante entre seus membros e seu apoio é fundamental para mantê-lo motivado para o tratamento (FERREIRA *et al.*, 2012).

Uma família inserida no tratamento contribui para a adesão do dependente químico ao tratamento e auxilia na prevenção da recaída. A atuação do grupo

familiar é de suma importância visto haver maior chance de reocupação, apesar de pouco ser inserida no tratamento mesmo diante do intenso incentivo de políticas públicas (PAZ; COLOSSI, 2013).

Ao inserir a família como protagonista no tratamento do dependente químico, ela se torna um agente coparticipante e ativo, consegue-se maior capacidade de resolver problemas e promover a homeostase familiar, bem como a recuperação do ente adoecido (PAZ; COLOSSI, 2013).

Os problemas com as esposas na presente pesquisa foram destaque entre os conflitos familiares (70%), sobretudo, nas discussões entre o casal (45,7). Em 50% dos casos, houve evolução para a separação e/ou divórcio. Em um estudo documental realizado com 350 prontuários de dependentes químicos internados em uma instituição integral, foi possível identificar que 29,4% dos dependentes tiveram problemas conjugais e desses, 91,6% evoluíram para a separação (CAPISTRANO *et al.*, 2013b).

Os problemas conjugais foram constantes no estudo de Portugal, Correa e Silveira (2010) com 18,1% e no estudo de Silva *et al.* (2010) em 80% dos casos, em que destacam que a separação conjugal teve relação direta com o uso de drogas. Para Manguiera e Lopes (2014), comunicação hostil é um relevante atributo relacionado à disfunção familiar causado pelo uso de drogas.

A comunicação é prejudicada em famílias disfuncionais, pois as drogas geram um funcionamento patológico, caracterizado pela ausência de expressão de sentimentos, ideias ou opiniões, bem como a maneira de se falar e ser ouvido. O divórcio ocorre porque na relação conjugal não há mais diálogo, responsabilidades, há falta de cooperação, insatisfação marital, desejo sexual diminuído, ciúmes, estresse e violência (MANGUEIRA; LOPOS, 2014).

O uso de drogas compromete a convivência familiar e isso se reflete importantemente nas relações conjugais. A convivência com um cônjuge dependente químico se desestabiliza no momento que a dependência química se agrava, gerando um adoecimento afetivo e, por conseguinte, o divórcio (FERREIRA *et al.*, 2012; CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Marcon *et al.* (2012) afirmam que a maioria das esposas de dependentes químicos têm diversas funções agregadas a atividades domésticas, acabando por ter que, sozinhas, gerenciar a casa, cuidar dos filhos e da vida profissional, o que gera

uma sobrecarga emocional e física importante, interferindo diretamente na qualidade de vida. Além disso, vivem em um ambiente desarmonioso, instável, ameaçador e permeado por conflitos que conduzem ao isolamento social na tentativa de evitar a frequência de lugares públicos em decorrência de situações vexatórias (MANGUEIRA; LOPOS, 2014).

Uma das consequências do rompimento do vínculo no presente estudo foi o abandono do lar. Em muitos casos, os problemas de relacionamento familiar relacionados ao uso da droga levam o indivíduo a sair de casa e, sem ter onde ficar, acabam por permanecer em situação de rua. Fato que ocorreu em 40% dos participantes da amostra.

Estar em situação de rua pode estar relacionado a diversas situações, como o desemprego, a falta de moradia e outros contextos sociais e econômicos desfavoráveis, no entanto, é comum identificar pessoas em situação de rua em decorrência de rompimento de vínculos familiares (FARIAS *et al.*, 2014).

De acordo com Raup e Adorno (2011), muitos jovens que estão em situação de rua e fazem o uso de drogas já experimentaram essa realidade desde a infância, sobretudo por consequência de maus tratos e conflitos familiares.

O estudo de Farias *et al.* (2014), conduzido com 27 pessoas em situação de rua, identificou que 85,2% eram do sexo masculino, com predominância do grupo etário entre 31 e 40 anos, e 62,9% eram solteiros. De acordo com o perfil do grupo, 48,2% estudaram somente até ensino fundamental, 70,4% estavam desempregados e 92,5% assumiram fazer o uso de substâncias químicas. Tais características são semelhantes às do presente estudo.

O número de pessoas que estão em situação de rua cresceu de maneira expressiva nas últimas décadas nas cidades grandes, acompanhando o crescente aumento do uso de drogas. Essas pessoas são estigmatizadas, sendo vistas como perigosas especialmente porque ficam pedindo dinheiro para comprar drogas e muitas vezes assaltam para sustentar o vício (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

É sabido que a baixa estabilidade, econômica, social ou afetiva, diminui a possibilidade de controle do uso de drogas, confirmando a perspectiva de que os motivos do uso de drogas vão além de características estritamente biológicas (RAUP; ADORNO; 2011).

Apesar de o uso de drogas atingir a sociedade como um todo e todas as pessoas estarem sujeitas à situação de rua, a associação com as classes sociais menos favorecidas é inevitável (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

Para alcançar os dependentes de droga que estão em situação de rua, são previstos na Rede de Atenção Psicossocial os Consultórios de Rua, formados por profissionais que atuam de maneira itinerante, dispendo de ações e cuidados de saúde para tal população (BRASIL, 2011c).

Esses consultórios de rua foram criados em 1999 pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, na cidade de Salvador, Bahia, com o intuito de abranger adolescentes em situação de rua e que tinham uso problemático de drogas. No ano de 2004, foi implantado em um CAPS AD desta mesma cidade como modelo assistencial (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Somente no ano de 2009, o Ministério da Saúde incluiu os consultórios de rua como uma estratégia do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento de Álcool e outras drogas. Um ano depois, essa estratégia foi incluída no Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack, cujo objetivo foi ampliar o acesso e qualificar o atendimento a usuários de crack e outras drogas na rua (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Atualmente, o Consultório de Rua tem como objetivo a aplicação de ações de redução de danos em parceria com outros componentes da RAPs como os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde e Hospitais, como previsto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir com os dados deste estudo o elevado impacto que o uso abusivo de drogas acarreta direta e indiretamente em parcela significativa da sociedade. Assim entende-se que os objetivos propostos para o desenvolvimento deste estudo foram alcançados.

Identificou-se que os participantes desta pesquisa em sua maioria são homens adultos, solteiros, com o ensino fundamental incompleto, desempregados e baixa renda, características comuns entre usuários de drogas, que podem ser tanto consequência como fatores de risco para o consumo.

Chama a atenção o início do uso de drogas na adolescência, bem como para o tipo de droga de início, o álcool e o tabaco. Destarte, considera-se que são drogas lícitas, que, além de permitidas sua produção e comercialização, incitam para o consumo de modo natural pela sociedade ocidental.

Em geral, não há uma reflexão crítica por parte da população acerca dos problemas que envolvem o uso de álcool e tabaco precocemente, havendo, de certa maneira, uma negligência social, que permite o contato por meio de confraternizações, festas familiares, comerciais, publicidades, entre outros. Esse fato pode ser uma consequência da escassa preocupação do governo com esse grave problema de saúde pública, que parece se abster ou pouco fazer para dificultar o acesso de adolescentes à venda e ao consumo dessas substâncias.

As drogas mais consumidas pelos participantes da pesquisa foram o álcool e o crack, com frequência de uso diário. No entanto, a maioria relatou fazer uso de múltiplas substâncias concomitantemente ou não com as drogas de preferência. Essas características foram intimamente relacionadas a episódios de ideação e tentativas de suicídio e frequentes *overdoses* acidentais.

Em relação à *overdose*, destaca-se a dificuldade de encontrar estudos nacionais relacionados a esse impacto do uso de drogas, sendo sugeridas pesquisas científicas mais aprofundadas acerca desta problemática, haja vista a elevada morbimortalidade relacionada a este evento.

Foram identificadas como características desta população as comorbidades físicas e mentais, no entanto, é reservado afirmar que essas variáveis sejam

consequência do uso de drogas. Isso porque no que se refere à comorbidade física, a idade avançada foi fator confundidor e, na comorbidade mental, haveria necessidade de uma avaliação psiquiátrica prévia antecedente ao início do uso de drogas para assim poder identificar de forma fidedigna se foi desenvolvida pelo uso de drogas ou anterior a ele.

O impacto do uso de drogas foi expresso na esfera laboral e acadêmica dos participantes, pois a maioria já abandonou os estudos, além disso, tem baixa escolaridade e já apresentou problemas no trabalho, ocasionando muitas mudanças de ocupação bem como desemprego.

Por ser considerado um transtorno mental e comportamental incapacitante, foi possível identificar elevado número de participantes afastados do trabalho, recebendo auxílio-doença. Com esse perfil, infere-se que as drogas atinjam uma parcela de pessoas economicamente ativas que deveriam estar inseridas no mercado de trabalho. No entanto, pela característica compulsiva do uso, há uma impossibilidade de exercer as atividades laborais de maneira satisfatória, gerando elevados prejuízos para as empresas, que ficam sem mão de obra, e para o governo, pelo benefício financeiro.

Ressalta-se que esses problemas laborais não se restringem à esfera individual ou até mesmo familiar, mas há uma consequência social importante envolvida, pois a ausência de recursos financeiros contribui com o aumento da criminalidade como meio de conseguir recursos para a manutenção do consumo.

Além disso, pelo fato de não terem uma atividade laboral como meio de adquirir recursos financeiros para a obtenção da droga, foi possível verificar que os participantes utilizaram outras maneiras além da criminalidade, a prostituição, por exemplo. Apesar de ser identificado um quantitativo relativamente baixo, os valores encontrados foram semelhantes aos mostrados por outros estudos relacionados ao uso de drogas e prostituição.

Compreende-se que o uso de drogas gere um comportamento sexual de risco como identificado, pois conduz ao relacionamento com pessoas desconhecidas, gera prejuízo moral que leva à prática de sexo inseguro, o que pode estar relacionado ao desenvolvimento de DSTs.

Há muitas variáveis envolvidas no comportamento sexual de risco, como a baixa renda, baixo nível intelectual e cultural, questões emocionais e de vivências,

que não foram abordadas neste estudo, mas que seria interessante serem desenvolvidas em outros estudos que se aprofundassem em tal situação. Portanto, recomendam-se o desenvolvimento de discussões e estudos acerca dessa temática específica.

A criminalidade foi identificada no presente estudo como um impacto do uso de drogas, e essa consequência gera vítimas que sofrem com este problema, mesmo não estando diretamente relacionadas.

Destacam-se o impacto familiar oriundo do consumo abusivo de drogas e os prejuízos nas relações, fatores determinantes para o desenvolvimento, a manutenção da dependência química e a dificuldade em se manter abstinente.

O núcleo familiar estruturado é um potente fator para o sucesso do tratamento, mas, por outro lado, é um componente muito afetado pelas consequências do uso de drogas. Pode-se identificar esse fato ao relacionar a perda de vínculos familiares, diversas separações conjugais e abandono do lar, o que, por consequência, gera situação de rua.

Existe uma grande variedade de situações que envolvem a disfunção de uma família com dependente químico, e no caso do presente estudo, houve dificuldade de obter um consenso sobre o que é consequência do consumo abusivo do próprio sujeito pesquisado ou o que é consequência de outros membros dependentes. Isso porque o histórico familiar de uso de drogas foi um atributo importante encontrado nesta pesquisa.

É preciso considerar alguns fatores importantes desta pesquisa, entre eles, não ter sido possível o aprofundamento em cada uma das variáveis, até porque não foi o propósito deste estudo, no entanto, é importante a realização de estudos que consigam tal aprofundamento para que seja possível compreender o íntimo da etiologia do impacto do uso de drogas.

Destaca-se o pequeno número de mulheres participantes do presente estudo, o que impossibilitou realizar testes estatísticos fidedignos, que representassem a realidade local. Mas sabe-se que há um crescente número de mulheres usuárias na atualidade, camufladas, muitas vezes, pela vergonha e pelo preconceito social que envolve toda questão da posição feminina exercida na sociedade, dificultando a procura por tratamento.

Assim, uma vez que o uso de drogas por mulheres se configura um problema de saúde pública, estando em constante crescimento, faz-se necessário um olhar apurado dos serviços de saúde das políticas públicas e dos órgãos governamentais para que haja possibilidade de prevenção, tratamento e recuperação, de maneira emergencial.

Outra questão importante relacionada a este estudo se dá pelo levantamento de dados ser referente a único município brasileiro, o que impossibilita sua generalização. No entanto, todos os resultados vão ao encontro de outros estudos nacionais e internacionais sobre o uso de drogas, o que denota a importância dos dados que emergiram no presente estudo.

Além do mais, esta pesquisa foi desenvolvida em uma região não estudada, mas especialmente influenciada e prejudicada pelo crescente número de casos de dependentes químicos.

Como limitação, entende-se que trata-se de dados auto relatados sob informações de cunho íntimo que pode ter sido ocultada em sua totalidade ou em partes pelos participantes, alterando o resultado acerca do real impacto do uso abusivo de drogas, podendo ser ainda maior.

Por fim, acredita-se que este estudo traga contribuições para a área da enfermagem em saúde mental e subsídios para a construção de conhecimentos no âmbito multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, para uma melhor efetivação e elaboração de políticas públicas voltadas à prevenção e ao tratamento do dependente químico.

Em vista disso, entende-se que o desenvolvimento de estratégias de educação e prevenção é a uma questão que deve ser analisada e aprofundada pelos serviços públicos, pois pode ser extremamente útil para minimizar o impacto que o uso abusivo de drogas gera.

REFERÊNCIAS

ABREU, A.M.M.; LIMA, J.M.B.; MATOS, L.N.; PILLON, S.C. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. **Rev. Latino-Am. Enferm**, v. 18, n. esp., p. 513-520, mai. 2010.

ALMEIDA, R.A.; ANJOS, U.U.; VIANNA, R.P.T.; PEQUENO, G.A. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.102, p. 526-538, jul./set. 2014.

AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v.1, n.1, jan./abr. 2009.

ARAGÃO, A.T.M.; MILAGRES, E.; FIGLIE, N.B. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 14, n. 1, abr. 2009.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisa científica. **Revista Práxis**, a III, n. 6, ago. 2011.

BALBINOT, A.D.; ARAUJO, R.B. Análise do perfil de dependentes de crack em internação hospitalar. **Revista de Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, p. 471-480, set./dez. 2012.

BARTOLI, F.; CARRÀ, G.; BRAMBILLA, G.; CARRETA, D.; CROCAMO, C.; NEUFEIND, J.; BALDACCHINO, A.; HUMPHRIS, G.; CLERICI, M. Association between depression and non-fatal overdoses among drug users: a systematic review and meta-analysis. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 134, p. 12-21, 2014.

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

BECKER, D.F.; GRILO, C.M. Prediction of drug and alcohol abuse in hospitalized adolescents: comparisons by gender and substance type. **Behaviour Research Therapy**, v. 44, p. 1431-1440, 2006.

BOHNERT, A.S.B.; TRACY, M.; GALEA, S. Characteristics of drug users who witness many overdoses: implications for overdose prevention. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 120, p. 168-173, 2012.

BOTTI, N.C.L.; MACHADO, J.S.A.; TAMEIRÃO, F.V. Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. **Estudo e Pesquisa em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 290-303, 2014.

BUCHANAN, D.; TOOZE, J. A.; SHAW, S.; KINZLY, M.; HEIMER, R.; SINGER, M. Demographic, HIV risk behavior, and health status characteristics of “crack” cocaine injectors compared to other injection drug users in three New England cities. **Drug and Alcohol Dependence**, v.81, p.221-229, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções/Reso196.doc>> Acesso em: 15/06/2013.

_____. **Código Penal**. 39. ed. São Paulo: Saraiva, 2001a.

_____. 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 2001b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 20/05/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. 2006

_____. Observatório brasileiro de informações sobre drogas. Tratamento/população específicas/mulheres. Ministério da Justiça do Brasil, 2007. Disponível em:< http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11423&rastro=TRATAMENTO%2FPopula%C3%A7%C3%B5es+espec%C3%ADficas/Mulheres>. Acesso, 24/08;2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. Brasil oferece 0,34% dos leitos que seriam necessários para tratamento de dependentes químicos. **Em discussão**, a. 2, n. 8, 2011a. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos/brasil-oferece-034-dos-leitos-que-seriam-necessarios-para-tratamento-de-dependentes-quimicos.aspx>> Acesso em: 16/06/2013.

_____. Decreto nº. 7.655, de 23 de dezembro de 2011. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 de dezembro de 2011b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7655.htm> Acesso em 20/05/2013.

_____. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 de dezembro de 2011c. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7655.htm> Acesso em 19/09/2013.

_____. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e custeio. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 de fevereiro de 2012a. Disponível em: < <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>> Acesso em 20/05/2013.

_____. **Saúde mental em dados 10**. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acesso em: 23/06/2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 de dezembro de 2012c. Disponível

em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15/06/2013.

_____. Ministério da Previdência Social. **Auxílio doença Previdenciário**. 2014. Disponível em: <http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/145>> Acesso em: 22/09/2014.

CAMPOS, V.R.; SALGADO, R.; ROCHA, M.C.; DUALIBI, S.; LARANJEIRA, R. Beber e dirigir: características de condutores com bafômetro positivo. **Rev Psiq Clín**, v. 39, n. 5, p. 166-171, 2012.

CAPISTRANO, F.C.; FERREIRA, A.C.Z.; SILVA, T.L.; KALINKE, L.P.; MAFTUM, M.A. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 234-241, abr./jun. 2013.

CAPISTRANO, F.C.; FERREIRA, A.C.Z.; MAFTUM, M.A.; KALINKE, L.P.; MANTOVANI, M.F. O impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 3, p. 468-474, jul./set. 2013b.

CARDOSO, L.R.; MALBERGIER, A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 27-34, jan./abr. 2014.

CARLINI, E. A. *et al.* **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [*et al.*], -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: Unifesp - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARLINI, E. A. *et al.* **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010**/ E. A. Carlini (supervisão) [*et al.*], -- São Paulo: Cebriid - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: Unifesp - Universidade Federal de São Paulo, 2010.

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

CID-10 - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Organização

Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.
COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. **Protocolo de Saúde Mental**, 2011. Disponível em:
<<http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/9-PROTOCOLO-DE-SAUDE-MENTAL-DE-COLOMBO.PDF>>. Acesso em: 15/07/2013.

CORTEZ, F.C.P.; BALTIERI, D.A. Consumo nocivo de álcool e violência. **Revista de Criminologia e Ciências Penitenciárias**, a. 1, n. 2, dez. 2011.

CRUZ, M.S.; ANDRADE, T.; BASTOS, F.I.; LEAL, N.B.; VILLAR, L.M.; TIESMAKI, M; FISCHER B. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. **International Journal of Drug Policy**, v. 24, p. 432-438, 2013.

DEUTERONÔMIO. In: **BÍBLIA de Estudo Despertar**. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2005. Cap. 14, vers. 26, p. 210.

DIEHL, A. *et al.* **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. American Psychiatric Association. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

EFÉZIOS. In: **BÍBLIA de Estudo Despertar**. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2005. Cap. 5, vers. 18, p. 1372.

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

FARIAS, D.C.S.; RODRIGUES, I.L.A.; MARINHO, I.C.; NOGUEIRA, L.M.V. Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua. **Psicologia e Saber Social**, v. 3, n. 1, p. 70-82, 2014.

FERREIRA, A.C.Z.; CAPISTRANO, F.C.; MAFTUM, M.A.; KALINKE, L.P.; KIRCHHOF, A.L.C. Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 3, p. 444-451, jul./set. 2012.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJERA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 2.ed. São Paulo: Roca, 2010.

FONTELLES, M.J.; SIMÕES, M.G.; FARIAS, S.H.; FONTELLES, R.G.S. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev Para Med**, v. 23, n. 3, jul./set. 2009.

FREIRE, S.D.; SANTOS, P.L.; BORTOLINI, M.; MORAES, J.F.D.; OLIVEIRA, M.S. Intensidade de uso de crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/ Brasil. **J Bras Psiquiatr**, v.61, n.4, p.221-226, 2012.

FREITAS, R.M.; SILVA, H.R.R.; ARAÚJO, D.S. Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD). **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 8, n. 2, p. 56-63, mai./ago. 2012.

GOMES, K.V. **A dependência química em mulheres**: figurações de um sintoma partilhado. 226 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GREEN, T. C.; GRAU, L.E.; BLINKKOVA, K.N.; TORBAN, M.; KRUPITSKY, E.; IYUK, R.; KOSLOV, A.; HIEMER, R. Social and structural aspect of the overdose risk environment in St. Peterburg, Russia. **Intenational Journal of Drug Policy**, v. 20, i. 30, p. 270-276, may. 2009.

GRIGSBY, T.J.; FORSTER, M.; BAEZCONDE-GARBANATI, L.; SOTO, D.W.; UNGER, J.B. Do adolescent drug user consequences predict externalizing and internalizing problems in emerging adulthood as well as traditional drug use measures in a Hispanic sample? **Addictive Behaviors**, v. 39, p. 644-651, 2014.

HARTUNG, B.; KAUFERSTEIN, S.; RITZ-TIMME, S.; DALDRUP, T. Sudden unexpected death under acute influence of cannabis. **Forensic Science International**, v.237, p.e11-e13, 2014. Disponível em: [http://www.fsijournal.org/article/S0379-0738\(14\)00054-1](http://www.fsijournal.org/article/S0379-0738(14)00054-1). Acesso em: 11/03/2014.

HEINZ, A.J.; WU, J.; WITKIEWITZ, K.; EPSTEIN, D.H.; PRESTON, K. L.; Marriage and relationship closeness as predictors of cocaine and heroin use. **Addictive Behaviors**. v. 34, p. 258-263, 2009.

HESS, A.R.B.; ALMEIDA, R.M.M.; MORAES, A.L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. **Estud. Psicol.** v. 17, n. 1, p. 171-179, 2012.

HORTA, R.L.; HORTA, B.L.; ROSSET, A.P.; HORTA, C.L. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2263-2270, 2011.

HSU, J.; LIN, J.J.; TSAY, W.I. Analysis of drug abuse data reported by medical institutions in Taiwan from 2002 to 2011. **Journal of Food and Drug Analysis**, v. 22, 1, 2, p. 169-177, jun. 2014.

HUANG, K.; ZHANG, L.; LIU, J. Drug problems in contemporary China: A profile of Chinese drug in a metropolitan area. **International Journal of Drug Policy**, v. 22, p. 128-132, 2011.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios, síntese de indicadores, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=410580&search=parana|colombo>> Acesso em: 25/06/2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Infográficos: dados gerais do município, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=410580>> Acesso em: 22/09/2014.

JARLAIS, D.C.D.; McKNIGHT, C.; ARASTEH, K.; FEELEMYER, J.; PERLMAN, D.C.; HAGAN, H.; COOPER, H.L.F. Transitions from injecting to non-injecting drug use: potential protection against HCV infection. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 46, p. 325-331, 2014.

JESUS, D.E. **Direito Penal**. 1º volume. São Paulo: Saraiva, 2010.

JOE, G.W.; KNIGHT, D.K.; BECAN, J.E.; FLYNN, P.M. Recovery among adolescents: models for post-treatment gains drug. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 46, p. 362-373, 2014.

JUÍZES. In: **BÍBLIA de Estudo Despertar**. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2005. Cap. 13, vers. 4,7, p. 281.

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

KAPLAN, M.S.; HUGUET, N.; McFARLAND, B.H.; CAETANO, R.; CONNER, K.R.; GIESBRECHT, N.; NOLTE, K.B. Use of alcohol before suicide in the United States. **Annals of Epidemiology**, v. 24, p. 588-592, 2014.

KISSIN, W. B.; TANG, Z.; CAMPBELL, K.M.; CLAUS, R.E.; ORWIN, R.G. Gender-sensitive substance abuse treatment as arrest outcomes for women. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 46, p. 332-339, 2014.

KOLLING, N.M.; PETRY, M.; MELO, W.V. Outras abordagens no tratamento da dependência química. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, p. 7-14, 2011.

LARANJEIRAS R.; PINSKY I; ZALESKI M; CAETANO R. **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRAS *et al.* **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**. Instituto Nacional de Ciências e Tecnologias para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFEST, 2012.

LLE, S.; HSU, J.; TSAY, W. The trend of drug abuse in Taiwan during the years 1990 to 2011. **Journal of Food and Drug Analysis**. 21, p. 390-396, 2013.

LEVINE, D.M. **Estatística: teoria e aplicações**. Tradução: Teresa Cristina Padilha de Souza. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

LIMA, D.D.; AZAVEDO, R.C.S.; GASPAR, K.C.; SILVA, V.F.; MAURO, M.L.F.; BOTEAGA, N.J. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. **J. Bras Psiquiat**, v. 59, n. 3, p. 167-172, 2010.

LONDERO, M.F.P.; CECCIM, R.B.; BILIBIO, F.S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, abr./ jun. 2014.

MACHADO, C.A.; MOREIRA, T.; FERIGOLO, M.; OLIVERIA, M.; BARROS, H.M.T. Envolvimento de clientes com diferentes formas de violência em um serviço de

teleatendimento para dependência química. **Rev. Saúde Públ Santa Cat**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 22-29, mai./ago, 2012.

MACHADO, N.G.; MOURA, E.R.F.; CONCEIÇÃO, M.A.V.; GUEDES, T.G., Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 284-290, 2010.

MANGUEIRA, S.O.; LOPES, M.V.O. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 1, p. 149-154, jan./fev. 2014.

MARANGONI, S.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-670, jul./set. 2013.

MARCON, S.R.; RUBIRA, E.A.; ESPINOSA, M.M.; BARBOSA, D.A. Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, n. 20, v. 1, 2012.

MARQUES, H. R. *et al.* **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. Campo Grande: UCDB, 2006.

MARSHALL, B.D.L.; MILLOY, M.J.; WOOD, E.; GALEA, S.; KERR, T. Temporal, and geographic shifts in urban and nonurban cocaine-related fatal overdoses in British Columbia, Canada. **AEP**, v. 22, n. 3. p. 198-206, 2012.

MIRANDA, F.A.N.; SIMPSON, C.A.; AZEVEDO, D.M.; COSTA, S.S. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 8, n. 2, p. 222-232, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a07.htm> Acesso em: 22/08/2013.

MONTEIRO, C.F.C.; FÉ, L.C.M.; MOREIRA, M.A.C.; ALBUQUERQUE, I.E.M.; SILVA, M.G.; PASSAMANI, M.C. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS – AD do Piauí. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 90-95, jan./mar. 2011.

MOORE, T.M.; STUART, G.L.; MEEHAN, J.C.; RHATIGAN, D.L.; HELLMUTH, J.C.; KEEN, S.M. Drug Abuse and aggression between intimate partners: a meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**, v. 28, p. 247-274, 2008.

NÚMEROS. In: **BÍBLIA de Estudo Despertar**. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2005. Cap. 6, vers. 3, p. 159.

NUNES, E.L.G.; ANDRADE, A.G. Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 45-54, 2009.

OEDT. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. **Relatório Anual 2012**: a evolução do fenômeno da droga na Europa. Luxemburgo, 2012.

OLIVEIRA, C.B.; SOUZA, M.R. Dependência química do crack, como gerador da criminalidade no âmbito patrimonial. **RBDG**, Pombal, v. 1, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, E.N.; SILVA, M.W.P.; ELOIA, S.C.; MORORÓ, F.W.P.; LIMA, G.F.; MATIAS, M.M. Caracterização da clientela atendida em Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas. **Rev. Rene**, v. 14, n. 4, p. 748-756, 2013.

PAZ, F.M.; COLOSSI, P.M. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 551-558, out./ dez. 2013.

PEIXOTO, C.; PRADO, C.H.O.; RODRIGUES, C.P.; CHEDA, J.N.D.; MOTA, L.B.T.; VERAS, A.B. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão a tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e drogas (CAPS ad). **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 4, p. 317-321, 2010.

PEUKER, A.C.; ROSENBERG, R.; CUNHA, S.M.; ARAUJO, L.B. Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. **Paidéia**, v. 20, n. 46, p. 165-173, mai./ago, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 6º ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PONCE, J.C.; LEYTON, V. Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil. **Rev. Psiq. Clin**, v. 35, s. 1, p. 65-69, 2008.

PORTUGAL, F.B.; CORRÊA, A.P.M.; SIQUEIRA, M.M. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-

69762010000100006> Acesso em: 22/08/2014.

PRADO, M.A.M.; QUEIROZ, I.S. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. **Estudos de Psicologia**, v.17, n. 2, p.305-312, mai./ago. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. **Site Oficial do Município de Colombo**. 2013. Disponível em: <<http://www.colombo.pr.gov.br>> Acesso em: 20/06/2011.

PROVÉRBIOS. In: **BÍBLIA de Estudo Despertar**. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2005. Cap. 23, vers. 29-35, p. 729.

RAUP, L.M.; ADORNO, R.C.F. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo enográfico em duas cidades. **Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade**, n. 4, p.52-67, 2011.

REIS, L.M.; MARTINS, B.F.; GAVIOLI, A.; MATHIAS, T.A.F.; OLIVEIRA, M.L.F. Saúde do homem: internações hospitalares por intoxicação registradas em um centro de assistência toxicológica. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 505-511, jul./set. 2013.

REIS, L.M.; UCHIMURA, T.T.; OLIVEIRA, M.L.F. Perfil socioeconômico e demográfico de uma comunidade vulnerável ao uso de drogas d abuso. **Acta Paul Enferm**, v.26, n. 3, p. 276-283, 2013.

RIBEIRO, L.A.; SANCHES, Z.M.; NAPPO, S.A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo de drogas. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 210-218, 2010.

RIGONI, M.S.; SUSIN, N.; TRENTINI, C.M.; OLIVEIRA, M.S. Alcoolismo e avaliação de funções executivas: uma revisão sistemática. **Psico**, v. 44, n. 1, p. 122-129, jan./mar. 2013.

ROCHA, J. C. G.; ROCHA JUNIOR, A. Aspectos de personalidade observados em uma amostra de indivíduos usuários de drogas por meio do teste Wartegg. **Revista Saúde**, Guarulhos, v. 4, n. 2, p. 10-22, 2010.

ROSIN, L.; ZAGONEL, I.P.S. Fatores de risco para a dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 314-318, 2012.

SANTOS, S.A.; LEGAY, L.F.; AGUIAR, F.P.; LOVISI, G.M.; ABELHA, L.; OLIVEIRA, S.P. Tentativas de suicídio por intoxicações exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1057-1066, 2014.

SANTOS, S.A.; LEGAY, L.F.; LOVISI, G.M. Substâncias tóxicas e tentativas de suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. **Cad. Saúde Colet**, v. 21, n. 1, p. 53-61, 2013.

SCHEFFER, M.; PASA, G.G.; ALMEIDA, R.M.M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia Teoria e Pesquisa**. v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.

SEABRA, P.; SÁ, L. Factores determinantes para as necessidades em saúde das pessoas consumidoras de drogas: uma revisa bibliográfica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 5n jun. 2011.

SENA, E.L.S.; BOERY, R.N.S.O.; CARVALHO, P.A.L.; REIS, H.F.T.; MARQUES, A.M.N, Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-318, abr./jun. 2011.

SILVA, C.R.; KOLLING, N.M.; CARVALHO, J.C.N.; CUNHA, S.M.; KRISTENSEN, C.H. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. **Aletheia**, v. 30, p. 101-112, jul./dez. 2009.

SILVA, F.P.; FRAZÃO, I.S.; LINHARES, F.M.P. Práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, abr. 3014.

SILVA, L.H.P.; BORBA, L.O.; PAES, M.R.; GUIMARÃES, A.N.; MANTOVANI, M.F.; MAFTUM, M.A. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 585-590, 2010.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; LUIS, M.A.V.; OLIVEIRA, N.F. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 729-738, 2012.

SPEZZIA, S.; VICENTE, S.P.; CALVOSO JÚNIOR, R. Acidentes de trabalho causados pelo uso de drogas. **UNINGÁ Review**, v. 14, n. 1, p. 5-12, abr. 2013.

SZAPOCZNIK, J.; LOPEZ, B.; PRADO, G.; SCHWARTZ, S.J.; PANTIN, H. Outpatient drug abuse treatment for Hispanic adolescents. **Drug and Alcohol Dependence**. v. 84S, p. S54-s63, 2006.

TAVARES, G.P.; ALMEIDA, R.M.M. Violência, dependência química e transtornos mentais em presidiários. **Estud. Psicol.** Campinas, v. 27, n. 4, p. 545-552, 2010.

THAMES, A.D.; ARBID, N.; SAYEGH, P. Cannabis use and neurocognitive functioning in a non-clinical sample of users. **Addictive behaviors**, v.39, i5, p.994-999, May. 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460314000203> Acesso em: 11/03/2014.

TAUFICK, M.L.C.; EVANGELISTA, L.A.; SILVA, M.; OLIVEIRA, L.C.M. Perfis de consumo alcoólico entre pacientes da atenção primária à saúde e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 20, p. 427-432, 2014.

UNODC. United Nations Office on drugs and crime: **world drug report**, 2012. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf> Acesso em: 22/07/2013.

_____. **United Nations Office on Drugs and Crime**. World Drug Report. Vienna, 2013. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpobrazil//Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf> Acesso em: 22/05/2013.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M.N.; BARROSO, L.P. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de uma município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 17-25, 2014.

VASTERS, G.P.; PILLON, S.C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.19, n. 2, mar./abr., 2011.

VELOSO, L.U.P.; MONTEIRO, C.F.S. A família frente ao alcoolismo: um estudo fenomenológico. **Rev. Enferm UFPI**, Teresina, v. 1, N. 1, p. 14-21, jan./abr. 2012.

WASELFSZ, J.J. **Mapa da violência 2014**: os jovens do Brasil. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. Brasília, 2014.

WHO. **World Health Organization**. Substance Abuse, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/> Acesso em: 23/05/2013.

WHO. **World Health Organization**. Violence, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/topics/violence/en/> Acesso em: 25/09/2014.

WOJNAR, M.; ILGEN, M.A.; JAKUBCZYK, A.; WNOROWSKA, A.; KLIMKIEWICZ, A.; BROWER, K.J. Impulsive suicide attempts predict post-treatment relapse in alcohol-dependent patients. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 97, i. 3, p. 268-275, oct. 2008.

ZAMBOLIM, C.M.; OLIVEIRA, T.P.; HOFFMANN, A.N.; VILELA, C.E.B.; NEVES, D.; ANJOS, F.R.; SOARES, L.M.; TIBURZIO, L.S.; CARDOSO, L.A.F.; MURAD, M.B.; MAGALHÃES, M.G.; OPPERMAN, P.E.R.; GUIMARÃES, S.J. Perfil das intoxicações exógenas em um hospital universitário. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 1, p. 5-10, 2008.

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

ZILBERMAN, M.L.; BLUME, S.B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, (suplemento II), p. 51-55, 2005.

ZUPANC, T.; AGIUS, M.; PASKA, A.V.; PREGELJ, P. Blood alcohol concentration of suicide victims by partial hanging. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 20, p. 976-979, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DOS DEPENDENTES QUÍMICOS EM TRATAMENTO NO CAPS AD

Data: ___/___/_____

entrevista N° _____

1) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE CARACTERIZAÇÃO

<p>Nome (iniciais): _____</p> <p>1.1 Sexo:</p> <p>1 () Masculino</p> <p>2 () Feminino</p>	<p>1.2 Idade: _____</p> <p>1 () 18 a 19 anos 2 () 20 a 29 anos</p> <p>3 () 30 a 39 anos 4 () 40 a 49 anos</p> <p>5 () 50 a 59 anos 6 () 60 a 69 anos</p> <p>7 () 70 anos ou mais</p>
<p>1.3 Escolaridade:</p> <p>1 () Analfabeto</p> <p>2 () Ensino Fundamental Incompleto</p> <p>3 () Ensino Fundamental completo</p> <p>4 () Ensino Médio Incompleto</p> <p>5 () Ensino Médio Completo</p> <p>6 () Superior incompleto</p> <p>7 () Superior completo</p>	<p>1.4 Estado Civil:</p> <p>1 () Casado</p> <p>2 () Solteiro</p> <p>3 () Viúvo</p> <p>4 () União consensual</p> <p>5 () Separado</p>
<p>1.5 Situação Empregatória</p> <p>1 () Carteira Assinada</p> <p>2 () Autônomo</p> <p>3 () Desempregado</p> <p>4 () Estudante</p> <p>5 () Do lar</p>	<p>1.5.1 Renda familiar</p> <p>1 () sem renda</p> <p>2 () até 1 salário mínimo</p> <p>3 () 1 a 3 salários mínimos</p> <p>4 () 4 a 10 salários mínimos</p> <p>5 () 10 a 20 salários mínimos</p> <p>6 () acima de 20 salários mínimos</p>

2) CARACTERIZAÇÃO DO USO DE DROGAS

2.1 Idade do primeiro uso da substância: _____	
2.2 Substância de primeiro Uso 1 () Álcool 2 () Crack 3 () Cocaína 4 () Maconha 5 () Medicamentos 6 () Tabaco 7 () Inalantes 8 () LSD 9 () Anfetaminas 10 () Ecstasy 11 () XTC\ <i>Fantasy</i> 12 () heroína 13 () Cristal 14 () OXI 15 () Outros, quais? _____	
2.3 Sustância de preferência: 1 () Álcool 2 () Crack 3 () Cocaína 4 () Maconha 5 () Medicamentos 6 () Tabaco 7 () Inalantes 8 () LSD 9 () Anfetaminas 10 () Ecstasy 11 () XTC\ <i>Fantasy</i> 12 () heroína 13 () Cristal 14 () OXI 15 () Outros, quais? _____	
2.4 Quando em uso, qual era a frequência: 1 () Todo dia 2 () Uma vez por semana 3 () Duas vezes por semana 4 () Três vezes por semana 5 () Uma vez a cada 15 dias	2.4.1 Caso todos os dias, quantas vezes ao dia: 1 () 1 Vez 2 () 2 Vezes 3 () 3 Vezes 4 () 4 Vezes 5 () 5 vezes, ou mais e não sabe informar quantas.
2.5 Diagnósticos Médicos relacionados às substâncias (CID -10): 1 () F10 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de álcool 2 () F11 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de opióides 3 () F12 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de canabinoides 4 () F13 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de sedativos ou hipnóticos 5 () F14 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de cocaína 6 () F15 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de outros estimulantes 7 () F16 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de alucinógenos 8 () F17 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de tabaco 9 () F18 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de solventes voláteis 10 () F19 – Transtornos mentais de comportamentos decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas 11 () Não sabe. 12 () Sem diagnóstico até a data atual.	

2) IMPACTO DO USO DE DROGAS: aspectos pessoais

<p>3.1 Já sofreu overdose por excesso de drogas?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>3.1.1 Se sim, quantas vezes? _____</p>	<p>3.2 Medicações prescritas</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>1) _____</p> <p>2) _____</p> <p>3) _____</p>
<p>3.3 Já teve que morar na rua por consequência do uso de drogas?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p>	<p>3.4 Teve comorbidades físicas decorrentes do uso de drogas?</p> <p>1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim</p> <p>1 () Diabetes 2 () Hepático</p> <p>3 () Hipertensão 4 () Gástrico</p> <p>5 () Respiratório 6 () Cardíaco</p> <p>7 () Neurológico 8 () Outros: _____</p>
<p>3.5 Teve outros transtornos mentais ou de comportamento além da dependência química?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>3.12.1 Quais:</p> <p>1 () Psicoses</p> <p>2 () Transtornos do comportamento</p> <p>3 () Transtornos do humor</p> <p>4 () Outros. Quais: _____</p>	<p>3.6 O transtorno mental referido foi diagnosticado antes de iniciar o tratamento para DQ?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p>
<p>3.7 Ideação suicida?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>3.7.1 Houve tentativa de suicídio?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>3.7.1.1 Quantas vezes?</p> <p>3.7.1.1.1 Tentativa 1 _____</p> <p>3.7.1.1.1 Tentativa 2 _____</p> <p>3.7.1.1.1 Tentativa 3 _____</p>	<p>3.8 Já obteve dinheiro em troca de atos sexuais?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>3.9 Considera ter sido em decorrência do uso de drogas?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p>
<p>3.10 Teve alguma DST depois que iniciou o uso de drogas?</p> <p>1 () Não 2 () Sim 3 () Não sabe</p> <p>3.10.1 Se sim quantas vezes se descobriu doente?</p> <p>1 () 1 vez</p> <p>2 () 2 a 3 vezes</p> <p>3 () de 4 a 6 vezes</p> <p>4 () não sabe precisar quantas.</p>	<p>3.10.2 Quais DST?</p> <p>1 () HPV 2 () HIV 3 () Sífilis</p> <p>4 () gonorreia 5 () Herpes</p> <p>6 () Cancro mole</p> <p>7 () Tricomona</p> <p>8 () Clamídia</p> <p>9 () Outra, qual? _____</p>

<p>3.11 Já sofreu acidente de trânsito enquanto estava sob efeito de drogas?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>3.11.1 quantas vezes? _____</p>	<p>3.12 Já agrediu alguém em decorrência da dependência química?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>3.12.1 quantas vezes? _____</p> <p>Quais?</p> <p>3.12.1.1 Envolvimento 1: _____</p> <p>3.12.1.2 Envolvimento 2: _____</p> <p>3.12.1.3 Envolvimento 3: _____</p>
<p>3.13 Já sofreu agressão em decorrência da dependência química?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>3.13.1 quantas vezes? _____</p> <p>Quais?</p> <p>3.13.1.1 Envolvimento 1: _____</p> <p>3.13.1.2 Envolvimento 2: _____</p> <p>3.13.1.3 Envolvimento 3: _____</p>	<p>3.14 Consequências criminais:</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>3.14.1 quantas vezes? _____</p> <p>Quais? _____</p> <p>3.14.1.1 Consequência 1: _____</p> <p>3.14.1.2 Consequência 2: _____</p> <p>3.14.1.3 Consequência 3: _____</p>

4) IMPACTO DO USO DE DROGAS: aspectos familiares

<p>4.1 Tem familiares acometidos por dependência química?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>4.1.2 <i>Familiar 1</i>: Qual parentesco? _____</p> <p>4.1.2.1 Qual (is) substância (s)? _____</p> <p>4.1.3 <i>Familiar 2</i>: Qual parentesco? _____</p> <p>4.1.3.1 Qual (is) substância (s)? _____</p> <p>4.1.4 <i>Familiar 3</i>: Qual parentesco? _____</p> <p>4.1.4.1 Qual (is) substância (s)? _____</p>	<p>4.2 Rompeu vínculos familiares por causa da dependência química?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>4.2.1 Com quem?</p> <p>1 () filho (a) 2 () pai 3 () mãe</p> <p>4 () cônjuge 5 () sogra 6 () irmão/irmã</p> <p>7 () Outros. Quem? _____</p>
<p>4.3 Teve problemas conjugais por causa da dependência química?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p>	<p>4.4 Teve separação conjugal por causa da dependência química?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p>
<p>4.5 Já teve que sair de casa por consequência do uso de drogas?</p> <p>1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim</p> <p>4.5.1 Para onde foi?</p> <p>1 () amigos 2 () avós 3 () pais 4 () irmãos 5 () abrigo 6 () Outros. _____</p>	

5) IMPACTO DO USO DE DROGAS: aspectos laborais

<p>5.1 Já abandonou os estudos em decorrência da dependência química?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>5.1.2 Quantas vezes? _____</p>	
<p>5.3 Recebe algum benefício financeiro do Governo/ Previdenciário?</p> <p>1 () Não () Sim</p>	<p>5.3.2 Caso a resposta de 5.4 seja sim, foi em decorrência da dependência química?</p> <p>1 () Não 2 () Sim.</p>
<p>5.4 Teve problemas no trabalho por problemas de saúde decorrentes do uso de substância psicoativas?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>5.4.1 quantas vezes? _____</p>	<p>5.5 Mudou de ocupação em decorrência da dependência química?</p> <p>1 () Não 2 () Sim</p> <p>5.5.1 quantas vezes? _____</p>