



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CAROLINA CARVALHO SILVA SANTANA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DO CONSUMO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DOS ADOLESCENTES E
ADULTOS JOVENS ATENDIDOS NO CAPS AD,
FEIRA DE SANTANA/BAHIA**

FEIRA DE SANTANA

2009

CAROLINA CARVALHO SILVA SANTANA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DO CONSUMO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DOS ADOLESCENTES E
ADULTOS JOVENS ATENDIDOS NO CAPS AD,
FEIRA DE SANTANA/BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Rosely Cabral de Carvalho

Co-orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Maria Conceição Oliveira Costa

FEIRA DE SANTANA

2009

Carolina Carvalho Silva Santana

**Perfil sociodemográfico e do consumo de substâncias
psicoativas dos adolescentes e adultos jovens atendidos
no CAPS AD, Feira de Santana, BA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 31 de março de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Rosely Cabral de Carvalho

Universidade Estadual de Feira de Santana

Dra. Tânia Maria de Araújo

Universidade Estadual de Feira de Santana

Dr. Ronaldo Ribeiro Jacobina

Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, pela força e coragem para que eu pudesse superar as dificuldades e alcançar mais um objetivo em minha vida.

Aos meus pais, pelo incentivo constante para o meu aperfeiçoamento e crescimento profissional e pessoal.

Aos meus familiares que sempre torceram por mim, em especial a minha irmã Fabiana e Rafa meu afilhado e amor maior que chegou para alegrar minha vida em período tão difícil.

A Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, pela permissão em realizar esta pesquisa.

A minha orientadora, professora Rosely Cabral de Carvalho pela sua colaboração e incentivo, acreditando no meu potencial para desenvolver e dar continuidade a este trabalho.

A minha co-orientadora, professora Maria Conceição Oliveira Costa, pelo seu exemplo de profissional, nos fazendo acreditar que tudo é possível ainda que as luzes estejam se apagando e por abrir mão de momentos seus para ajudar-me a dar continuidade a um sonho.

A Karina, amiga, parceira e grande colaboradora na construção e desenvolvimento deste trabalho, pelo seu empenho, companheirismo, ética e apoio em todos os sentidos.

A minha amiga e colega psicóloga Ana Paula Kalil – grande presente deste mestrado - pela sua amizade e força em todos os momentos desta caminhada, amenizando o sofrimento de tanto esforço e muitos sacrifícios.

Aos colegas e amigos do CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida, pelos ensinamentos, apoio e disponibilidade em contribuir com este trabalho e pela união que nos motiva a dedicação constante aos usuários de álcool e outras drogas.

Aos pacientes do CAPS ad pela contribuição com este trabalho e os ensinamentos de vida que nos possibilitam a cada novo encontro.

A amiga querida Johelle pelo seu apoio e força neste momento da minha vida.

A Goreth e Jorge por enxugar as lágrimas derramadas e incentivar a caminhada com muito carinho e amizade.

Aos docentes do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, pelo conhecimento compartilhado e incentivo acadêmico.

Ao professor Marcelo Peixoto pela força, amizade e contribuição ao longo desta caminhada.

Aos meus queridos colegas e amigos Paulinha, Maria, Julie, Elisangela, Emanuela, Maíza, Wilza, Valeska, Camilla, Rita, Kaio, Jefferson, Marcos, Analy pelos momentos compartilhados que amenizaram os espinhos encontrados nesta nossa caminhada.

Para Gilcélia Pires, minha querida professora de inglês, pela sua contribuição, carinho e por ter sempre acreditado em mim.

Enfim, agradeço a todos que torceram por mim e me ajudaram na realização deste mestrado. OBRIGADA!

RESUMO

Introdução: O consumo das substâncias psicoativas (SPAs) e associação a atos ilícitos em idades precoces constituem um problema de saúde pública e um desafio para todos os segmentos da sociedade. **Objetivos:** descrever o consumo das SPAs e analisar associações do consumo com fatores pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia. **Método:** estudo descritivo, realizado em duas fases: fase I – análise retrospectiva dos prontuários, no período de 2003-2008; fase II - análise prospectiva, com amostragem de conveniência, realizada a partir de entrevistas com jovens atendidos no CAPS AD. As variáveis do estudo foram: sociodemográficas dos jovens e familiares; relacionadas ao consumo de SPAs; relacionadas à intervenção. **Resultados:** 52,6% encontravam-se na faixa etária de 20-24 anos e 42,1% de 15 a 19 anos; 88,8% eram do sexo masculino; a maioria tinha baixa escolaridade para a idade e coabitava com mãe ou pai. A faixa de 12-14 anos foi encaminhada ao CAPS AD por instituições judiciais (75%), a de 15 a 19 anos, por solicitação de parentes e amigos (32,9%); e os adultos jovens (36,7%) por demanda espontânea; os sintomas psiquiátricos foram os mais freqüentes. As SPAs mais consumidas foram álcool, tabaco e maconha, com altas proporções de uso nas categorias “uma vez na vida” e “consumo atual”. Foram observadas associações positivas e significantes ($p < 0,05$): entre consumo de álcool, tabaco e maconha, com a iniciação na faixa de 10 a 14 anos; entre a utilização de tabaco e maconha, em relação ao padrão de consumo “20 vezes ou mais nos últimos 30 dias”; entre o uso de álcool, em relação ao consumo de “pelo menos uma vez nos últimos 30 dias”; entre o consumo de cocaína e o uso de seis vezes ou mais vezes nos últimos 30 dias e com quantidade < de 5 gramas; entre o consumo de crack e a quantidade de uso de 1 a 5 pedras. A maior parte dos jovens estudados relatou que os amigos foram referência para a iniciação com bebidas e outras SPAs; as motivações pessoais mais citadas foram curiosidade, aceitação pelo grupo e obtenção de prazer; o consumo principal foi em bares, danceterias e boates, para o álcool; o domicílio, para tabaco; outros ambientes, para maconha, inalantes/solventes, crack e outras drogas e as festas populares, para cocaína. As conseqüências mais citadas foram “sentir-se bem”, violência física (brigas), entre outras situações. **Conclusões:** Esta pesquisa revelou

altas proporções da iniciação precoce e consumo atual das SPAS consideradas leves e toleradas socialmente, além das SPAs pesadas, como cocaína e *crack*, entre jovens atendidos no CAPS AD; assim como permitiu analisar associações do consumo com fatores pessoais, familiares e ambientais. Estes achados podem subsidiar a elaboração de políticas públicas e a implementação de ações terapêuticas específicas, adequadas à realidade local; assim como incentivar outros estudos nesta área, dando continuidade ao processo de aprendizado e aprofundamento nesta temática e área do conhecimento.

PALAVRAS CHAVE: substâncias psicoativas, adolescência e juventude, padrão de consumo, fatores associados.

ABSTRACT

Introduction: The consumption of psychoactive substances (PASs) and its association to illicit acts in precocious ages has become a concern as well as a social and public health problem for all segments of society. **Objectives:** To describe the psychoactive substance consumption and to analyze the familiar, personal and environmental characteristics between the care of adolescents and young adults under treatment at AD CAPS, in Feira de Santana, Bahia. **Method:** this is a descriptive study, carried out in two phases: stage I - retrospective analysis of medical reports of the adolescents and young adults who had been treated in the period of 2003-2008, and stage II – prospective analysis of convenience sampling, obtained from this population cared at AD CAPS. The variables of the study have been: social demographics of the family and the youngs; related to the consumption of SPAs; related to the intervention. **Results:** 52.6% of the investigated youngs were 20-24 years old and 42.1% were 15-19 years old; 88.8% were males; the majority had low schooling level for their age and lived with their mother or father. The ones who were 12-14 years old have been taken to the AD CAPS by judicial institutions request (75%), those who were 15-19 years, by request of their relatives, parents and friends (32.9%); the young adults (36.7%) have gone there by spontaneous demand; the psychiatric symptoms have been most frequent among others. The most consumed of PASs have been alcohol, tobacco and marijuana, with high ratios of use in the categories “once in one’s life” and “current consumption”. Positive and significant associations ($p < 0,05$): among the consumption of alcohol, tobacco and marijuana, beginning the use at the age of 10-14 years old; among the use of tobacco and marijuana, in relation to the consumption standard “20 times or more in less than 30 days”; among the alcohol use, in relation to the consumption of “at least a time in less than 30 days”; between the cocaine consumption and the use of six times or more times in less than 30 days and with amount $<$ of 5 grams; between the consumption of crack and the amount of use from 1 to 5 rocks. Most of the studied youngs have stated that their friends had been a reference to start the consumption of drinks and other PASs; the most personal motivations stated by the youngs have been curiosity, acceptance by the group and self-fulfilment; the main consumption of alcohol has been done in bars, dance clubs and night clubs; of tobacco at home;

other environments, have been chosen for marijuana, solvent inhalants/, crack and other drugs and the use of cocaine has been done most at popular parties. The most reported consequences have been “to feel well”, physical violence (fight), among others. **Conclusions:** This research disclosed high rates of the precocious initiation and current consumption of the PASs considered light and tolerated socially, besides those ones considered heavy, such as cocaine and crack, among the youngs cared at the AD CAPS; This study has also provided an analysis of the associations of the consumption of PASs with personal, familiar and environmental factors. These findings can subsidize the elaboration of public policies and the implementation of specific therapeutical actions, adequated to the local reality; as well as stimulate other studies in this area, so that it is possible for this issue to be under continuous and deep study.

KEY WORDS: psychoactive substances, adolescence and youth, standard of consumption, related factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	46
Tabela 2	Características relacionadas à motivação, queixas e demandas para o tratamento de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	47
Tabela 3	Características relacionadas a tipos de tratamentos anteriores de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	48
Tabela 4	Características de padrão de consumo de SPAs de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	49
Tabela 5	Características sociodemográficas dos adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	50
Tabela 6	Características familiares, do domicílio e ambientais dos adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	51
Tabela 7	Associação do consumo de álcool segundo variáveis pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	52
Tabela 8	Associação do consumo de tabaco, segundo variáveis pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Ba, 2008.	56
Tabela 9	Associação do consumo de inalantes/solventes segundo variáveis pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	59
Tabela 10	Associação do consumo de maconha segundo variáveis	62

personais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

- Tabela 11** Associação do consumo de cocaína, segundo variáveis pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008. 65
- Tabela 12** Associação do consumo de crack, segundo variáveis pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008. 68
- Tabela 13** Associação do consumo de anabolizantes, segundo variáveis familiares, pessoais e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008. 71
- Tabela 14** Associação do consumo de outras drogas, segundo variáveis familiares, pessoais e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008. 72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Tipos de bebidas alcoólicas mais utilizadas pelos adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	53
Gráfico 2	Local de consumo e iniciação do uso de bebida alcoólica, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	54
Gráfico 3	Motivações e conseqüências do uso de bebidas alcoólicas, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	55
Gráfico 4	Local de consumo e iniciação, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	57
Gráfico 5	Motivações e conseqüências do consumo de tabaco, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	58
Gráfico 6	Local de consumo e iniciação, segundo os adolescentes e adultos jovens atendidos em um CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	60
Gráfico 7	Motivação e conseqüências do consumo de inalantes/solventes segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	61
Gráfico 8	Local de consumo e iniciação, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.	63
Gráfico 9	Motivações e conseqüências do consumo de maconha, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.'	64
Gráfico 10	Local de consumo e iniciação, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira	66

de Santana, Bahia, 2008.

- Gráfico 11** Motivações e conseqüências do consumo de cocaína, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008. 67
- Gráfico 12** Local de consumo e iniciação, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008. 69
- Gráfico 13** Motivações e conseqüências do consumo de crack, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008. 70

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	PROBLEMA E OBJETIVOS.....	20
2.1	Problema	20
2.2	Objetivos.....	20
2.2.1	Objetivo Geral.....	20
2.2.2	Objetivos Específicos.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	Adolescência e Juventude: Construção de Identidades.....	21
3.2	Adolescência e Juventude: Comportamento de risco (uso progressivo de SPAs lícitas para ilícitas)	24
3.3	Substâncias Psicoativas: Marco Conceitual e Danos a Saúde	27
3.4	Uso de SPAs na Adolescência e Juventude: Dados Epidemiológicos.	29
3.5	Agenda de Políticas Públicas para Usuários de SPAs	32
4	METODOLOGIA.....	37
4.1	Desenho do Estudo.....	37
4.2	Local do Estudo.....	37
4.3	População do Estudo.....	38
4.4	Fontes e Instrumentos.....	39
4.5	Coleta de Dados	39
4.6	Variáveis do Estudo.....	40
4.6.1	Variável dependente.....	40
4.6.2	Variável independente.....	40
4.7	Análise de Dados.....	42
4.8	Aspectos Éticos.....	43
5	RESULTADOS.....	45
5.1	Perfil Sócio demográfico e do consumo de SPAs entre adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD	45
5.2	Características Familiares, Pessoais e Ambientais associados ao uso Progressivo de SPAs lícitas para ilícitas entre adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD	49
5.3	Associação entre o consumo de Substâncias Psicoativas - SPAs e fatores pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana.....	52

5.3.1	Associação do consumo de álcool com fatores pessoais, familiares e ambientais.....	52
5.3.2	Associação do consumo de tabaco com fatores pessoais, familiares e ambientais.....	55
5.3.3	Associação do consumo de inalantes/solventes com fatores pessoais, familiares e ambientais.....	58
5.3.4	Associação do consumo de maconha com fatores pessoais, familiares e ambientais.....	61
5.3.5	Associação do consumo de cocaína com fatores pessoais, familiares e ambientais.....	64
5.3.6	Associação do consumo de crack com fatores pessoais, familiares e ambientais.....	67
5.3.7	Associação do consumo de anabolizantes com fatores pessoais, familiares e ambientais.....	70
5.3.8	Associação do consumo de outras drogas com fatores pessoais, familiares e ambientais.....	71
6	DISCUSSÃO.....	73
6.1	Limites do Estudo.....	73
6.2	Características Sociodemográficas e Encaminhamentos para o CAPS AD	74
6.3	Padrão de Consumo e Influência de Fatores Familiares, Pessoais e Ambientais para o Consumo de SPAs entre Adolescentes e Adultos Jovens Atendidos no CAPS AD.....	82
7	CONCLUSÕES.....	84
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
	REFERÊNCIAS.....	92
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	98
	APÊNDICE B – GUIA DO PESQUISADOR.....	100
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	103
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	105
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	107

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, as substâncias psicoativas sempre foram consumidas em épocas e culturas diversas como uma prática milenar e universal, com finalidades terapêuticas, religiosas ou lúdicas. Entretanto, a crescente disseminação do consumo destas substâncias, associado aos atos ilícitos cometidos pelos seus usuários e idades cada vez mais precoces de uso, vem tornando-se preocupante. Estudos confirmam, por exemplo, a relação entre o uso de álcool e de maconha com furtos, tráfico de drogas, porte de armas e drogas, sugerindo uma maior vulnerabilidade a esses comportamentos de risco (MARTINS; PILLON, 2008; SANCEVERINO; ABREU, 2004).

Na sociedade atual, o uso de substâncias psicoativas (SPAs) entre adolescentes e a juventude, compreendidos neste estudo como adultos jovens, têm-se apresentado de forma cada vez mais precoce e já foi reconhecido como um grave problema social e de saúde pública, em função de sua alta frequência e dos riscos que pode acarretar a saúde (PRATTA; SANTOS, 2006).

Na adolescência, uma fase da vida marcada por transformações físicas, psicológicas e por uma série de descobertas em busca de maior autonomia social os eventos negativos da vida, tais como falta de suporte familiar e social, condições socioeconômicas precárias, desvantagem educacional, uso de SPAs por familiares, violência familiar, dentre outros aumentam a probabilidade de ocorrerem problemas associados ao uso das substâncias psicoativas. Considerando-se que os anos adolescentes constituem um período de maior exposição e vulnerabilidade, delimitando o potencial de desenvolvimento psicológico e podendo acarretar em comprometimento das potencialidades afetivas, cognitivas, criativas e reparadoras (TAVARES et al, 2001; MARTINS; PILLON, 2008).

Acrescenta-se a esse período da adolescência ambivalências que gratificam, mas também incomodam, assim como a questão de não ter um lugar definido: não ser mais criança e ainda não ser um adulto; produzindo conflitos psicossociais inerentes a esta etapa, ressaltando-se a importância dos pais, neste período, como ouvintes e orientadores em relação ao futuro (ANDRADE, 2007).

Quanto à juventude, geralmente todas as questões referentes a esta população são aquelas em que constituem os jovens como problemas e uma

categoria propícia para simbolizar os dilemas da contemporaneidade, ao mesmo tempo em que representam um retrato projetivo da sociedade.

A fase que caracteriza a adolescência e a juventude é representada por uma passagem psicossocial da infância para o mundo adulto; através de mudanças de posturas e atitudes, configurada como um comportamento cultural durante determinada etapa de seu desenvolvimento, reflexo das expectativas de uma dada sociedade (SOUZA, 2008).

A concepção da juventude no campo das ciências sociais, caracteriza esta fase da vida de socialização onde os indivíduos se tornarão membros da sociedade pela aquisição de elementos da cultura e da responsabilização e assunção de papéis de adultos, assim como à situações de desvio no processo de integração social, como drogas, violência, envolvimento com a criminalidade e comportamentos anti-sociais (ABRAMO, 1997).

Muitos autores classificam a juventude conforme a faixa etária e a definem por critérios exclusivamente biológicos e jurídicos; no entanto, trata-se de um conceito construído social e culturalmente, representando para os indivíduos uma fase transitória do seu desenvolvimento, sujeita a modificar-se ao longo do tempo (CASTRO; ABRAMOVAY, 2003; MACHADO, 2004).

Para Bastos e Carlini-Cotrim (1998), a questão do consumo de SPAs entre adolescentes e adultos jovens brasileiros traz graves conseqüências para a população, visto que estão diretamente associadas à questão das mortes violentas entre jovens brasileiros, a epidemia de HIV/AIDS neste segmento populacional e os padrões de morbidade deste segmento por outras causas.

Nas últimas décadas, a população adolescente e adulto jovem (10-24 anos) no Brasil, chegava a representar 31,8% da população total. Os processos de transformação demográficos e sociais, em função do declínio da fecundidade, redução das taxas de mortalidade e o aumento na expectativa de vida dos brasileiros, reflete no acréscimo populacional e conseqüentemente no aumento dos riscos (BAENINGER, 1999).

Contudo, o consumo de SPAs entre adolescentes e adultos jovens no Brasil, revela-se qualitativamente distintos, a partir de referências culturais com características particulares de comportamentos.

O uso de SPAs como um grave problema de saúde pública, com dados epidemiológicos relevantes e preocupantes, principalmente nas populações mais

jovens. Pesquisas epidemiológicas reafirmam que cerca de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos usam drogas a cada ano e aproximadamente 25 milhões de pessoas no mundo são dependentes químicos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente SPAs, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo; sendo o álcool a substância mais usada no Brasil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Os três levantamentos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) com populações estudantis de dez capitais brasileiras nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997 constituem o mais amplo banco de dados disponível sobre a problemática do uso de SPAs no país, revelando um aumento estatisticamente significativo da tendência de uso na vida para algumas substâncias.

Entretanto há limites nesses estudos, visto que, as prevalências variam a cada levantamento conforme peculiaridades locais, o que implica a necessidade de planejamentos e intervenções a partir de pesquisas específicas, a fim de que não sejam adotadas estratégias inadequadas à realidade e contexto de cada população (SILBER; SOUZA, 1998).

Reconhece-se a adolescência e juventude como fases de vida e desenvolvimento com particularidades, assim, tratando-se do uso de SPAs nas faixas etárias mais jovens, se impõe o desafio da elaboração de políticas de saúde e estratégias terapêuticas específicas e amplas.

Uma política para a juventude deve ser norteada pelo estímulo à capacidade do jovem para lidar com os seus problemas, fornecendo-lhes mecanismos para sua reafirmação social, considerando esta população como efetivos protagonistas sociais para o pacto de desenvolvimento humano (CHAVES JÚNIOR, 1999).

Diante desta realidade, um dos desafios para a área de saúde mental na atualidade, constitui-se na implementação de uma política voltada para a população de adolescentes e adultos jovens que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde já responde a esse desafio a partir de respostas políticas e implantação de serviços com vistas ao enfrentamento dos problemas decorrentes do

uso de substâncias psicoativas, corroborando as estratégias políticas mundiais (BRASIL, 2004 a).

Contribuindo para esta transformação, a lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da reforma psiquiátrica, ratificou as diretrizes básicas que constituem o SUS, garantindo assistência aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004 b).

Nesta mesma direção, foi criada e colocada em vigor a Portaria nº. 2.197, de 14 de outubro de 2004, que amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. A adoção de estratégias terapêuticas de redução de danos na Atenção Básica, nos Centros de Atenção Psicossocial especializados é preconizada no cuidado a usuários de álcool e outras drogas, além de ambulatórios e outras unidades especializadas em Saúde Mental; reafirmando a Portaria nº. 1028, de 01 de julho de 2005, que regulamenta as ações de Redução de Danos no âmbito da saúde pública (BRASIL, 2004 a).

Salientamos que a proposta do trabalho com vistas à política de Redução de Danos, possibilita uma maior aproximação e abordagem junto ao usuário, visto que a realidade constata que métodos educativos baseados na intimidação e no princípio de um mundo livre das drogas, terminam por afastar as pessoas mais vulnerabilizadas pelo uso de SPAs (MARQUES; DONEDA; SERAFIN, 1999).

De acordo com essa nova proposta, foram então criados novos dispositivos para o cuidado a usuários de álcool e outras drogas – os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), destinados ao cuidado especializado de pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso/abuso de substâncias psicoativas. Estes serviços integram e fortalecem o processo da Reforma Psiquiátrica e a construção de políticas de atenção à saúde mental.

Os CAPS AD são serviços de saúde especializados para o cuidado a pessoas a partir de doze anos de idade, com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas; oferecendo atendimento diário, dentro de uma terapêutica individualizada de evolução contínua, através de atividades individuais e grupais com estratégias terapêuticas que visam à reabilitação psicossocial dos usuários, através do fortalecimento dos vínculos (familiares e sociais) e do incentivo ao processo de autonomia do sujeito (BRASIL, 2004 c).

Com isso, verificando as dificuldades enfrentadas no tratamento, adesão e reabilitação de usuários de álcool e outras drogas, principalmente entre adolescentes e adultos jovens, foi sentida a necessidade de ampliação quanto ao conhecimento sobre a temática e os fatores que contribuem para o uso crescente de SPAs nesta fase de vida, visto que o uso e abuso de SPAs lícitas ou ilícitas representa um grave problema de saúde pública e coletiva com repercussões sociais, culturais e econômicas.

A motivação pessoal que levou a escolha do tema desta pesquisa se deve a minha prática profissional, desenvolvida no município de Feira de Santana, no Centro de Atenção Psicossocial Dr. Gutemberg de Almeida (CAPS AD) há cinco anos, trabalhando com usuários de substâncias psicoativas e percebendo a dificuldade de adesão dos adolescentes e adultos jovens ao tratamento, associada à inexistência de dados quanto ao perfil sociodemográfico e de consumo entre a população estudada.

Ressalta-se que o trabalho com adolescentes e adultos jovens apresenta-se como um desafio instigante e, quando associado ao uso de SPAs, considerando as subjetividades (desejos, histórias de vida, sentimentos) envolvidas neste processo, as dificuldades são ampliadas. Sendo assim, esta pesquisa pretende contribuir para ampliar o conhecimento quanto ao perfil sociodemográfico e de consumo da população estudada, assim como propor alternativas mais eficazes de abordagens e tratamentos a esse grupo etário, subsidiando o planejamento de ações voltadas à melhoria das condições de saúde dos adolescentes e adultos jovens e prevenção dos danos associados ao uso de SPAs no município de Feira de Santana, Bahia.

PROBLEMA E OBJETIVOS

2 PROBLEMA E OBJETIVOS

2.1 Problema

Qual o perfil sociodemográfico e do consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia?

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo geral

Descrever o perfil sociodemográfico e do consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana/Bahia.

2.2.2 Objetivos específicos

Descrever as características sociodemográficas e o padrão de consumo de substâncias psicoativas de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana / Bahia;

Analisar possíveis associações entre o consumo de SPAs e fatores – familiares, pessoais e ambientais de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana / Bahia.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Adolescência e Juventude: Construção de Identidades

O termo adolescência vem do verbo latino “adolescere” (ad = para e olescere = crescer), estando assim implícito neste a condição ou processo de crescimento, apontando para as mudanças que começariam com o início da puberdade e terminariam quando as responsabilidades adultas fossem assumidas. Autores destacam o fato evidenciado por alguns filósofos de que a adolescência começa na biologia e termina na cultura (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002).

A adolescência corresponde a puberdade corporal tardia e a pós-puberdade, assim como a superação psicológica do amadurecimento corporal e sexual. Compreende ritos de passagem de uma fase infantil para uma maturidade psicológica, quando a criança se transformará em adulto não apenas do ponto de vista biológico, mas em termos psíquicos e sociais (KLOSINSKI, 2006; ALAVARSE; CARVALHO, 2006; SOUZA, 2008).

As mudanças físicas que ocorrem devido às ações hormonais, psíquicas e sociais próprias da adolescência, não são simples, mas mudanças complexas que fazem o adolescente se sentir inseguro, ansioso e insatisfeito com o seu corpo e consigo mesmo; conflitos estes que fazem parte de todo um processo de busca de sua própria identidade para chegar à vida adulta.

Nessa etapa da vida, além das intensas modificações físicas no desenvolvimento cognitivo e intelectual que proporcionam mudanças nas relações familiares e sociais, na busca da maturidade pelos adolescentes (COSTA; SOUZA, 2005).

Nessa perspectiva, a adolescência pode ser considerada um fenômeno psicossocial recente, estabelecendo-se na sociedade moderna como uma etapa do desenvolvimento fundamental, destacando-se o fato de que na contemporaneidade, essa fase tem invadido tanto a infância quanto a vida adulta, devido a fatores como a erotização da infância ou a crise econômica atual que dificulta os jovens a assumirem seus deveres de adultos (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002).

A juventude, assim como a adolescência é geralmente caracterizada como uma etapa de passagem entre a infância e a fase adulta, sendo, contudo, uma fase onde o jovem se confronta com uma multiplicidade de papéis sociais, valores e referências, ao tempo em que se sente limitado pelas pressões sociais e econômicas e enfrenta dificuldades para a sua inserção no mercado de trabalho, uma vez que há muitas vezes um choque entre os seus desejos e aspirações e as reais possibilidades oferecidas, gerando medo, ansiedade e indecisão (PAULILO; JEÓLAS, 2000).

Chaves Júnior (1999) considera a juventude como uma fase de ingresso no mercado de trabalho, características biológicas e traços culturais marcantes, assim como um setor populacional relevante para o desenvolvimento social.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende a fase de desenvolvimento entre 10 e 19 anos, sendo este critério adotado no Brasil pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Quanto aos adultos jovens ou juventude, o termo encontrava polêmica sobre a sua demarcação temporal como forma de classificação, no entanto, as Nações Unidas entendem os jovens como indivíduos entre 15 e 24 anos de idade, salientando possíveis variações etárias de acordo com o contexto social.

De acordo com dados do IBGE, em 1996 no Brasil, 31,1 milhões de pessoas se encontravam na faixa etária entre 15 e 24 anos, equivalente a 19,84% da população do país. Já em 2002 a população nesta faixa etária seria da ordem de 34.081.330 milhões (CASTRO; ABRAMOVAY, 2003).

Associada a vulnerabilidade psicossocial vivida pelos adolescentes e juventude, outras situações de risco agregam-se para o uso de SPAs, tais como as possibilidades de prazer e do dinheiro aparentemente fácil oferecido pelo tráfico de drogas; assim como o sentimento de fazer parte do grupo em que se insere, ressaltando ser esta uma fase de extrema curiosidade e de valorização do grupo de amigos (BAUS; KUPEK; PIRES, 2002; MATTOS, 2004; SCHENKER; MINAYO, 2008).

É na adolescência que o grupo assume importância social principal, tornando crescente o conflito familiar; uma vez que é no grupo que os adolescentes sentem-se protegidos e seguros, buscando encontrar seu espaço e sua identidade, legitimando a pressão e a influência dos companheiros, desejando sentirem-se

iguais, dividir experiências e solucionar suas dificuldades (ALAVARSE; CARVALHO, 2006).

Diante disso, a adolescência e juventude se constituem como uma fase da vida que envolve riscos, medos, amadurecimento e instabilidades, ou seja, de maior vulnerabilidade para suportar condições de estresse; podendo levar esta população à busca de atividades de risco ao seu próprio bem estar. A experimentação de SPAs nessa fase da vida pode estar associada desde a busca de liberdade ao uso ocasional, com risco de tornarem-se dependentes na fase adulta (PINSKY; BESSA, 2004).

Acrescenta-se nessa fase evolutiva períodos de ambivalências que gratificam, mas também incomodam, assim como a questão de não ter um lugar definido: o de criança que não é mais e o de adulto que ainda não é; produzindo conflitos psicossociais inerentes a esta etapa, ressaltando-se a importância dos pais neste período como ouvintes e orientadores em relação ao futuro (ANDRADE, 2007).

Nesse contexto, Paolilo e Jeolás (2000), consideram que a juventude enquanto categoria sócio-histórica apresenta diversidades na sua forma de existir, o que a coloca em diferentes graus de vulnerabilidade em relação às drogas. São diferenças de classe, de região, de estilos que coexistem, ao mesmo tempo, com características comuns a esta faixa etária.

Verificamos assim, mitos e verdades acerca da adolescência e da juventude; no entanto, autores discutem ser a adolescência um conceito construído historicamente na Modernidade e que adquire vários desdobramentos na sociedade até os dias atuais, onde a cada indivíduo é delegada a responsabilidade de administrar o seu próprio destino, buscando o seu lugar no social da maneira que lhe for preferível ou possível.

Os adolescentes e adultos jovens seriam assim, o grupo etário responsável por determinar o ritmo da história, buscando sua inserção através da criação de uma ordem diferenciada, que leve em consideração sua opinião e visão de mundo, mas que enfrentam imensas dificuldades de inserção que terminam por conduzir a drásticas transformações sociais, tais como: o consumo de SPAs, as DST/AIDS, as diversas formas de exposição a violência, a desocupação e outras formas de vulnerabilidade social a que os jovens estão submetidos

A contestação e a curiosidade peculiar a esta etapa da vida, tornam os adolescentes e jovens mais sujeitos aos comportamentos de risco, podendo este

comportamento estar relacionando ao uso de SPAs, atividades sexuais precoce e de risco dentre outros (ALAVARSE; CARVALHO, 2006).

Em síntese, um período determinante do desenvolvimento humano que poderá ocorrer com maior ou menor risco conforme as condições ambientais e o contexto social que os indivíduos estiverem inseridos (MARCONDES FILHO et al., 2002).

3.2 Adolescência e Juventude: Comportamento de Risco (Uso Progressivo de SPAs Lícitas para Ilícitas)

O consumo de SPAs tem se constituído como comportamento de risco e grave problema social e de saúde pública, tanto no Brasil quanto em outros países. Verifica-se o maior o consumo destas substâncias entre os adolescentes e jovens - grupo de maior vulnerabilidade pela situação de transição em que vivem e pela situação social e cultural em que são colocados (PRATTA; SANTOS, 2007; FREITAS, 2002).

Adolescentes e adultos jovens buscam as drogas como fonte de prazer, novas sensações, autonomia e diferenciação; entretanto, o uso de SPAs nessa fase de vida poderá comprometer a realização de tarefas importantes ao desenvolvimento, como as atividades escolares, assim como a aquisição de habilidades essenciais e a preparação para a vida adulta, ameaçando um desenvolvimento bem sucedido (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Pesquisas realizadas no Brasil constataam que adolescentes e jovens encontram-se em situação de risco para o uso de SPAs, uma vez que as drogas estão disponíveis e a maioria tem marcadores de risco como: história familiar, medidas disciplinares inconsistentes com relação ao uso pelos filhos, o uso por parte dos pais e certas características individuais (SILBER; SOUZA, 1998).

É possível ainda, verificar que a fragilidade dos vínculos familiares, a disponibilidade da droga, bem como uma série de fatores psicossociais parece favorecer o consumo de SPAs. Estudos científicos sugerem que o uso regular de drogas é também favorecido por certos fatores, entre os quais o uso de SPAs pelos pais, o baixo desempenho escolar, assim como a falta de relações empáticas e de

apoio familiar, pressão do grupo, violência doméstica e baixa auto-estima (PINSKY; BESSA, 2004; WERNER; JOFFE; GRAHAM, 1999).

Diante desta realidade, adolescentes e jovens ao contrário dos adultos, por ainda não terem vivenciado e não imaginarem as conseqüências negativas de seus atos, visto que ainda não perderam nada de concreto; associado à tentação do dinheiro aparentemente fácil oferecido pelo tráfico de drogas, rendem-se ao consumo das SPAs, seduzidos pelo imaginário das conquistas e do prazer efêmero possibilitados por estas substâncias (MATTOS, 2004).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2005), ainda afirma que o baixo rendimento escolar, o uso do álcool e do cigarro pelos próprios adolescentes ou amigos destes, assim como a delinqüência e a desestruturação familiar são fatores que influenciam a manutenção do uso de SPAs (RIGONI; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Alavarse e Carvalho (2006) consideram o álcool como primeira droga de entrada para a dependência química, e com idade de início cada vez mais precoce, provocando maiores prejuízos que as outras drogas, sendo as primeiras experiências de consumo geralmente dentro da própria família, através de hábitos culturais ou por diversão.

Para a progressão do uso de SPAs, dois fatores foram identificados: o início precoce do uso de drogas lícitas como álcool e tabaco e o envolvimento sério com uma ou ambas as drogas. A curiosidade apresenta-se como fator predominante na motivação para o uso diversificado de SPAs e, outros fatores não controláveis pelo usuário tiveram interferência para a progressão do uso de SPAs, tais como: disponibilidade da droga na época do consumo, interferência do tráfico, campanhas de prevenção, época de início do consumo, pressões do grupo, dentre outros (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Outra contribuição importante refere-se a estreita correlação entre o uso simultâneo de duas ou mais drogas com o objetivo de aumentar o efeito psicotrópico e as sensações de prazer decorrentes do uso de SPAs (KLOSINSKI, 2006).

A prática clínica demonstra que adolescentes com início precoce de uso/abuso de SPAs, por um período longo, tendem a desenvolver o uso de múltiplas substâncias, sendo raros os que utilizam apenas um tipo de droga; ressaltando contudo, que nem todos que experimentam SPAs necessariamente evoluem para o uso nocivo ou dependência química. A avaliação da seqüência de drogas

consumidas revelou as drogas lícitas (álcool e tabaco) como iniciais na seqüência de uso de SPAs, sendo que os indivíduos dificilmente experimentam maconha sem antes terem feito uso de cigarro ou álcool (SANCHEZ, NAPPO, 2002; SCHENKER; MINAYO, 2005).

Sanceverino e Abreu (2004) referem que os adolescentes geralmente iniciam suas experiências com drogas lícitas como álcool e tabaco, recorrendo posteriormente as ilícitas como forma de aumentar o prazer, na busca de novas emoções ou fuga dos problemas, destacando inalantes e maconha como as drogas mais procuradas nesta fase da vida.

Pesquisa realizada no município de Feira de Santana corrobora com esse achado teórico, explicitando que entre os adolescentes estudados, a freqüência do uso de bebidas alcoólicas foi de 57%, cigarros – 23,3% e das outras SPAs – 5,2%, com predominância para o sexo masculino e faixa etária de 17 a 19 anos (ALVES, 2004).

A identificação de uma seqüência do uso de SPAs, da adolescência à fase adulta tem sido preocupação de pesquisadores, visto que, o conhecimento de uma seqüência de estágios de uso de SPAs pode ser importante ferramenta para a compreensão deste fenômeno e para intervenções de maior eficácia destinadas a essa população, assim como no estabelecimento de programas de prevenção.

Cabe ressaltar, a necessidade do suporte social e familiar a essa população e no caso da dependência química, incluindo os casos mais graves, é válido salientar que as abordagens eficazes são as mais abrangentes, que intervenham em todos os domínios da vida do adolescente de forma integral (MATTOS, 2004).

Estudos reafirmam a importância da inserção da família no tratamento de dependência química entre adolescentes, considerando que o grupo familiar é o local onde geralmente esta a origem da problemática referente ao uso de drogas (FREITAS, 2002; MATTOS, 2004; PINSKY; BESSA, 2004; SCHENKER; MINAYO, 2005).

De acordo com Alavarse e Carvalho (2006), nas famílias onde não há violência e que os problemas são conversados, onde se demonstra maior preocupação com os filhos e em que a harmonia esta presente no ambiente familiar, verifica-se menor probabilidade do uso abusivo do álcool.

A realidade apresentada quanto ao consumo de SPAs entre adolescentes e adultos jovens mostra a necessidade de uma política bem estruturada que permita o

desenvolvimento social de forma plena entre estas faixas etárias, que tenha como eixo norteador o estímulo a capacidade do jovem em lidar com seus problemas e que forneçam mecanismos para que os mesmos se afirmem socialmente e tenham pontos de referência (CHAVES JÚNIOR, 1999).

3.3 Substâncias Psicoativas: Marco Conceitual e Danos à Saúde

O consumo de substâncias que possuem a capacidade de alterar estados de consciência e modificar o comportamento parece ser um fenômeno universal da humanidade. De acordo com a OMS, as pessoas consomem substâncias psicoativas buscando benefícios no consumo por prazer ou para evitar dores, incluindo o consumo social. No entanto, o consumo de SPAs também implica potencial de dano, a curto ou a longo prazo e um grave problema de saúde pública que muitas vezes não são devidamente diagnosticados e em consequência não tem o tratamento adequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

A Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) considera que SPAs é toda e qualquer substância que o indivíduo utiliza, independentemente da via de administração e que atua no Sistema Nervoso Central (SNC), provocando alterações no humor, na consciência, na senso-percepção, na cognição e na função cerebral. Inclui-se neste grupo as drogas lícitas - álcool, cigarro e medicações, e as ilícitas - maconha, cocaína, crack e outras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1995).

As SPAs podem ser classificadas de acordo com sua forma de agir no cérebro, sendo drogas depressoras do SNC - quando tendem a produzir diminuição da atividade motora; estimulantes do SNC - quando aumentam o estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos e/ou perturbadoras / alucinógenas - quando provocam fenômenos psíquicos como alucinações e delírios, sem que haja inibição ou estimulação do SNC (GALDUROZ, 2006).

Essas substâncias podem afetar a capacidade de funcionamento normal do cérebro e, conseqüentemente, o comportamento do indivíduo, com um risco significativo de uso abusivo e desenvolvimento de dependência pela ação farmacológica da substância que age no organismo de forma a torná-la necessária

ao seu funcionamento, ou pela possibilidade de utilização como lazer ou fuga para os problemas (GALDUROZ, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica os padrões de consumo das SPAs seguindo alguns critérios para definição do diagnóstico: (1) Uso na vida: qualquer uso alguma vez na vida, incluindo um único uso experimental; (2) Uso no ano: uso ao menos uma vez nos últimos doze meses; (3) Uso no mês: Uso ao menos uma vez nos últimos 30 dias; (4) Uso freqüente: Uso em seis ou mais vezes nos últimos 30 dias; (5) Uso pesado: Uso em 20 ou mais vezes nos últimos 30 dias; (6) Uso Abusivo: padrão de uso que tenha causado um dano real à saúde física ou mental sem que a pessoa preencha os critérios estabelecidos para dependência (GALDUROZ, 2006).

Para o diagnóstico de dependência, ainda segundo o CID-10, três ou mais dos critérios seguintes deverão ter ocorrido nos últimos doze meses: (1) Forte desejo ou compulsão pela substância; (2) dificuldade de controlar o consumo, em termos de início, término e níveis de consumo; (3) estado de abstinência fisiológico, quando suspenso ou reduzido o uso da substância; (4) evidência de tolerância, a partir da necessidade de doses maiores para produzir os efeitos antes alcançados com doses menores; (5) Abandono progressivo de prazeres e interesses em favor do uso de SPAs; (6) Persistência no uso da substância mesmo com a evidência de conseqüências nocivas à saúde (BRASIL, 2006).

Para o diagnóstico de abuso, o Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM–IV), utiliza os seguintes critérios: (1) consumo contínuo, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados pelo uso de SPAs; (2) uso recorrente em situações que representam perigo físico; (3) uso recorrente, resultando em negligência de obrigações profissionais ou pessoais; (4) problemas recorrentes relacionados a questões legais (BRASIL, 2006).

Em geral, o início do uso de SPAs ocorre na adolescência e, embora muitas vezes apresentando pouco tempo de uso, essa população passa em um tempo curto de um estágio de consumo para outro, além de fazerem uso de múltiplas drogas, sendo que vários estudos demonstram associação positiva entre a precocidade do uso e o desenvolvimento de dependência (BRASIL, 2006).

Vale, contudo salientar que, a maioria dos usuários de drogas não se torna dependente, visto que existem fatores predisponentes individuais, familiares e

sociais que podem condicionar a possibilidade para a dependência química (PRATTA; SANTOS, 2006).

Estudos têm ainda demonstrado que muitos são os fatores de risco para a iniciação dos adolescentes e jovens no uso de SPAs, sugerindo a associação dos padrões de comportamento dos pais, interações familiares e o uso de SPAs lícitas com a progressão para as ilícitas. De acordo com estudo desenvolvido, o envolvimento com as drogas ilícitas ocorre principalmente entre a população de adolescentes e adultos jovens (SILVA; MALBEGIER; STEMPLIUK, 2006).

3.4 Uso de SPAs na Adolescência e Juventude: Dados Epidemiológicos

O uso abusivo de substâncias psicoativas é um problema que vem crescendo no Brasil, assumindo proporções cada vez maiores na sociedade atual. Atualmente, pesquisas apontam para um número cada vez maior de jovens, homens e mulheres que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas. Vale ressaltar que, a maioria dos estudos epidemiológicos sobre o consumo de drogas no Brasil diz respeito às populações estudantis, realizados através de inquéritos transversais (MEDINA et al, 2002; SALAZAR, 1983).

As drogas consideradas mais problemáticas no mundo são os opiáceos (especialmente a heroína), consumidos principalmente na Ásia e na Europa, seguidos da cocaína que, na América do Sul, é a droga que mais leva à busca de tratamentos por dependência. Na África, a maior demanda por tratamento decorre do uso de cannabis em forma de erva (maconha) ou resina (haxixe), segundo dados apresentados (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007; RIBEIRO; PERGHER; TOROSSIAN, 1998).

No Brasil, foram realizados estudos epidemiológicos sobre o uso de drogas na década de 1980, quando surgiram os primeiros estudos mais abrangentes realizados pelo CEBRID; sendo os adolescentes a população mais estudada em relação ao uso de drogas (CARLINI et al, 1989).

Estudos brasileiros revelaram o crescimento do consumo de SPAs entre os adolescentes. Dados do IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – realizadas pelo CEBRID – apontaram

um aumento do uso de SPAS entre a população estudada, no período de 1987 a 1997, sendo que dos 15.503 estudantes entrevistados, encontrou-se para o padrão de consumo “uso na vida” (experimentou alguma vez), uma média de 24,6% de usuários. Maconha, cocaína e anfetaminas aparecem como as SPAs ilícitas com maior aumento registrado de consumo, considerando o padrão “uso na vida” (CARLINI et al, 1997).

O V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas do CEBRID verificou relatos de uso das mais diversas drogas, na faixa etária de 12 a 17 anos, seja pela facilidade de acesso, como pelo consumo por familiares e amigos. Entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras aponta que, para os diferentes padrões de consumo (“uso na vida”, “uso no ano”, “uso no mês”, “uso freqüente” e “uso pesado”) houve um predomínio de estudantes do sexo masculino, na faixa etária entre 13 e 15 anos, com um percentual de 32,4%; sendo que 67,6% cursavam o ensino fundamental (CARLINI et al, 2004).

A maconha foi relatada como a droga mais utilizada para o padrão “uso na vida” (5,9% - Brasil e 5,1% - Nordeste) e “uso freqüente” (0,7% - Brasil e, 0,6% - Nordeste). Comparando-se o “uso na vida” de SPAs ilícitas, o Brasil apresenta-se a frente de outros países da América do Sul, com uma prevalência de 22,6% (CARLINI et al, 2004).

O consumo de substâncias ilícitas é um comportamento predominantemente masculino, muito mais do que o consumo de cigarros e de álcool. O consumo de SPAs ilícitas é também mais prevalente entre jovens do que em grupos etários mais velhos. Os dados da OMS mostram que, entre 2000 e 2001, 2,7% da população mundial e 3,9% das pessoas com 15 anos ou mais de idade consumiram cannabis pelo menos uma vez no período estudado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

No Brasil, entre as drogas ilícitas, a maconha ainda é a mais usada, sendo que, comparando os quatro levantamentos brasileiros, o número de estudantes que relataram já ter experimentado esta substância ao menos uma vez triplicou de 2,8% em 1987, para 7,6% em 1997. Quanto ao uso da cocaína, 2% dos estudantes brasileiros entrevistados em 1997 relataram já ter usado essa droga ou derivados (CARLINI et al, 1997).

O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil revelou que o consumo de SPAs lícitas é o maior no país, entretanto, 19,4% da população pesquisada já fez uso na vida de SPAs ilícitas, estando a maconha em primeiro lugar (6,9%), seguida pelos solventes (5,8%). No Nordeste quase 1/3 da população estudada (29%) já fez uso de alguma droga, além de tabaco e álcool (CARLINI et al, 2002).

Estudo que utilizou o “*Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorder*” (MECA) encontrou um risco 20 vezes maior de haver algum transtorno de conduta (incluindo personalidade anti-social, déficit de atenção e transtorno opositivo desafiante) entre os adolescentes com abuso ou dependência de álcool, maconha ou outra droga ilícita. Essa realidade é muito freqüente em adolescentes dependentes químicos, 76% apresentaram co-morbidades, comparado com 24,5% dos que não utilizavam SPAs (KESSLER et al, 2007).

Na situação de uso e abuso de SPAs entre os adolescentes e jovens, estes acreditam que não têm problemas ou que o problema não é com eles e a droga passa a ocupar uma posição de solução. Na maioria dos casos, os adolescentes usuários são encaminhados para tratamento através de familiares, Juizado, Conselho Tutelar ou mesmo a escola (CIRINO; MEDEIROS, 2006).

Entre adolescentes que procuram tratamento, em uma amostra de 86 indivíduos, estudos revelam que a população no geral é predominantemente masculina (90%), e uma parcela significativa possui algum envolvimento com a justiça (40%), com destaque para o tráfico de drogas. Enquanto viver com os pais revelou-se como fator de proteção para o uso de SPAs, o uso pelos mesmos apresenta-se como fator de risco para a iniciação (SILVA et al, 2003).

Estudos demonstram que as experiências familiares na infância e na adolescência possuem forte influência em relação ao abuso de drogas entre adolescentes, sendo que, aspectos do universo familiar podem atuar como fatores que propiciam o envolvimento dos adolescentes com SPAs.

De acordo com o V Levantamento Nacional sobre o consumo de Drogas Psicotrópicas - CEBRID, fatores como o bom relacionamento familiar ou a religiosidade geralmente tem correlação positiva com o não uso de SPAs (CARLINI et al, 2004; PRATTA; SANTOS, 2006).

Em contrapartida, os problemas de relacionamentos entre pais e filhos, relações afetivas precárias, ausência de regras e normas claras dentro do contexto

familiar, uso de SPAs pelos pais, irmãos ou parentes próximos, falta de apoio e orientação, assim como falta de qualidade das relações familiares estão entre os principais fatores de risco para o uso de SPAs (PRATTA; SANTOS, 2006; SPRINTHALL; COLLINS, 2003).

Dessa forma, o uso de SPAs deve ser analisado em suas múltiplas dimensões e considerando as realidades individuais extremamente diversas. O uso/abuso de SPAs deve ser considerado na sua gênese tridimensional: a SPA com suas propriedades farmacológicas específicas; o indivíduo com sua dimensão psicológica (motivações conscientes, possíveis traços de personalidade e motivações inconscientes que predisõem a busca) e sua singularidade biológica, e o contexto sócio-cultural onde se dá o encontro entre a droga e o sujeito, com oscilações entre a permissividade e o controle legal excessivo (SILVEIRA FILHO, 1995; PASSOS; CAMACHO, 1998).

3.5 Agenda de Políticas Públicas para Usuários de Substâncias Psicoativas

A criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 1998, vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, constituiu-se a primeira estratégia de uma política pública para adolescentes e jovens usuários de SPAs, e em 26 de agosto de 2002 foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), por meio do decreto nº. 4.345/2002. A SENAD tornou-se o órgão responsável pela implementação, acompanhamento e fortalecimento da política de enfrentamento das drogas no país, assim como pela articulação, coordenação e integração de ações intersetoriais do governo para a redução da demanda das drogas (BRASIL, 2006).

Com o processo de realinhamento da Política Nacional Anti Drogas (PNAD), em 2004 com o Fórum Nacional sobre Drogas o termo “anti” foi substituído por “sobre drogas”, de acordo com a nova proposta do governo e da demanda popular (BRASIL, 2006).

A Legislação Brasileira sobre Drogas, seguindo o processo de realinhamento, foi atualizada através da Lei nº. 11.343/06, colocando o Brasil em destaque nos aspectos de prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de

drogas, assim como no fortalecimento das penas pelo tráfico de SPAs. Destaca-se neste sentido a distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes; sendo os primeiros sujeitos a partir de então a medidas sócio-educativas aplicadas pelos Juizados Especiais Criminais; assim como o fim do tratamento obrigatório para dependentes de drogas, através da concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico (BRASIL, 2006).

Para os adolescentes em específico, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante a proteção integral destes, assegurando atendimento médico, através do SUS; além da proibição da venda de bebidas alcoólicas e/ou quaisquer produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica ainda que por utilização indevida, a esta população, assegurando-lhes por lei ou por outros meios todas as oportunidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 2002).

Diante desta reestruturação e fortalecimento da Rede de Atenção a Usuários de SPAs, no organograma do Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde Mental tornou-se a responsável pela política de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, incluindo iniciativas de prevenção, promoção e tratamento. O objetivo central dessa política é a ampliação do acesso ao tratamento, mudando o antigo modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, com vistas à redução da exclusão, falta de cuidados e evitando internações contraproducentes (BRASIL, 2006).

Um passo importante para as políticas públicas destinadas a pessoas que fazem uso de SPAs foi o reconhecimento pelo Ministério da Saúde da dependência química enquanto transtorno mental, de alta prevalência na população e incapacitante; assumindo assim, a responsabilidade de organizar e financiar o seu tratamento através da criação dos Centros de Atenção Psicossocial especializados no cuidado a usuários de álcool e outras drogas - CAPS AD (MATTOS, 2004).

Durante muito tempo alguns modelos de tratamento foram utilizados no Brasil e alguns ainda mantêm a sua proposta inicial. O modelo da abstinência predominou por muitos anos, tornando-se uma espécie de crença que era considerada a melhor ou única opção, desconsiderando valores pessoais e modelos culturais vigentes. Ainda nos nossos dias é utilizado o modelo de auto-ajuda, tendo os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) como maiores exemplos deste princípio,

que se baseia na abstinência como objetivo a ser alcançado, com forte influência religiosa.

Outro modelo de atenção oferecido, além dos modelos citados, são as internações compulsórias em hospitais psiquiátricos. Atualmente, há uma tentativa de superação deste modelo, através do processo da Reforma Psiquiátrica, que busca substituir o modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, ampliando o acesso ao tratamento, reduzindo a exclusão e a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias, fortalecendo as diretrizes e propostas do SUS.

Em decorrência da nova abordagem de tratamento aos portadores de transtorno mental, priorizando o atendimento fora dos limites do manicômio, começaram a ser implantados e implementados no Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nessa nova perspectiva busca-se, por meio de uma ação interdisciplinar, em que diversos saberes se colocam a disposição, reintegrar o sujeito a sociedade com seus direitos e deveres (BRASIL, 2004 c).

Dessa forma, estudos têm verificado que a prescrição da abstinência não deve ser a única alternativa para todos os casos, podendo ser considerada uma postura ética, frente à escolha do paciente, respeitando o percurso individual para superação de um problema, que deverá ser discutido e planejado junto ao paciente e a sua família (CIRINO; MEDEIROS, 2006).

É importante salientar que um progresso nas políticas públicas destinadas a usuários de álcool e outras drogas foi a utilização da abordagem centrada na Redução de Danos, visando promover uma alternativa para os usuários que não podem ou não querem parar de usar as SPAs, mas desejam reduzir ou minimizar os danos associados a elas; tendo como princípio o respeito a autonomia e a não estigmatização do usuário (FERREIRA, 2003).

O usuário passa a ser assistido de acordo com sua demanda, visando minimizar os danos associados a esta prática, promover a saúde e minimizar as consequências morais e sociais decorrentes do uso de SPAs.

De acordo com Mattos (2004), diante da diversidade contida entre usuários de SPAs, o tratamento da dependência de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas requer estratégias diferentes e específicas devido ao tempo transcorrido de efeitos e tempo de dependência de cada substância que influenciará a opção por estratégias terapêuticas específicas.

Para os casos mais graves, as abordagens eficazes geralmente são as mais abrangentes, que intervenham em todos os domínios da vida do usuário e, considerada uma abordagem integral ou de atenção global.

Silva et al (2003), refere que o tratamento para uso de SPAs entre adolescentes não deve limitar-se a questão das drogas, devendo ampliar-se aos mais amplos aspectos da vida, para que se obtenha maior eficácia. Para este autor, o tratamento da dependência química já representa um grande desafio, ampliando-se quando se trata de adolescentes.

Segundo Ribeiro (2005), o conhecimento das características próprias de cada usuário e da variedade de abordagens e modelos de tratamento disponíveis trouxe novos paradigmas para a organização de serviços de atendimento, sendo necessário o planejamento das ações, monitoramento à implementação e avaliação dos resultados de modo constante e sistemático; considerando que o tipo de droga utilizada e a gravidade dos pacientes atendidos podem suscitar a necessidade de serviços especializados.

A complexidade do quadro epidemiológico do município de Feira da Santana impõe para o Sistema Municipal de Saúde grandes desafios, exigindo o desenvolvimento de ações intra e intersetoriais. Neste sentido, em março de 2004 foi efetivada no município a Gestão Plena do Sistema de Saúde, gerando grandes avanços nas políticas públicas de saúde em Feira de Santana.

Em conformidade com a Reforma Psiquiátrica em curso no país, em 2002 foi implantado o Programa Municipal de Saúde Mental em Feira de Santana, de modo a viabilizar a reorientação do modelo de atenção em saúde mental no município, enfatizando a necessidade de construção de ações integrais e promocionais de saúde pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania e que busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação.

A efetiva superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização / substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com a Lei Federal nº. 10.216/01 e Portaria/GM nº799/00 (BRASIL, 2004 c).

Considerando o município de Feira de Santana como uma cidade de destaque na Bahia, sendo a maior cidade do interior baiano e com todas as suas particularidades no que tange ao uso de álcool e outras drogas, e não havendo até então um local onde usuários de substâncias psicoativas tivessem acesso ao tratamento no âmbito da saúde; foi criado em 26 de setembro de 2003 o primeiro CAPS do município, com recursos Federal, Estadual e Municipal; iniciando-se o processo de implantação de uma política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

O CAPS AD embora siga o projeto recomendado pelo Ministério da Saúde através da Legislação de Saúde Mental e Política Nacional para usuários de SPAs, busca adequar as estratégias terapêuticas e abordagens aos usuários, conforme demanda e contexto sócio-cultural local.

O Projeto Terapêutico do CAPS AD de Feira de Santana, local onde foi realizado o presente estudo, foi desenvolvido neste sentido, buscando uma assistência humanizada e de atenção extra hospitalar para pessoas com sofrimento psíquico decorrentes do uso de SPAs em uma nova perspectiva buscando recolocar o sujeito na sociedade, por meio de uma ação interdisciplinar, em que diversos saberes se colocam a disposição, a fim de reintegrá-lo a sociedade com seus direitos e deveres, utilizando-se de diversas estratégias terapêuticas conforme elaboração de projeto terapêutico individual de cada paciente assistido no serviço, na dimensão da escolha, possibilitando a autonomia do sujeito.

Além do trabalho realizado diretamente com o paciente, o CAPS AD trabalha também com os familiares, oferecendo suporte e orientação que se fazem necessários; sendo o papel da família fundamental no processo de tratamento dos usuários de SPAs (MAZUCA; SARDINHA, 2000).

Utilizam-se como principais estratégias de tratamento o desenvolvimento de grupos e oficinas terapêuticas, assim como atendimentos psicoterápicos individuais, tratamento medicamentoso e atividades recreativas e esportivas; trabalhando na perspectiva da redução de danos.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com produção de medidas de frequência para um determinado número de indivíduos, visando descrever o perfil sociodemográfico e do consumo de SPAs dos adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, do município de Feira de Santana, Bahia.

Segundo Barata (1997), estudos descritivos embora algumas vezes tratados com menor grau de sofisticação analítica podem apresentar questões teóricas, conceituais e metodológicas mais desafiadoras do que outros tipos de desenhos de investigação utilizados nos estudos epidemiológicos.

O presente estudo foi desenvolvido em duas fases:

Fase I – realização de um estudo retrospectivo, com o banco de dados dos prontuários, fontes primárias de informações e registros dos pacientes, para investigação dos dados sociodemográficos e padrões de consumo de SPAs entre toda a população de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, no período de 2003 a 2008.

Fase II - realização de um estudo prospectivo com o banco de dados das entrevistas realizadas, através da aplicação do questionário, com uma amostra de conveniência para avaliação dos dados sociodemográficos e padrões de consumo de SPAs entre os adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD no ano de 2008.

4.2 Local do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS AD) do município de Feira de Santana.

Feira de Santana é a segunda maior cidade do estado da Bahia, com área territorial de 1.363 km², distante 108 km da Capital Salvador, situada na região Norte

do Estado, destacando-se como o mais importante entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do país, tendo as BR 101, 116 e 324 e as BA 084, 502 e 504 como as suas principais vias de acesso; apresentando atualmente uma população total estimada em 571.997 habitantes para o ano de 2007, sendo que os adolescentes totalizam 66.085 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Atualmente a Rede Municipal de Atenção a Saúde Mental de Feira de Santana é composta por cinco CAPS, dentre eles, dois CAPS tipo II, destinados a pacientes adultos com transtornos mentais severos e persistentes; um CAPS tipo III, destinado a pacientes adultos com transtornos mentais severos e persistentes, com funcionamento 24 horas; um CAPS infantil, destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes e um CAPS AD, destinado a pacientes a partir de 12 anos de idade com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O CAPS AD é um serviço substitutivo dos hospitais psiquiátricos, com diretrizes da Reforma Psiquiátrica, implantados dentro da organização da Política de Atenção a Saúde Mental do Ministério da Saúde e com uma proposta de atenção diferenciada as pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso de SPAs (BRASIL, 2004 c).

4.3 População do Estudo

Fase I: Totalidade de adolescentes e adultos jovens atendidos e cadastrados no CAPS AD na faixa de 12 a 24 anos, no período de 2003 a 2008, período constituído desde a implantação do serviço no município de Feira de Santana ao período da coleta de dados desta pesquisa.

Fase II: Amostra de conveniência¹ dos adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD no ano de 2008.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: pacientes que residiam em Feira de Santana e que procuraram tratamento espontaneamente,

¹ Busca descrever as características principais do grupo de estudo, sem o objetivo de generalizar conclusões pelo potencial viés de seleção (MEDRONHO, 2006).

assim como aqueles que preenchiam os critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID – 10), para transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas e que se encontravam na faixa etária de interesse deste estudo.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: a não localização da residência ou contatos dos pacientes; a não aceitação de participação na presente pesquisa, pacientes que se encontravam em surto psicótico decorrente do uso abusivo de SPAs e pacientes que abandonaram o tratamento.

4.4 Fontes e Instrumentos de Pesquisa

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário aplicado por pesquisadores treinados, adaptado do questionário utilizado por Alves (2004), em uma pesquisa realizada no Núcleo de Estudos e Pesquisa da Infância e Adolescência (NNEPA), do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Foram acrescentadas questões que possibilitassem e ampliassem os conhecimentos quanto ao perfil do consumo de SPAs entre os adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD (APÊNDICE A). Trata-se de um questionário fechado e sem identificação dos entrevistados.

Para a avaliação do referido instrumento (APÊNDICE A), participaram dois profissionais de nível superior que estavam atuando no CAPS AD de Feira de Santana no momento da pesquisa. O instrumento foi previamente testado em um estudo piloto para avaliar as estratégias de coleta de dados, prevendo os ajustes necessários, com a correção na imprecisão dos termos e padronização necessária a aplicação do questionário, confirmando a viabilidade técnica do instrumento.

4.5 Coleta de Dados

Fase I: Dados coletados através dos prontuários de todos os adolescentes e adultos jovens registrados no CAPS AD desde a sua implantação.

Fase II: Dados coletados através de entrevistas com os adolescentes e adultos jovens que compareceram ao CAPS AD ou receberam visitas domiciliares, quando o não comparecimento dos mesmos a Unidade, seguindo as instruções contidas no Guia do Pesquisador (APÊNDICE B), no sentido de conferir clareza e objetividade às questões.

Para esta fase da coleta, todos os participantes elegíveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados e devidamente autorizados pelos pais ou responsáveis, quando menores de 18 anos ou pelos próprios entrevistados quando maiores de 18 anos; ressaltando que, mesmo com autorização dos pais ou responsáveis, a participação na pesquisa foi voluntária, onde o adolescente poderia deixar de responder o instrumento a qualquer momento, assim como solicitar a não utilização das informações coletadas para a pesquisa (APÊNDICE D e E).

4.6 Variáveis do Estudo

As variáveis do presente estudo foram: a história do uso de drogas do adolescente, o padrão de consumo das SPAs, a percepção do entrevistado sobre a seqüência de drogas consumidas; problemas de saúde decorrentes do uso/abuso de SPAs ilícitas.

4.6.1. Variável dependente

Variáveis relacionadas ao uso/abuso de SPAs: uso, padrão de consumo, substâncias utilizadas, iniciação e antecedentes familiares.

4.6.2. Variáveis independentes

Variáveis sociodemográficas:

Faixa Etária: 12 -14 anos; 15 -19 anos; 20-24 anos.

Escolaridade: Série escolar: Nunca estudou, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, 3º grau.

Sexo: masculino; feminino.

Residência: Zona Urbana, Zona Rural.

Religião: católica, evangélica, espírita, candomblé, outra, nenhuma.

Composição familiar e Coabitação atual:

Local de moradia: bairro, exposição de situações de violência.

Renda: recebe dos pais ou de parentes; recebe de outras pessoas; recebe de outras maneiras.

Variáveis Motivacionais:

Relacionadas aos aspectos individuais, familiares, sociais de risco a progressão ao uso de SPAs licitas para ilícitas e tratamento (queixas, demandas e tratamentos anteriores)

Considera-se bem informado sobre drogas, onde recebeu informações sobre drogas e como a família conversa sobre drogas;

Atividades de lazer;

Na escola é realizada atividades sobre drogas: palestras, aulas, oficinas, reuniões, teatros, filmes, outras, não realiza.

Alguém que mora com você usa bebidas alcoólicas, cigarro ou outras SPAs: Sim (quem / padrão de consumo), Não.

Você já usou álcool e idade de iniciação.

Já fez uso de drogas proibidas.

Variáveis quanto aos padrões de consumo e drogas utilizadas:

Uso na vida: qualquer uso alguma vez na vida, incluindo um único uso experimental;

Uso no momento da entrevista (atual)

Uso no ano: uso ao menos uma vez nos últimos doze meses;

Uso no mês: Uso ao menos uma vez nos últimos 30 dias;

Uso freqüente: Uso em seis ou mais vezes nos últimos 30 dias;

Uso pesado: Uso em 20 ou mais vezes nos últimos 30 dias;

Uso Abusivo: padrão de uso que tenha causado um dano real a saúde física ou mental sem que a pessoa preencha os critérios estabelecidos para dependência.

Onde costuma usar e o que acontece após consumir drogas.

Influência das drogas na vida sexual.

Usa ou já usou anabolizante. Quem lhe aconselhou a usar anabolizante
Como usa anabolizante.

Alguém que mora com você usa outras drogas que não seja bebida alcoólica
e fumo.

Qual a primeira droga que você já utilizou: álcool; cigarro; maconha; cocaína;
crack; inalantes; outras.

Que idade você tinha quando usou droga ilegal pela primeira vez.

Quem lhe ofereceu drogas ilegais pela primeira vez: Qual / quais drogas
ilegais você continua usando.

Onde você consegue estas drogas; Onde usa drogas; Uso de droga injetável:
sim, não.

Como usa droga injetável: sozinho; com os amigos na mesma seringa; com
os amigos em seringas diferentes.

O que você sente quando usa estas drogas: Fico muito alegre (ouricado); vejo
monstros ou figuras estranhas; sinto medo; não consigo dormir; fico muito triste.

4.7 Análise de Dados

Para a análise dos dados foi realizada uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos adolescentes e adultos jovens e informações sobre o perfil do consumo de substâncias psicoativas (uso progressivo de SPAs lícitas para ilícitas) entre adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia; com o cálculo das freqüências simples, considerando o intervalo de confiança de 95% e p – valor $\leq 0,05$ para associação estatisticamente significativa.

Os dados foram processados eletronicamente com a utilização do Programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 10.0 for Windows (1998).

4.8 Aspectos Éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), através de portaria 76/2000, do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE), conforme preconiza a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

O Projeto de Pesquisa foi registrado no Comitê de Ética e Pesquisa / CEP-UEFS sob protocolo nº. 029/2008, CAAE 0029.0.059.000-8.

É importante salientar que, tal como a Resolução 196/96, o presente estudo teve como preocupação a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa, na defesa ao respeito às peculiaridades, a autonomia dos envolvidos e o sentido de proteção ao sujeito; em especial a usuários de substâncias psicoativas ilícitas e adolescentes, mais susceptíveis ao perigo e a sofrer danos (RIBEIRO, 2005).

Diante disso, os questionários somente foram aplicados após autorização do referido CEP, da Secretaria Municipal de Saúde e CAPS AD (APÊNDICE D); assim como consentimento dos adolescentes, adultos jovens e responsáveis pelos participantes da pesquisa, quando menores de 18 anos, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E e F).

Vale ressaltar, o cuidado durante toda a execução desta pesquisa quanto ao sigilo de todos os dados e informações coletadas com os adolescentes e adultos jovens, visando preservar a integridade e privacidade de todos.

Os dados coletados ficarão armazenados no Núcleo de Estudos e Pesquisa da Infância e Adolescência (NNEPA), localizada na UEFS, durante um período de 05 anos.

A divulgação dos resultados após a realização da pesquisa serão oficinas com profissionais e usuários do CAPS AD; assim como, o planejamento de ações e estratégias em relação às abordagens terapêuticas utilizadas com adolescentes e adultos jovens usuários de substâncias psicoativas, peculiaridades dessa população de estudo e subsídios para a implementação de políticas públicas e criação de programas de prevenção para o uso de SPAs entre adolescentes e adultos jovens, conforme conhecimentos adquiridos com a construção do presente estudo.

É importante salientar que, os participantes da pesquisa que apresentaram qualquer tipo de sofrimento psíquico, foram devidamente acompanhados por equipe interdisciplinar do CAPS AD, buscando a preservação da sua integridade física e mental; assim como foi também oferecido atendimento psicossocial e orientações aos seus familiares.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico e do consumo de SPAs entre adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD

Do total de 475 de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD “Gutenberg de Almeida”, a maior parte correspondia às faixas de 20 a 24 anos, 250 (57,9%) e 15 a 19 anos (200), sendo que a maioria absoluta era do sexo masculino. Nas três faixas estudadas, a totalidade era solteiro e com alta prevalência da baixa escolaridade para a faixa de idade (2º grau incompleto): 12-14 anos (64%), 15-19 anos (54,5%) 20-24 anos (37,5%). Vale salientar que a ausência da prática religiosa foi referida em percentuais acima de 56%, entre adolescentes das faixas de 12 a 14 anos e 15 a 19 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Variáveis sociodemográficas	Faixa etária					
	12 a 14 anos		15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	15	60,0	178	89,0	222	88,8
Feminino	10	40,0	22	11,0	28	11,2
Total	25	100,0	200	100,0	250	100,0
Estado Civil						
Solteiro	25	100,0	189	94,5	204	82,0
Casado/União livre	-	-	10	5,0	42	16,8
Separado(a)/Divorciado(a)	-	-	1	0,5	2	0,8
Viúvo(a)	-	-	-	-	1	0,4
Total	25	100,0	200	100,0	249	100,0
Coabitação atual						
Sozinho	-	-	4	1,0	7	1,8
Companheiro(a)	-	-	10	2,5	43	10,9
Pai	5	10,9	77	19,3	88	22,2
Mãe	18	39,1	139	35,0	151	38,1
Filhos	-	-	10	2,5	42	10,6
Irmãos	9	19,6	102	25,7	10	2,5
Parentes	6	13,0	38	9,5	32	8,1
Outros*	8	17,4	18	4,5	23	5,8
Total	46	100,0	398	100,0	396	100,0
Escolaridade						
Analfabeto	1	4,0	1	0,5	2	0,8
Primário Incompleto (1ª a 4ª série incompleto)	5	20,0	37	18,5	24	9,7
Primário Completo (4ª série completa)	3	12,0	14	7,0	9	3,6
Ginásio Incompleto (5ª a 8ª série incompleto)	16	64,0	109	54,5	93	37,5
Ginásio Completo (8ª série completa)	-	-	7	3,5	15	6,0
2º grau Incompleto	-	-	26	13,0	45	18,1
2º grau Completo	-	-	4	2,0	49	19,8
Superior Incompleto	-	-	2	1,0	11	4,4
Total	25	100,0	200	100,0	248	100,0
Religião						
Nenhuma	13	56,5	117	60,6	83	34,6
Espírita	-	-	2	1,0	1	0,4
Protestante/Evangélica	2	8,7	30	15,5	63	26,3
Católica	7	30,4	42	21,8	89	37,1
Outras	1	4,3	2	1,0	4	1,7
Total	23	100,0	193	100,0	240	100,0

* (Amigos, pensão/república, centro de recuperação, Melo Matos)

Quanto às motivações que levaram os jovens a iniciarem o tratamento no CAPS AD, foi verificado que, 75% da faixa etária de 12-14 anos relataram ter sido encaminhado por instituições judiciais; os de 15-19 anos (32,9%) por solicitação de parentes ou amigos e mais de 35% daqueles de 20-24 anos pela própria decisão ou solicitação de parentes ou amigos. Os sintomas psíquicos foram os mais freqüentes, cerca de 40% para aqueles da faixa mais jovem e cerca de 50% para as outras faixas etárias; a dependência foi relatada em proporção semelhante entre os grupos

(em torno de 5%) e a ausência de sintomas foi mais freqüente entre os mais jovens. A principal demanda para o tratamento foi a necessidade de abstinência: 79,2%, para a faixa de 12-14 anos; 85%, para os de 15-19 anos e 81,5%, no grupo de 20-24 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Características relacionadas à motivação, queixas e demandas para o tratamento de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Aspectos motivacionais	Faixa etária					
	12 a 14 anos		15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	n	%	n	%	n	%
Motivação						
Decisão Própria	6	25,0	44	21,3	95	36,7
Solicitação de parentes ou amigos	4	16,7	68	32,9	94	36,3
Encaminhamento de Serviços de Saúde	2	8,3	24	11,5	50	19,3
Encaminhamento Judicial e de Instituições Judiciais	11	45,8	65	31,4	18	6,9
Outros	1	4,2	6	2,9	2	0,8
Total	24	100,0	207	100,0	259	100,0
Queixa no momento do acolhimento						
Sintomas Psíquicos¹	12	41,4	121	50,8	154	49,4
Sintomas Clínicos ²	6	20,7	73	30,7	108	34,6
Dependência	2	6,9	12	5,0	17	5,4
Sem queixa	9	31,0	32	13,4	33	10,6
Total	29	100,0	238	100,0	312	100,0
Demandas para o tratamento						
Abstinência³	19	79,2	147	85,0	198	81,5
Redução de danos	2	8,3	16	9,2	17	7,0
Familiar	2	8,3	-	-	5	2,1
Outra	1	4,2	10	5,8	23	9,5
Total	24	100,0	173	100,0	243	100,0

1 Sintomas Psíquicos: dificuldades emocionais relacionadas ao uso, como alucinações, problemas de relacionamento interpessoal, insônia, medos entre outros

2 Sintomas Clínicos: episódios orgânicos como náuseas, dores, cirrose, pressão elevada entre outros

3 Abstinência: abandonar, abster-se ao uso das drogas

Em relação às características da intervenção terapêutica, (Tabela 3), verificou-se que a maioria relatou a ausência de tratamentos, sendo mais de 90% na faixa de 12-14 anos, 79,4%, na faixa de 15 a 19 anos e 72,3%, entre aqueles de 20 a 24 anos. A interpretação dos dados sobre o tipo de intervenção encontra-se prejudicada pelas perdas, entretanto verifica-se a presença da intervenção psiquiátrica, das comunidades terapêuticas, principalmente, entre os grupos de 15 a 19 e 20 a 24 anos.

Tabela 3 – Características relacionadas a tipos de tratamentos anteriores de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Características motivacionais	Faixa etária					
	12 a 14 anos		15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	n	%	n	%	n	%
<i>Tratamento anterior ao uso de drogas</i>						
Sim	2	8,7	39	20,6	67	27,7
Não	21	91,3	150	79,4	175	72,3
Total	23	100,0	189	100,0	242	100,0
<i>Tipo de tratamento*</i>						
Psiquiátrico	1	50,0	14	28,6	16	27,6
Médico Clínico	-	-	2	4,1	-	-
Psicoterápico	-	-	5	10,2	5	8,6
Psicanalítico	-	-	1	2,0	1	1,7
Grupo de ajuda mútua	1	50,0	1	2,0	3	5,2
Religioso	-	-	1	2,0	3	5,2
Comunidade terapêutica	-	-	21	42,9	42	72,4
Outros	-	-	4	8,2	4	6,9
Total	2	100,0	49	100,0	58	100,0

De acordo com os resultados da Tabela 4, que trata do padrão de consumo das SPAs, observa-se que as mais consumidas por ordem de frequência são álcool, tabaco, maconha, cocaína, *crack* e inalantes. Na categoria “consumo na vida”, as proporções do uso de álcool e maconha foram de 76% para a faixa de 12 a 14 anos e entre 76 a 92,5%, nos grupos de 15 a 19 e 20 a 24 anos; o consumo de tabaco mostrou proporções acima de 60% na faixa de 12 a 14 anos e acima de 80% nas outras faixas estudadas; o uso de *crack* foi relatado em torno de 50% dos jovens, sendo mais de 60% na faixa de 15 a 19 anos. A utilização de inalantes foi citada por mais de 30% em todas as faixas, sendo as maiores proporções no grupo mais jovem (48%). Ressalta que os anabolizantes foram apontados pelos três grupos, com proporções semelhantes.

Ainda de acordo com Tabela 4, para a categoria “consumo atual” o padrão de consumo também mostra alta proporção de uso para as mesmas SPAs, sendo que a faixa de 12 a 14 anos apresenta frequências semelhantes aos grupos das faixas mais adultas, principalmente para uso de álcool (acima de 56%), tabaco (acima de 70%) e cocaína (em torno de 40%). Para a maconha e *crack*, as faixas de 15 a 19 anos mostram proporções semelhantes (entre 62,1 e 71%); os inalantes são mais frequentes na faixa de 12 a 14 anos.

Tabela 4 – Características de padrão de consumo de SPAs de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Padrão de consumo	Faixa etária					
	12 a 14 anos		15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	n	%	n	%	n	%
Uso na vida¹						
Álcool	19	76,0	153	76,5	204	81,9
Tabaco	16	64,0	171	85,5	206	82,7
Inalantes/Solventes	12	48,0	74	37,0	86	34,5
Tranqüilizantes	1	4,0	15	7,5	28	11,2
Maconha	19	76,0	185	92,5	199	79,9
Cocaína	10	40,0	97	48,5	147	59,0
Crack	13	52,0	125	62,5	134	53,8
Anfetaminas	-	-	4	2,0	6	2,4
Anabolizantes	2	8,0	12	6,0	16	6,4
Opióides	-	-	3	1,5	1	0,4
Êxtase	1	4,0	3	1,5	5	2,0
Ácido/alucinógenos	1	4,0	2	1,0	2	0,8
Outras substâncias	1	4,0	6	3,0	9	3,6
Uso atual						
Álcool	13	68,4	85	56,7	163	81,5
Tabaco	13	81,3	124	74,7	170	83,7
Inalantes/Solventes	4	33,3	9	12,9	10	12,0
Tranqüilizantes	-	-	4	25,0	11	40,7
Maconha	8	42,1	130	71,0	121	63,0
Cocaína	4	40,0	38	39,6	50	35,2
Crack	6	46,2	83	68,0	82	62,1
Anfetaminas	-	-	-	-	2	28,6
Anabolizantes	1	50,0	-	-	2	12,5
Opióides	-	-	1	33,3	-	-
Êxtase	-	-	1	33,3	1	16,7
Ácido/alucinógenos	-	-	-	-	-	-
Outras substâncias	-	-	3	60,0	1	12,5

¹ 12 a 14 anos (n=25); 15 a 19 anos (n=200); 20 a 24 anos (n=249).

¹ 12 a 14 anos (n=25); 15 a 19 anos (n=200); 20 a 24 anos (n=249).

5.2 Características familiares, pessoais e ambientais associados ao uso progressivo de SPAs lícitas para ilícitas entre adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD

Os resultados referentes à fase II do estudo referem-se às entrevistas realizadas com 20 adolescentes, da faixa e 15 a 19 anos e adultos jovens, de 20 a 24 anos, atendidos no CAPS AD de Feira de Santana, Bahia.

Quanto aos resultados da tabela 5, do total dos entrevistados, 12 (60%) encontravam-se na faixa etária de 15 a 19 anos, 17 (81%) eram do sexo masculino, 12 (60%) relataram escolaridade de 5ª à 8ª série; 13 (65%) referiram alguma religião; 19 (95 %) afirmaram realizar alguma atividade de lazer, destacando-se

passeios com amigos, do mesmo sexo, ouvir música, assistir TV, bem como passeios com amigos do sexo oposto e a família.

Tabela 5 – Características sociodemográficas dos adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Variáveis sociodemográficas	N	%	p
<i>Faixa etária (n=20)</i>			
15 – 19 anos	12	60,0	0,206
20 – 24 anos	8	40,0	-
<i>Sexo (n=20)</i>			
Masculino	17	81,0	0,000*
Feminino	3	15,0	-
<i>Estado Civil (n=20)</i>			
Solteiro	18	90,0	0,000*
Casado/União livre	2	20,0	-
Separado(a)/Divorciado(a)	-	-	-
Viúvo(a)	-	-	-
<i>Escolaridade (n=20)</i>			
Primário Incompleto (1ª a 4ª série incompleto)	1	5,0	1,000
Primário Completo (4ª série completa)	1	5,0	1,000
Ginásio Incompleto (5ª a 8ª série incompleto)	12	60,0	0,000*
Ginásio Completo (8ª série completa)	1	5,0	1,000
2º grau Incompleto	4	20,0	0,151
2º grau Completo	1	5,0	-
<i>Religião (n=20)</i>			
Nenhuma	7	35,0	0,058
Espírita	-	-	-
Protestante/Evangélica	7	35,0	0,058
Católica	4	20,0	0,376
Outras	2	10,0	-
<i>Lazer (n=20)</i>			
Sim	19	95,0	0,000*
Não	1	5,0	-
<i>Atividades de Lazer (n=19)</i>			
Ouvir Música	15	78,9	0,001*
Assistir TV	14	73,7	0,004*
Sair com amigos do mesmo sexo	13	88,4	0,009*
Sair com amigos do sexo oposto	9	47,4	0,179
Sair com a família	9	47,4	0,179
Prática de esportes	8	42,1	0,305
Ir a igreja ou serviço religioso	11	57,9	0,049*
Freqüentar clubes	6	31,6	0,721
Freqüentar bares	5	26,3	-

No que diz respeito às características familiares dos jovens, (Tabela 6), 8 (40%) relataram ter sido criado pelo pai e mãe e esta mesma proporção, apenas pela mãe. Para a coabitação atual, destacou-se a convivência com a mãe, 13 (36,0%), seguida da convivência com irmãos, 8 (22,2%); pai, 5 (13,9%); companheiro, 4 (11,1%); sendo que a unanimidade referiu pelo menos um irmão. Entre os entrevistados, 11 (42,3%) citaram renda própria, como fruto do trabalho e 8 (30%) ajuda dos pais; a maioria relatou residência própria.

Ainda em relação à Tabela 6, as situações de violência no bairro de residência mais destacadas foram assaltos e embriaguez (16); tráfico de drogas (15); violência física (14) assassinatos (11) e estupros (6).

Tabela 6 – Características familiares, do domicílio e ambientais dos adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Variáveis familiares	n	%	p
<i>Pessoa quem o criou (n=20)</i>			
Pai e mãe	8	40,0	0,008*
Mãe	8	40,0	0,008*
Pai	1	5,0	-
Outros ¹	3	15,0	0,292
<i>Coabitação atual* (n=36)</i>			
Sozinho	-	-	-
Companheiro(a)	4	11,1	0,164
Pai	5	13,9	0,088
Mãe	13	36,0	0,000*
Filhos	1	2,8	-
Irmãos	8	22,2	0,007*
Parentes	3	8,3	0,303
Outros ²	2	5,7	0,555
<i>Número de Irmãos³ (n=19)</i>			
1	4	21,1	0,676
2	7	36,8	0,140
3 ou 4	3	15,8	-
5 ou mais	5	26,3	0,426
<i>Escolaridade da mãe (n=20)</i>			
Estudou	18	90,0	0,000*
Não estudou	-	-	-
Não sabe	2	10,0	-
<i>Escolaridade do pai (n=20)</i>			
Estudou	14	70,0	0,011*
Não estudou	-	-	-
Não sabe	6	30,0	-
<i>Renda própria* (n=26)</i>			
Trabalho	11	42,3	0,012*
Pais	8	30,8	0,090
Parentes	3	11,5	-
Outros ⁴	4	15,3	0,685
<i>Moradia (n=20)</i>			
Própria	17	85,0	0,000*
Alugada	3	15,0	-
Cedida	-	-	-
Outras	-	-	-
<i>Situações de violência no bairro (n=19)</i>			
Assalto	16	84,2	0,001*
Brigas	14	73,7	0,009*
Assassinatos	11	57,9	0,103
Estupros	6	31,6	-
Pessoas bêbadas	16	84,2	0,001*
Tráfico de drogas	15	78,9	0,003*
<i>Infra-estrutura que o bairro possui (n=19)</i>			
Posto Policial	10	52,6	0,745

* Resposta múltipla

¹ (Avós, irmã)

² (Padrasto, cunhada)

³ Para esta variável foi perdido 1 caso

⁴ (Furtos, biscate, negócios)

5.3 Associação entre o consumo de Substâncias Psicoativas - SPAs e fatores pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana

5.3.1 Associação do consumo de álcool com fatores pessoais, familiares e ambientais

De acordo com a Tabela 7, verificou-se que a totalidade de adolescentes e adultos jovens entrevistados referiram a categoria “uso na vida” sendo que 35,0% continuaram consumindo. A iniciação na faixa de 10 a 14 anos (60,0%) e o padrão de consumo de “ao menos uma vez nos últimos 30 dias”, mostraram associação positiva e significativa ($p < 0,05$) com o uso de álcool. Mais da metade (55,0%) dos entrevistados relatou convívio domiciliar com alguma pessoa que consome bebidas alcoólicas.

Tabela 7 – Associação do consumo de álcool segundo variáveis pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Consumo de álcool	n	%	p
<i>Uso na vida (n=20)</i>			
Sim	20	100,0	-
Não	-	-	-
<i>Uso atual (n=20)</i>			
Sim	7	35,0	0,06
Não	13	65,0	-
Idade de iniciação (n=20)			
7 – 9 anos	2	10,0	-
10 – 14 anos	12	60,0	0,000*
15 – 17 anos	6	30,0	0,114
18 anos ou mais	-	-	-
Padrão de consumo (n=18)			
Experimentou uma vez na vida	1	5,6	-
Ao menos uma vez no ano	2	11,1	0,546
Ao menos uma vez nos últimos 30 dias	11	61,1	0,000*
6 vezes ou mais nos últimos 30 dias	3	16,7	0,289
20 vezes ou mais nos últimos 30 dias	1	5,6	1,000
Padrão de uso com danos à saúde física/mental sem preencher critérios	-	-	-
Convive no domicílio com alguém que consome bebidas alcoólicas			
Sim	11	55,0	0,53
Não	9	45,0	-

De acordo com resultados dos Gráficos 1, 2 e 3, verifica-se que as bebidas mais consumidas são as fermentadas (cerveja e vinho), muito embora com altas proporções de utilização das destiladas (conhaque, aguardente e whisky) (Gráfico 1). Os locais de consumo mais citados foram bares, danceterias, festas e casa de amigos, oferecidos por estes, além de outras pessoas (Gráfico 2); sendo as principais motivações de uso, a curiosidade, a aceitação pelos pares, ter prazer/ficar animado, enquanto que as conseqüências mais citadas foram sentir-se bem e relaxado, ficar embriagado, além da ausência de conseqüências e faltas à escola ou trabalho (Gráfico 3)

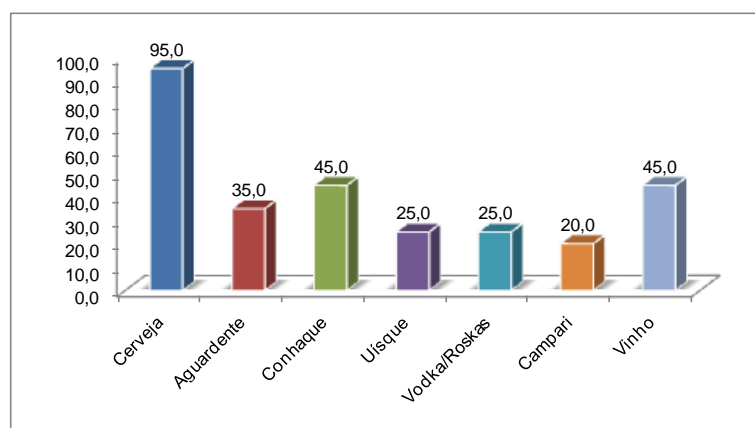


Gráfico 1 - Tipos de bebidas alcoólicas mais utilizadas pelos adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

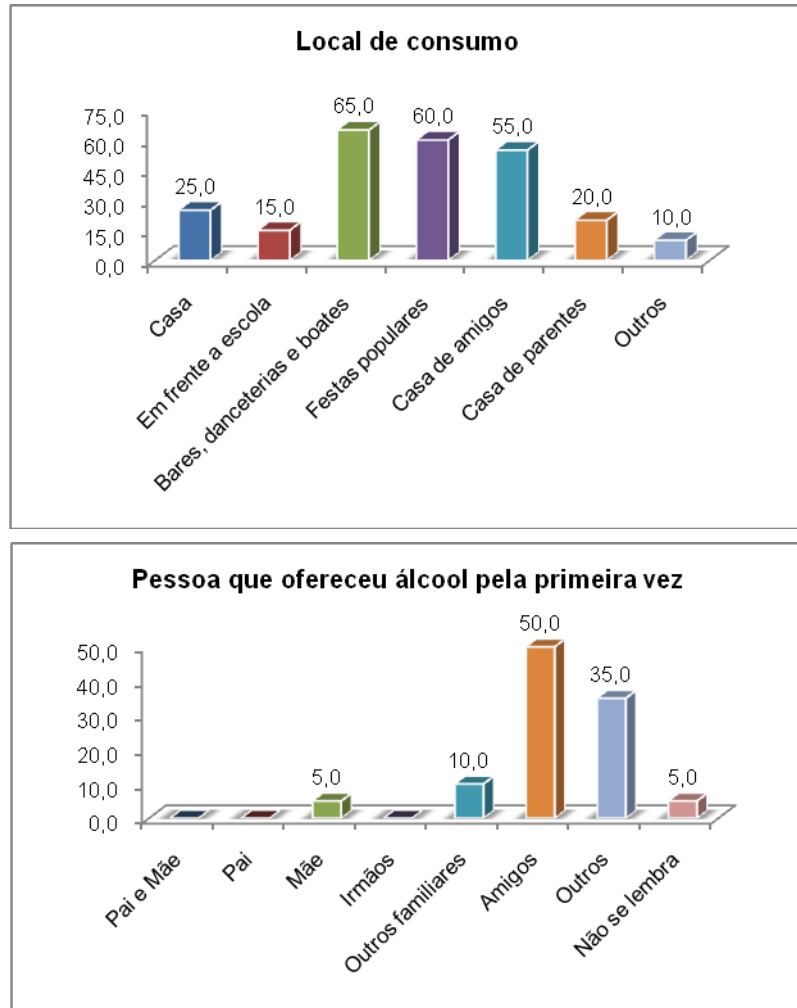


Gráfico 2 - Local de consumo e iniciação do uso de bebida alcoólica, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

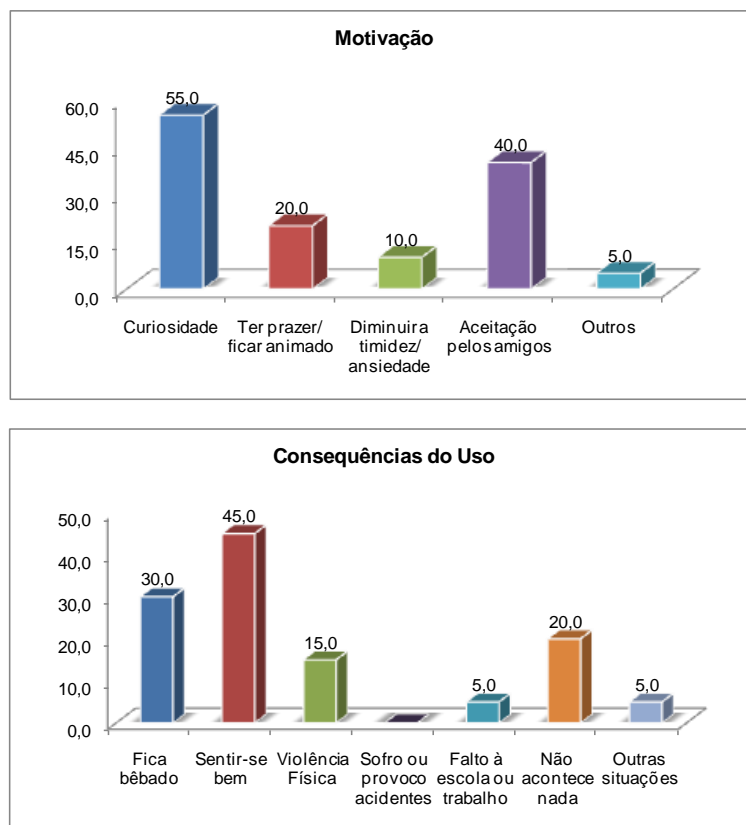


Gráfico 3 – Motivações e conseqüências do uso de bebidas alcoólicas, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

5.3.2 Associação do consumo de tabaco com fatores pessoais, familiares e ambientais

De acordo com tabela 8, 19 (95%) dos jovens referiram a categoria “uso na vida” sendo que 9 (47,4%) continuaram consumindo (consumo atual). A iniciação com 10 a 14 anos; o padrão de consumo de 20 vezes ou mais nos últimos 30 dias; e a quantidade de 20 cigarros ou menos associou-se positiva e significativamente ($p < 0,05$), com o uso de tabaco. A maior parte 10 (52,6%) dos entrevistados relatou fumantes no domicílio.

Tabela 8 – Associação do consumo de tabaco, segundo variáveis pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Ba, 2008.

Consumo de tabaco	N	%	p
<i>Uso na vida (n=20)</i>			
Sim	19	95,0	0,000*
Não	1	5,0	-
<i>Uso atual (n=19)</i>			
Sim	9	47,4	0,745
Não	10	52,6	-
<i>Idade de iniciação (n=19)</i>			
7-9 anos	1	5,3	-
10 – 14 anos	11	57,9	0,000*
15 – 17 anos	7	36,8	0,017*
18 anos ou mais	-	-	-
<i>Padrão de consumo (n=17)</i>			
Experimentou 1 vez na vida	-	-	-
Ao menos 1 vez no ano	3	17,6	0,287
Ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	1	5,9	-
6 vezes ou mais nos últimos 30 dias	-	-	-
20 vezes ou mais nos últimos 30 dias	13	76,5	0,000*
Padrão de uso com danos à saúde física/mental sem preencher critérios	-	-	-
<i>Quantidade utilizada (n=16)</i>			
≤ 20 cigarros	12	75,0	0,004*
> 20 cigarros	4	25,0	-
<i>Alguém que mora com você fuma? (n=19)</i>			
Sim	10	52,6	0,746
Não	9	47,4	-

Segundo os Gráficos 4 e 5, observa-se que o principal local de consumo de tabaco entre os entrevistados foi o domicílio; destacando-se ainda as festas populares; bares, danceterias e boates; sendo a iniciação com, principalmente, com amigos. A principal motivação foi aceitação pelos amigos, além da curiosidade e ter prazer/ficar animado, (26,3%); as principais conseqüências referidas foram sentir-se bem e a ausência de alguma conseqüência.

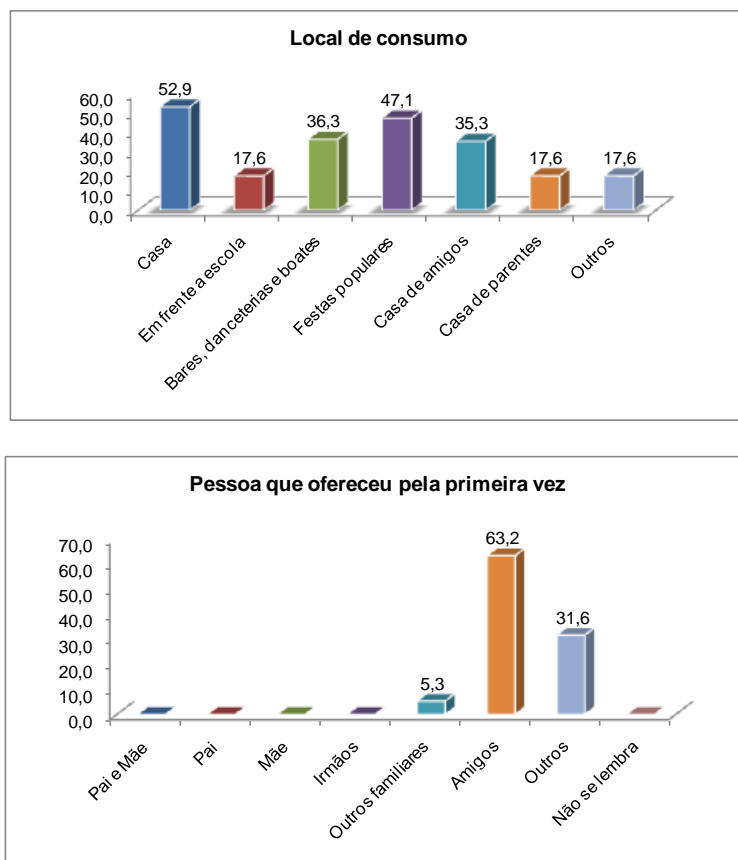


Gráfico 4 – Local de consumo e iniciação, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

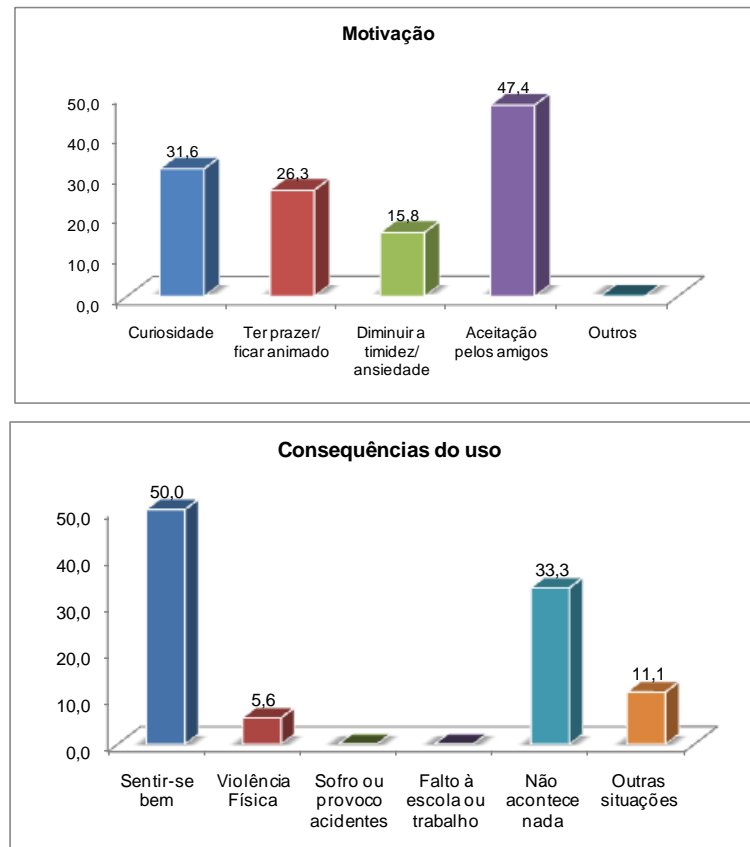


Gráfico 5 - Motivações e conseqüências do consumo de tabaco, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

5.3.3 Associação do consumo de inalantes/solventes com fatores pessoais, familiares e ambientais

Com relação ao consumo de inalantes/solventes, verificou-se que cinco (25%) dos 20 entrevistados relataram ter utilizado, segundo a categoria “uso na vida”, com resultado significativo ($p < 0,05$), entretanto, os resultados das associações com outras variáveis ficaram prejudicados, considerando o reduzido número de relatos (Tabela 9).

Tabela 9 – Associação do consumo de inalantes/solventes segundo variáveis pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Consumo de inalantes/solventes	n	%	P
<i>Uso na vida (n=20)</i>			
Sim	5	25,0	0,002*
Não	15	75,0	-
<i>Uso atual (n=5)</i>			
Sim	1	20,0	0,058
Não	4	80,0	-
<i>Idade de iniciação (n=5)</i>			
7 – 9 anos	-	-	-
10 – 14 anos	2	40,0	0,490
15 – 17 anos	2	40,0	0,490
18 anos ou mais	1	20,0	-
<i>Padrão de consumo (n=5)</i>			
Experimentou 1 vez na vida	2	50,0	-
Ao menos 1 vez no ano	3	50,0	0,527
Ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	-	-	-
6 vezes ou mais nos últimos 30 dias	-	-	-
20 vezes ou mais nos últimos 30 dias	-	-	-
Padrão de uso com danos a saúde física/mental sem preencher critérios	-	-	-
<i>Alguém que mora com você é usuário de inalantes/solventes?</i>			
Sim	-	-	-
Não	5	100,0	-

Segundo os dados dos Gráficos 6 e 7, os locais de consumo mais referidos foram as festas, além de outros ambientes; oferecidos pelos amigos; tendo como principais motivações a curiosidade e aceitação dos mesmos e como conseqüências sentir-se bem e violência física (brigas), além de outras situações, como acidentes sofridos ou provocados.

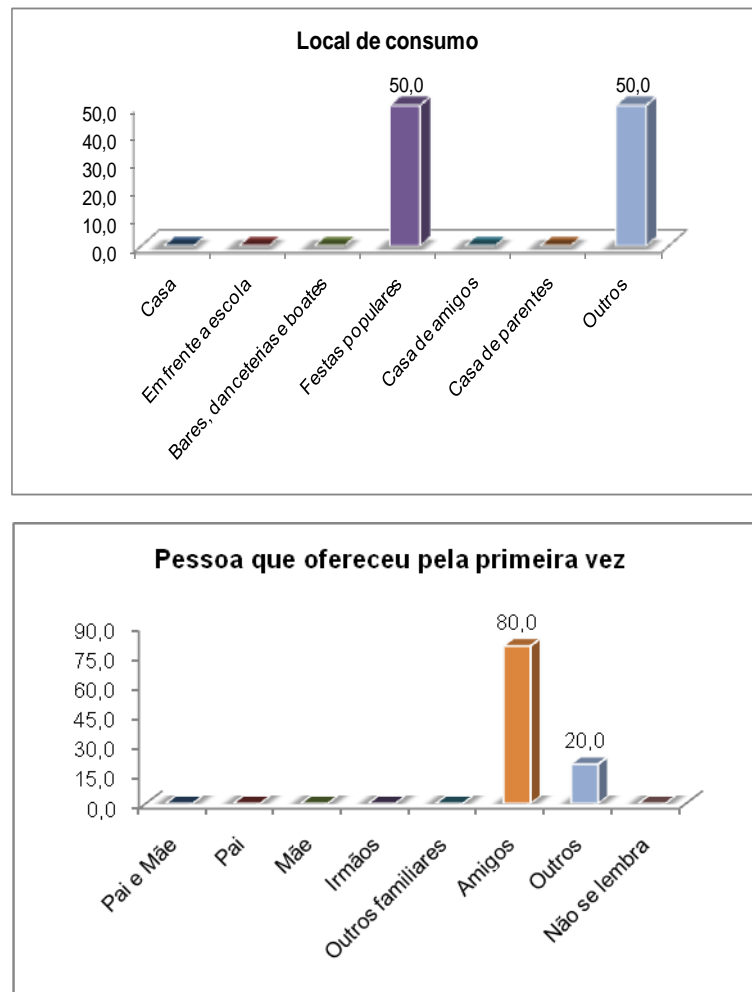


Gráfico 6 - Local de consumo e iniciação, segundo os adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

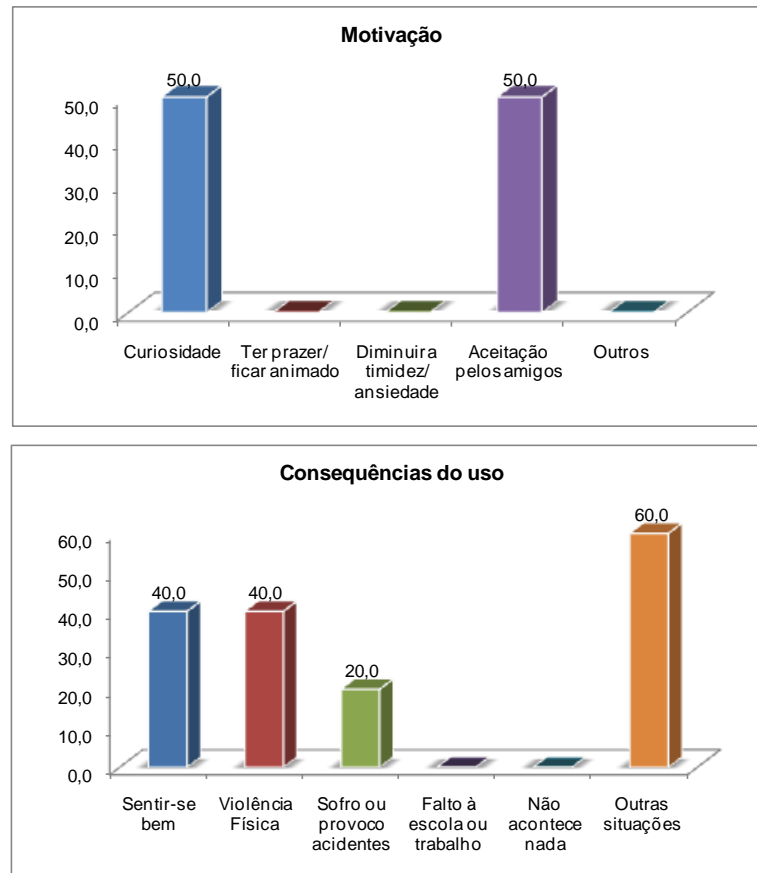


Gráfico 7 - Motivação e conseqüências do consumo de inalantes/solventes segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

5.3.4 Associação do consumo de maconha com fatores pessoais, familiares e ambientais

Na tabela 10 pode ser verificado que, a totalidade dos entrevistados relatou a categoria “uso na vida”, sendo que 8 (42,1%) continuaram utilizando. Foram observadas associações positiva e significativa ($p < 0,05$), entre consumo de maconha e iniciação entre 12 a 14 anos (12 (60%); e o padrão de consumo de 20 vezes ou mais nos últimos 30 dias (8 (50%). A presença do convívio domiciliar com usuário foi negada por 15 (78,9%) dos entrevistados, com resultados significantes ($p < 0,000$).

Tabela 10 – Associação do consumo de maconha segundo variáveis pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Consumo de maconha	N	%	p
<i>Uso na vida (n=20)</i>			
Sim	20	100,0	-
Não	-	-	-
<i>Uso atual (n=19)</i>			
Sim	8	42,1	0,330
Não	11	57,9	-
<i>Idade de iniciação (n=20)</i>			
7 – 9 anos	1	5,0	-
10 – 14 anos	12	60,0	0,000*
15-17 anos	6	30,0	0,037
18 anos ou mais	1	5,0	1,000
<i>Padrão de consumo (n=16)</i>			
Experimentou 1 vez na vida	-	-	-
Ao menos 1 vez no ano	2	12,5	0,544
Ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	4	25,0	0,144
6 vezes ou mais nos últimos 30 dias	1	5,3	-
20 vezes ou mais nos últimos 30 dias	8	50,0	0,006*
Padrão de uso com danos à saúde física/mental sem preencher critérios	1	5,3	1,000
<i>Quantidade utilizada (cigarros) (n=17)</i>			
1	3	17,6	-
2	3	17,6	1,000
3	4	23,5	0,671
4	4	23,5	0,671
5	3	17,6	1,000
Alguém que mora com você é usuário de maconha?			
Sim	4	21,1	0,000*
Não	15	78,9	-

Segundo dados dos Gráficos 8 e 9, os locais de consumo mais referidos foram casa de amigos e outros ambientes; sendo a iniciação mais freqüente com esses mesmos. As principais motivações foram curiosidade, aceitação pelos amigos e obtenção de prazer.

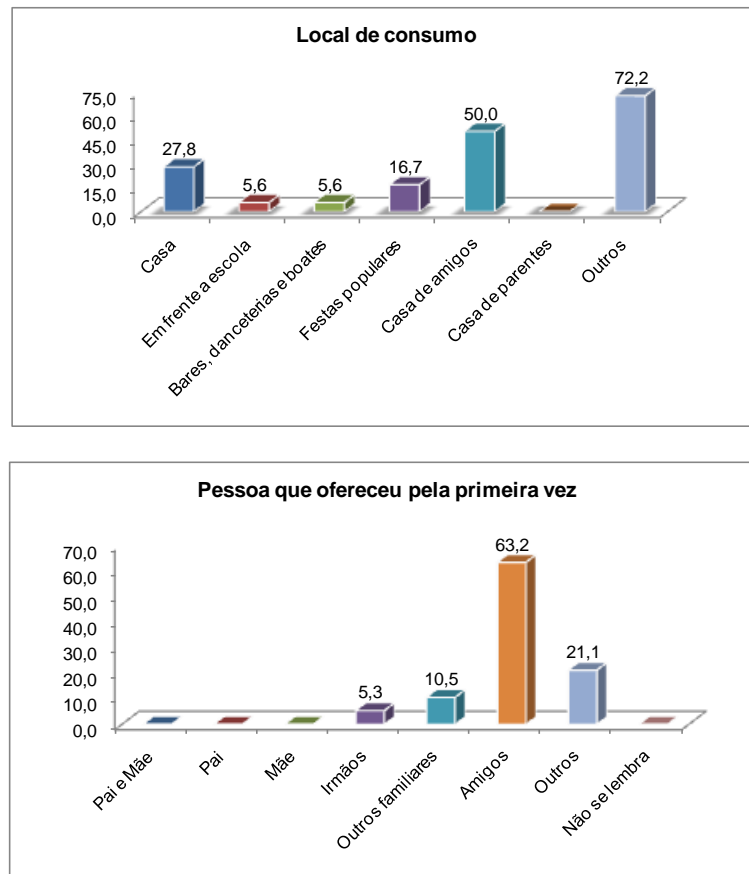


Gráfico 8 – Local de consumo e iniciação, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

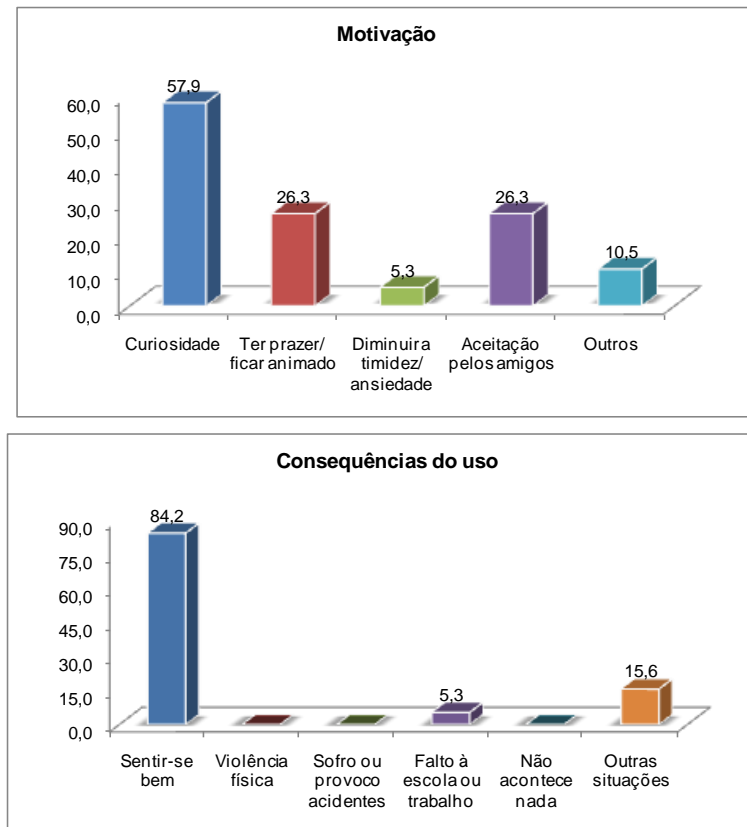


Gráfico 9 – Motivações e conseqüências do consumo de maconha, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

5.3.5 Associação do consumo de cocaína com fatores pessoais, familiares e ambientais

De acordo com achados da Tabela 11, do total de entrevistados, 17 (85%) referiram a categoria “uso na vida”, muito embora apenas 3 (17,6%) tenham continuado. O padrão e consumo de “ao menos uma vez nos últimos 30 dias” (41,7%) e a quantidade < 5 gramas (50%) mostrou associação positiva e significativa com consumo de cocaína. A maioria dos jovens negaram convívio familiar com usuários desta SPA, 14 (93,3%).

Tabela 11 – Associação do consumo de cocaína, segundo variáveis pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Consumo de cocaína	N	%	p
<i>Uso na vida (n=20)</i>			
Sim	17	85,7	0,000*
Não	3	14,3	-
<i>Uso atual (n=17)</i>			
Sim	3	17,6	0,000*
Não	14	82,4	
<i>Idade de iniciação (n=16)</i>			
7 – 9 anos	-	-	-
10 – 14 anos	5	31,3	-
15 – 17 anos	6	37,5	0,710
18 anos ou mais	5	31,3	1,000
<i>Padrão de consumo (n=12)</i>			
Experimentou 1 vez na vida	4	33,3	0,131
Ao menos 1 vez no ano	2	16,7	0,537
Ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	6	41,7	0,025*
6 vezes ou mais nos últimos 30 dias	-	-	-
20 vezes ou mais nos últimos 30 dias	-	-	-
Padrão de uso com danos à saúde física/mental sem preencher critérios	1	8,3	-
<i>Quantidade utilizada (n=14)</i>			
< 5 gramas	7	50,0	0,012*
5 a 10 gramas	5	35,8	0,065
11 a 20 gramas	1	7,1	1,000
> 20 gramas	1	7,1	-
<i>Alguém que mora com você é usuário de cocaína? (n=15)</i>			
Sim	1	6,7	0,000*
Não	14	93,3	-

Segundo os Gráficos 10 e 11, os principais locais referidos para uso desta SPAs foram as festas e a casa de amigos; tendo iniciado com os mesmos; motivados por curiosidade, obtenção de prazer e aceitação do grupo; tendo com principais conseqüências sentir-se bem e a violência física (brigas), muito embora a maioria dos entrevistados tenham negado conseqüência e citado outras situações.

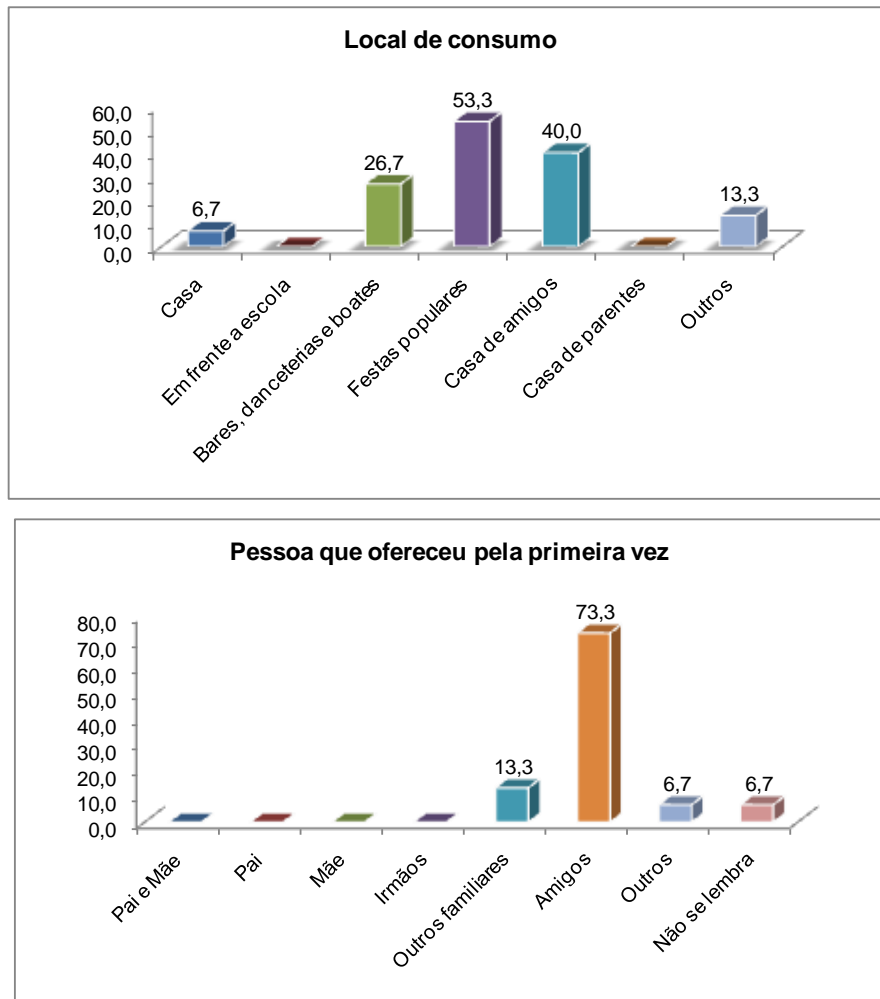


Gráfico 10 Local de consumo e iniciação, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

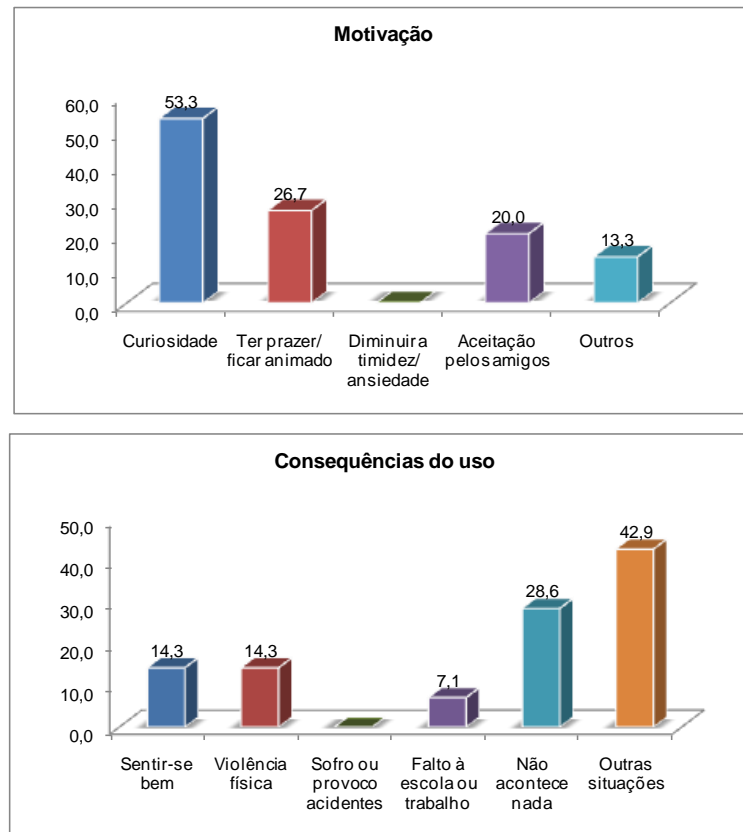


Gráfico 11 - Motivações e conseqüências do consumo de cocaína, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

5.3.6 Associação do consumo de *crack* com fatores pessoais, familiares e ambientais

Conforme a tabela 12, 80,0% dos adolescentes e adultos jovens relataram a categoria “uso na vida” ($p=0,000$), sendo que, 31,3% afirmaram o consumo atual ($p=0,033$), resultados com significância estatística. O consumo de *crack* não mostrou associação significativa com idade de iniciação e padrão de consumo, muito embora 11 (cerca de 67%) dos entrevistados tenham iniciado nas faixas de 10 a 17 anos e com padrão de consumo de ao menos uma vez nos últimos trinta dias (4 (33,3%) e 20 vezes ou mais nos últimos 30 dias (3 (25%). A quantidade de 1 a 5 pedras associou-se de forma positiva e significativa com o consumo desta droga ($p < 0,05$).

A maior parte dos entrevistados, 12 (80%) negaram convívio domiciliar com usuários, resultados estatisticamente significantes.

Tabela 12 – Associação do consumo de crack, segundo variáveis pessoais, familiares e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Consumo de crack	n	%	p
<i>Uso na vida (n=20)</i>			
Sim	16	80,0	0,000*
Não	4	20,0	-
<i>Uso atual (n=16)</i>			
Sim	5	31,3	0,033*
Não	11	68,7	-
<i>Idade de iniciação (n=16)</i>			
7-9 anos	-	-	-
10-14 anos	5	31,3	-
15-17 anos	6	37,5	0,710
18 anos ou mais	5	31,3	1,000
<i>Padrão de consumo (n=12)</i>			
Experimentou uma vez na vida	1	8,3	-
Ao menos uma vez no ano	1	8,3	1,000
Ao menos uma vez nos últimos 30 dias	4	33,3	0,131
6 vezes ou mais nos últimos 30 dias	1	8,3	1,000
20 vezes ou mais nos últimos 30 dias	3	25,0	0,273
Padrão de uso com danos à saúde física/mental sem preencher critérios	2	16,7	0,537
<i>Quantidade utilizada (pedras) (n=15)</i>			
1 - 5	7	46,7	0,046*
6 - 10	2	13,3	-
11 - 20	3	20,0	0,624
Acima de 20	3	20,0	0,624
<i>Alguém que mora com você é usuário de crack? (n=14)</i>			
Sim	2	20,0	0,000*
Não	12	80,0	-

Em acordo com os achados dos Gráficos 12 e 13, os locais de consumo mais destacados foram a casa de amigos e o próprio domicílio, além de outros ambientes; a iniciação foi com amigos e outras pessoas; motivados pela curiosidade, aceitação do grupo e obtenção de prazer. Como conseqüências, os jovens relataram sentir-se bem, nada acontecer, violência física ou outras situações.

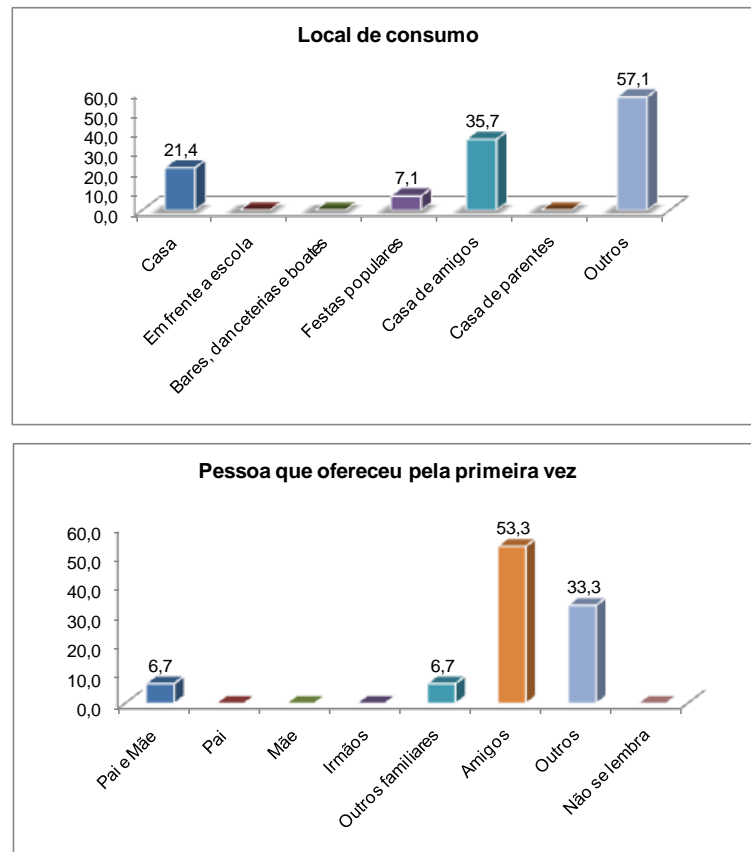


Gráfico 12 - Local de consumo e iniciação, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

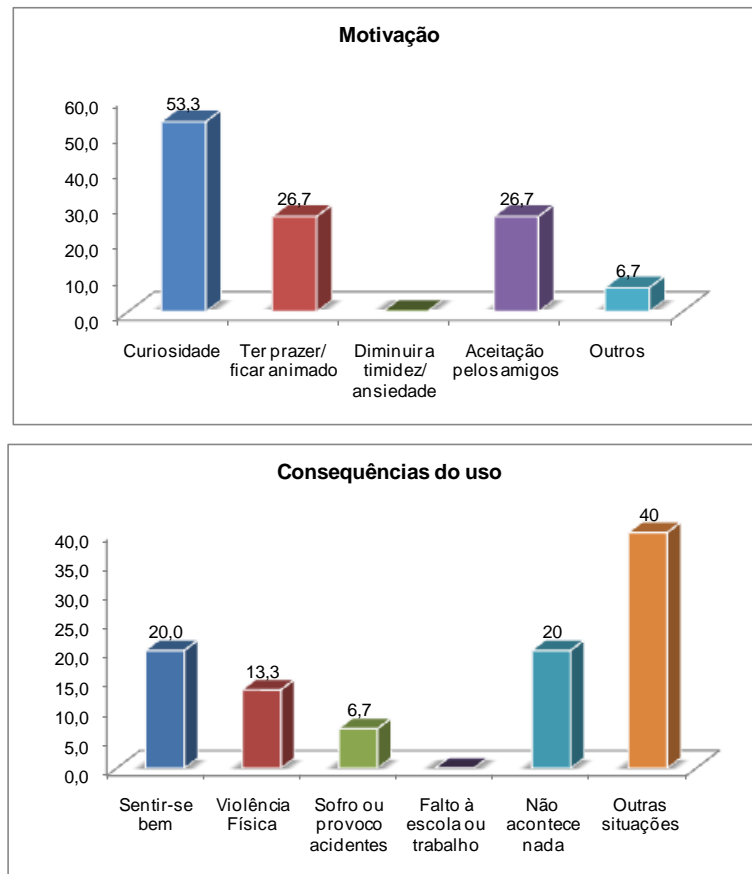


Gráfico 13 - Motivações e conseqüências do consumo de crack, segundo os adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

5.3.7 Associação do consumo de anabolizantes com fatores pessoais, familiares e ambientais

De acordo com dados da tabela 13, pode-se verificar que a maioria absoluta dos entrevistados negaram uso de anabolizante.

Tabela 13 – Associação do consumo de anabolizantes, segundo variáveis familiares, pessoais e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Consumo de anabolizantes	n	%	
<i>Uso na vida (n=19)</i>			
Sim	1	5,3	0,000*
Não	18	94,7	-
<i>Uso atual (n=1)</i>			
Sim	-	-	-
Não	1	100,0	-
<i>Pessoa que aconselhou a usar anabolizante (n=1)</i>			
Médico ou enfermeira	-	-	-
Amigo	-	-	-
Professor da academia	-	-	-
Parente	-	-	-
Outro	1	100,0	-
<i>Idade de iniciação (n=1)</i>			
7-9 anos	-	-	-
10-14 anos	-	-	-
15-17 anos	1	100,0	-
18 anos ou mais	-	-	-
<i>Alguém que mora com você usa anabolizante? (n=1)</i>			
Sim	-	-	-
Não	1	100,0	-

5.3.8 Associação do consumo de outras drogas com fatores pessoais, familiares e ambientais

Segundo resultados da Tabela 14, mais de 84% dos entrevistados negaram uso de outras SPAs, além daquelas citadas anteriormente.

Tabela 14 – Associação do consumo de outras drogas, segundo variáveis familiares, pessoais e ambientais de adolescentes e adultos jovens entrevistados e atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Consumo de outras drogas	n	%	P
<i>Uso na vida (n=19)</i>			
Sim	3	15,8	0,000*
Não	16	84,2	-
<i>Uso atual (n=3)</i>			
Sim	-	-	-
Não	3	100,0	-
<i>Tipo de droga utilizada (n=4)</i>			
Colírio (nariz)	1	25,0	-
Merla	1	25,0	1,000
LSD	1	25,0	1,000
Roupinol	1	25,0	1,000
<i>Idade de iniciação (n=3)</i>			
7-9 anos	-	-	-
10-14 anos	1	33,3	-
15-17 anos	2	66,7	0,414
18 anos ou mais	-	-	-
<i>Padrão de consumo (n=3)</i>			
Experimentou 1 vez na vida	2	66,7	0,414
Ao menos 1 vez no ano	-	-	-
Ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	-	-	-
6 vezes ou mais nos últimos 30 dias	1	33,3	-
20 vezes ou mais nos últimos 30 dias	-	-	-
Padrão de uso com danos à saúde física/mental sem preencher critérios	-	-	-
<i>Alguém que mora com você usa outras drogas? (n=3)</i>			
Sim	-	-	-
Não	3	100,0	-

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 Limites do Estudo

Considerando que os estudos de corte transversal não estabelecem relação de causalidade, muito embora apresentem grande poder descritivo, destaca-se a primeira limitação desse estudo (MEDRONHO, 2006). Assim, não é possível afirmar associação direta entre o consumo de substâncias psicoativas e variáveis familiares, pessoais e ambientais dos jovens atendidos no CAPS AD de Feira de Santana / Bahia.

Destacam-se ainda as limitações relacionadas às Fases I e II dessa pesquisa: na Fase I, a possibilidade de registros incompletos, considerando a utilização de dados secundários; na Fase II, a possibilidade do viés de seleção, tendo em vista que foi estudada uma amostragem de conveniência (MEDRONHO, 2006).

Em ambas as Fases, os indivíduos do estudo representam os casos que procuraram tratamento, de forma encaminhada pelas Instâncias, famílias, amigos, ou busca espontânea, não sendo possível a generalização das conclusões para a totalidade de adolescentes e adultos jovens que fazem uso de drogas no município, ressaltando que, mesmo os casos com padrão de consumo pesado das SPAs podem não buscar tratamento (PASSOS; CAMACHO, 1998).

É importante ressaltar algumas dificuldades encontradas para a realização da Fase II desta pesquisa. Verificaram-se dificuldades de localização ou não identificação de residência, assim como negação dos jovens atendidos no CAPS AD para a participação na entrevista.

Compreende-se que a grande maioria dos usuários de SPAs não procura um serviço para tratamento; assim, os baixos números verificados em serviço especializado, como o CAPS AD, pode estar relacionado ao desconhecimento da população, pela pouca divulgação dos serviços e atividades oferecidos pelo CAPS AD; além das dificuldades relacionadas ao preconceito social, diante do problema (PASSOS; CAMACHO, 1998).

6.2 Características Sociodemográficas e Encaminhamentos para o CAPS AD

Conforme os resultados desta pesquisa, a maioria os jovens atendidos no CAPS AD “Gutenberg de Almeida” encontrava-se nas faixas de 15 a 24 anos, sendo que o sexo masculino totalizava 80% destes e 60% daqueles de 12 a 14 anos. Esses resultados corroboram os achados de outros estudos que revelam altos índices de consumo das SPAs nestas faixas etárias, com predominância no sexo masculino.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2004), o consumo de SPAs, principalmente das substâncias ilícitas, constitui um comportamento, predominantemente, masculino. Nos quatro levantamentos nacionais realizados pelo CEBRID (1987, 1989, 1993 e 1997) foram verificadas taxas crescentes de uso de drogas ilícitas com a idade e maior consumo no sexo masculino (TAVARES et al, 2001).

Segundo estudo realizado por Carlini e outros (2004), em todas as capitais brasileiras, foram encontrados adolescentes usuários de SPAs nas faixas etárias dos 12 aos 17 anos, corroborando os achados da OMS e outros estudos que apontam consumo freqüente nas faixas etárias mais jovens. (CARLINI et al, 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004; SILVA et al, 2003, ALVES, 2004; ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002; PASSOS; CAMACHO, 1998)

A baixa escolaridade verificada, principalmente, nas faixas etárias de adultos jovens (20 -24 anos), pode-se ser causa ou conseqüência do consumo de SPAs. A baixo nível de escolarização e a dificuldade de engajamento na escola têm sido apontadas como potenciais fatores de vulnerabilidade entre jovens, considerando que contribui de forma incisiva para perpetuação do ciclo de dificuldades, como inserção e permanência no trabalho, problemas na família e nas relações pessoais, condutas anti-sociais, envolvimento com o tráfico e consumo de drogas. A relação entre consumo de SPAs e prejuízo escolar (atraso e abandono) tem sido abordada em vários estudos, sendo uma das importantes conseqüências do uso de drogas (PINSKY; BESSA, 2004; WERNER; JOFFE; GRAHAM, 1999; RIGONI; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006; SCHENKER; MINAYO, 2005; ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002; MARTINS; PILLON, 2008, PASSOS; CAMACHO, 1998); muito embora nesta pesquisa não foi possível avaliar a direção de causalidade

Estudo realizado com escolares do 2º grau, no ano de 1998, em Pelotas – RS, revelou que alunos faltosos e reprovações consecutivas apresentaram risco cerca de duas vezes maior de serem usuários de drogas, inferindo que, o uso de SPAs poderia interferir tanto no baixo desempenho, como as dificuldades escolares poderiam tornar-se fatores de risco para o consumo entre os adolescentes (TAVARES et al, 2001). Diversos estudos citados por Galduroz, Noto e Carlini, na discussão do IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 10 capitais brasileiras, evidenciam a possível relação entre o uso de SPAs e o baixo rendimento escolar (BRASIL, 2004a).

Na presente pesquisa foi observado que os indivíduos mais jovens (12-14 anos) procuraram o CAPS AD para tratamento, através de encaminhamentos judiciais, os de 15 a 19 por solicitação de familiares e amigos, enquanto que os de 20 a 24 anos por decisão própria. Estes resultados estão de acordo com literatura que aborda o desenvolvimento psicossocial nas distintas fases da adolescência e juventude. No período inicial, 10 a 14 anos, o indivíduo ainda não completou o processo de desenvolvimento do pensamento abstrato – formal - adulto, tendo, portanto, baixa capacidade de percepção dos reais riscos e vulnerabilidades, como o consumo das SPAs e da necessidade de buscar apoio ou tratamento especializado. A literatura aponta que é a partir dos 17 anos que adolescentes e adultos jovens possuem maior consciência dos riscos e necessidades de proteção; nas fases iniciais da adolescência buscam a independência, havendo uma identificação plena com o grupo de iguais, buscando-se um lugar na sociedade – o que poderia justificar a forte influência dos amigos nesta fase e a iniciação do uso de SPAs, para sentir-se parte deste grupo (COSTA, SOUZA, 2005).

Os resultados do presente estudo corroboram pesquisas que apontam que a família é a principal responsável pelo encaminhamento dos jovens para tratamento e busca de apoio, principalmente, nas faixas etárias mais jovens (MATTOS, 2004; CIRINO; MEDEIROS, 2006).

Ainda em relação ao encaminhamento dos jovens para o CAPS AD, salienta-se que o consumo de SPAs ilícitas, como a maconha, *crack* e cocaína, presente nos discursos, durante as entrevistas, é uma prática proibida no Brasil e sua utilização pode ser interpretada pela justiça do país como violação judicial. Considerando que o comportamento violento foi apontado como uma das importantes conseqüências do consumo de SPAs possivelmente, contribuiu para os encaminhamentos dos

jovens para o CAPS AD, pelo Setor Judicial e Instâncias, como uma das ações no cumprimento das medidas sócio-educativas.

No que diz respeito às queixas e demandas para tratamento, os resultados desta pesquisa confirmam achados de literatura que mostram sintomas psíquicos como os mais freqüentes (alucinações, problemas de relacionamentos interpessoais, insônia, medos dentre outros). Tavares e outros (2001) afirmam que o reconhecimento dos usuários em estágios iniciais torna-se difícil, considerando que a imagem social destes está ligada a pessoas incapazes de funcionar adequadamente refletindo o estágio final do problema.

Estudo realizado em Centro de Tratamento para Dependência Química – NEPAD (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas), no Rio de Janeiro, para avaliar a clientela atendida pelo Centro, revelou predominância de psicoterapia, como a principal forma de tratamento proposta. A maioria não tendo recebido tratamento médico, fato que pode estar relacionado a baixa proporção de diagnósticos neuropsiquiátricos, quadros de ideação suicida, e presença de alterações da senso-percepção (alucinações auditivas) (PASSOS; CAMACHO, 1998).

A demanda para tratamento dos jovens no CAPS AD voltada, principalmente, para a abstinência, ou desejo de deixar a droga, sugere a falta de conhecimento sobre a política de Redução de Danos, bem como a dificuldade do usuário em informar ao serviço de saúde o seu desejo de continuar a usar a droga.

“A Política Nacional de Redução de Danos” é uma estratégia de saúde que abre novas possibilidades para os usuários de drogas, reconhecendo o usuário em suas singularidades e diferentes possibilidades e escolhas, estimulando a utilização de estratégias em defesa da vida e multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema do uso de álcool e outras drogas.

A Redução de Danos implica no estabelecimento de um vínculo do usuário com os profissionais, os quais contribuirão para o favorecimento do grau de autonomia dos usuários, aumentando seu grau de liberdade e co-responsabilidade, frente ao uso de SPAs (BRASIL, 2004a).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil tem mais de 51 milhões de jovens na faixa etária dos 10 aos 24 anos de idade, assim, enfrentar o desafio para uma juventude saudável requer a elaboração de políticas capazes de prover atenção em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2004a).

Os resultados relacionados à demanda para tratamento “necessidade de abstinência” pode estar associado a realidade do município de Feira de Santana, ou seja a falta de serviços destinados ao tratamento de usuários de SPAs e o não conhecimento das ações e estratégias recomendadas pela “Política de Redução de Danos”; pressupondo assim a abstinência, a forma mais tradicional de tratamento. De acordo com Silva e outros (2003), a motivação para o tratamento é uma iniciativa mais presente nos adultos, visto que adolescentes e adultos jovens têm menor percepção das conseqüências negativas do uso de SPAs.

Nesta pesquisa os resultados voltados ao padrão de consumo na vida e atual, para álcool, tabaco e maconha, corroboram estudo de Silva et. al. (2003), realizado no Rio de Janeiro, em um hospital universitário, com adolescentes da faixa etária de 12 a 18 anos usuários de SPAs; onde foi observado altos índices de consumo de álcool e maconha (82%).

Outros estudos mostram que o álcool é a droga mais amplamente utilizada entre adolescentes escolares, com idade precoce de iniciação, sendo que o envolvimento com drogas ilícitas ocorre, principalmente, nas fases da adolescência e juventude (TAVARES et al; 2001; SILVA et al; 2006).

No presente estudo, foram verificados altos índices do consumo de maconha em todas as faixas etárias estudadas, principalmente entre os mais jovens, cerca de 70% para a categoria “uso na vida” e cerca de 40% “uso atual”. Os dados relacionados ao consumo de álcool, tabaco e maconha verificados entre os jovens atendidos no CAPS AD, apontaram que essas foram as SPAs de experimentação, assim como a maconha foi a droga de consumo, no momento do primeiro atendimento nesta Unidade. Estes achados confirmam pesquisas realizadas em outras localidades com adolescentes usuários, ressaltando que, geralmente, o envolvimento com a justiça precede a abordagem pelo Sistema de Saúde (SILVA et al, 2003; SANCHEZ; NAPPO, 2002; SCHENKER; MINAYO, 2005).

Em estudo realizado com adolescentes atendidos em um Centro de Tratamento para dependência química no estado do Rio de Janeiro, verificou-se que o envolvimento com a justiça penal estava presente em 40% da população estudada, principalmente ao se tratar do uso das substâncias ilícitas (SILVA et al, 2003).

6.3 Padrão de Consumo e Influência de Fatores Familiares, Pessoais e Ambientais para o Consumo de SPAs entre Adolescentes e Adultos Jovens Atendidos no CAPS AD

De acordo com o padrão de consumo verificado nesta pesquisa, a maioria absoluta dos jovens relatou já ter utilizado álcool, tabaco e maconha, e cerca de 80% cocaína e *crack*, sendo 10 a 14 anos, a idade de iniciação das três primeiras SPAs e 15 a 19 anos para as duas últimas. Os índices de consumo atual permaneceram altos, 35%; 47%; 42%;17% e 31% para álcool, tabaco, maconha, cocaína e *crack*, respectivamente.

Os achados desta pesquisa reafirmam resultados de pesquisas com escolares. Silva e outros (2006) estudando consumo entre estudantes universitários, verificaram índices 84,7% para álcool, 22,8% para tabaco e 19,7% para maconha. Sanceverino e Abreu (2004), analisando estudantes universitários no Sul do Brasil observaram altas taxas de consumo: 91,9%- para álcool e 42,5% para tabaco De acordo com o I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, a maconha esta em primeiro lugar dentre as drogas ilícitas utilizadas (CARLINI et al, 2002).

Outros estudos ainda reafirmam álcool, tabaco e maconha como as substâncias mais consumidas entre adolescentes, destacando o álcool como a droga mais amplamente utilizada entre escolares no Brasil (TAVARES et al, 2001; CARLINI et al, 2002; ALVES, 2004; MATOS, 2008).

Segundo dado do CEBRID, apresentados através dos levantamentos sobre uso de drogas psicotrópicas em capitais brasileiras, observou-se um aumento significativo do uso de SPAs, no período compreendido entre 1987-1997, estando a maconha, cocaína e anfetaminas entre as SPAs ilícitas com maior aumento do consumo. Para o padrão de consumo “uso na vida” de SPAs ilícitas, o Brasil mostra-se à frente de outros países da América do Sul, com uma prevalência de 22,6% e a maconha aparece como a SPAs com maior uso para os padrões “uso na vida” e “uso freqüente” (CARLINI et al, 2004).

No que diz respeito à influência de fatores familiares sobre o uso de SPAs por jovens, estudos apontam que a desestruturação familiar e o consumo dessas substâncias pela família pode reforçar a experimentação e a utilização entre os

filhos, muito embora possa ser verificado o uso de SPAs entre adolescentes e jovens que recebem suporte familiar adequado (RIGONI; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006; ALAVARSE; CARVALHO, 2006; MATTOS, 2004). Estudo realizado com adolescentes em tratamento para uso de SPAs, no Rio de Janeiro, revela que o consumo pelas famílias é um dos mais importantes fatores associados ao abuso destas substâncias pelos adolescentes (SILVA et al, 2003).

De acordo com Pratta e Santos (2006), a influência familiar durante a infância e a adolescência é significativa para o engajamento de jovens na delinqüência, para o comportamento criminoso do adulto, bem como o abuso de drogas na adolescência e fase adulta. Estudos mostram que as características dos pais e os estilos de educação familiar podem influenciar no consumo precoce de drogas. Pais que estabelecem comunicação, que demonstram afeto e envolvimento com seus filhos têm menos probabilidades de ter filhos usuários de SPAs (SPRINTHALL; COLLINS, 2003).

Na presente pesquisa foi verificada associação positiva e significativa entre uso de álcool e tabaco pelos familiares e consumo dessas SPAs pelos jovens entrevistados, não sendo observada esta mesma associação para a maconha e outras drogas consumidas pelos familiares. Foram verificados altos índices de consumo de SPAs por familiares, apenas para álcool e tabaco.

Esses achados sugerem a importância de considerar fatores ambientais, na determinação da maior ou menor vulnerabilidade de jovens para o consumo de SPAs, bem como enfatiza a influência parental, na adoção de padrões de comportamento dos filhos, como a utilização de álcool e tabaco, conforme observado nesta pesquisa.

De modo geral, segundo os jovens entrevistados, as principais motivações para consumo das SPAs foram a curiosidade e ser aceito pelo grupo. Esses resultados concordam com estudos que apontam características semelhantes, quanto à motivação de consumo e que referem a curiosidade como qualidade natural do jovem e que para se sentirem iguais ou pertencentes ao grupo, buscam compartilhar novas experiências (ALAVARSE; CARVALHO, 2006).

De acordo com a literatura, a curiosidade e aceitação pelo grupo fazem parte integrante das características psicossociais e comportamentais do indivíduo nesta fase do desenvolvimento. Na adolescência, o processo de maturação instiga a tentativa de novos conhecimentos e limites, em busca da auto-afirmação,

individuação e separação da família. Neste processo, a caminho da maturidade, destaca-se a presença do grupo de amigos, que desempenha o papel de “personalidade transitória”. Quando se considera os fatores de vulnerabilidade e de proteção a agravos, na adolescência e juventude, estas duas características de comportamento do jovem (curiosidade e ser aceito pelo grupo) devem ser avaliadas como importantes determinantes.

Como afirma Prata e Santos (2006), a droga muitas vezes é utilizada pelos jovens como forma de preencher e aliviar conflitos, fuga dos problemas e alívio dos seus sofrimentos. Assim, sem apoio familiar, com fortes vínculos e qualidade na relação, a influência do grupo de usuários poderá ser fator de risco para o uso de SPAs.

Klosinski (2006), afirma que a aceitação pelo grupo de amigos contribui para um positivo sentimento de autovalor e pode ser visto como uma possibilidade de crescer e livrar-se da dependência dos pais, ao tempo em que, sugere ser o grupo de pares, o fator de maior importância para a experimentação das drogas.

Em relação aos fatores ambientais, estudos apontam a importância de considerar a presença de amigos, para o consumo de SPAs. O sentimento de pertencer ao grupo e a oferta da droga por estes, tem sido apontado com fator de grande influência e vulnerabilidade. Na presente pesquisa, os relatos referentes à iniciação das SPAs mostram a presença marcante dos amigos, os quais estão presentes na maioria dos locais indicados como de referência para utilização, bares, danceterias, festas, domicílio, entre outras. Segundo pesquisas, a iniciação tem sido apontada, como consequência da busca de legitimidade pelo grupo (MATTOS, 2004; BAUS; KUPEK; PIRES, 2002; PINSKY; BESSA, 2004).

De acordo com estudos sobre o tema, entre os principais motivos do consumo de SPAs pelos jovens, aponta-se a estão curiosidade (“estar por dentro”, “saber como é”) e a necessidade de reconhecimento ou crescente pressão do grupo (“porque os amigos também usam”). No entanto, a literatura demonstra que a droga, seja qual for o seu efeito, tem para os seus usuários a finalidade de entorpecer e anestesiar dificuldades (FREITAS, 2002).

Nesta pesquisa destacou-se o pouco reconhecimento sobre as consequências negativas decorrentes do uso de SPAs. Os achados relacionados às consequências do uso de alguma das SPAs estão em acordo com dados relacionados aos encaminhamentos para o CAPS AD, bem como à idade de

iniciação e o consumo atual de alguma das drogas. De acordo com os entrevistados, as principais conseqüências foram “sentir-se bem”, violência física (brigas), além da ausência de conseqüências. Da mesma forma, as faixas etárias mais precoces (10 a 14 e 15 a 19) foram encaminhadas por Instâncias ou mesmo pelas famílias e amigos, a iniciação foi precoce e o uso atual das SPAS mostrou altos índices de consumo. Estes achados sugerem que esses jovens não têm noção concreta dos agravos decorrentes do uso de drogas, seja pela imaturidade psicossocial, como pelo desconhecimento dos efeitos nefastos dessas.

Estes dados subsidiam a necessidade de implementação de ações educativas e de intervenção, voltadas à temática, divulgadas e nível dos sistemas de saúde, educação e garantias de direitos. É válido salientar a necessidade de práticas e intervenções que atendam a demanda local e não o estabelecimento de modelos padronizados que não levam em consideração as singularidades dos sujeitos que demandam por assistência, principalmente, tratando-se da população de adolescentes e jovens, com suas peculiaridades, considerando a etapa de desenvolvimento psicossocial em que se encontram.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

1. A maioria absoluta dos jovens do estudo encontrava-se nas faixas de 15 a 19 e 20 a 24 anos e era do sexo masculino, com baixa escolaridade; coabitava com mãe ou pai e mais de 50% negou prática religiosa.

2. Os encaminhamentos para o CAPS AD divergiram quanto à faixa etária: 12-14 anos, através de instituições judiciais; 15-19 anos, por solicitação de parentes ou amigos e 20-24 anos, pela própria decisão ou solicitação de parentes ou amigos; os sintomas psíquicos foram os mais freqüentes; a dependência foi semelhante entre os grupos (em torno de 5%); a abstinência foi recomendada em cerca de 80% dos casos.

3. As SPAS mais consumidas por ordem de freqüência foram álcool, tabaco, maconha, cocaína, *crack* e inalantes, sendo que, para as três primeiras, a categoria “consumo na vida” foi relatada pela maioria absoluta dos jovens atendidos no CAPS AD. As SPAs pesadas (cocaína e *crack*) mostraram também altas proporções desta mesma categoria de uso.

4. O “consumo atual” revelado pelos jovens entrevistados também mostrou altas proporções: 35% para álcool, 47,4% para tabaco; 42,1% para maconha; 25% para inalantes; 31,35 para *crack*; 17,6% para cocaína. Ressalta-se que a faixa etária de 12 a 14 anos mostra proporções semelhantes aos outros grupos, principalmente quanto ao uso de álcool, tabaco e cocaína.

5. O consumo de álcool mostrou associação significativa com iniciação na faixa de 10 a 14 anos e o padrão de consumo de “ao menos uma vez nos últimos 30 dias”; 55% relataram convívio familiar com usuário de bebidas alcoólicas.

6. O padrão de consumo de tabaco apresentou associação significativa com as categorias de uso 20 vezes ou mais nos últimos 30 dias; e a quantidade de

20 cigarros ou menos. 52,6% dos entrevistados relataram fumantes no domicílio.

7. Foram observadas associações positiva e significativa ($p < 0,05$), entre consumo de maconha e iniciação entre 12 a 14 anos; e o padrão de consumo de 20 vezes ou mais nos últimos 30 dias. A maioria dos entrevistados negou a presença do convívio domiciliar com usuário desta SPA.

8. O padrão e consumo de “ao menos uma vez nos últimos 30 dias” e a quantidade < 5 gramas mostrou associação positiva e significativa com consumo de cocaína. A maior parte dos jovens negou convívio familiar com usuários desta SPA.

9. O consumo de *crack* não mostrou associação significativa com idade de iniciação e padrão de consumo, muito embora mais de 65% dos entrevistados tenham iniciado nas faixas de 10 a 17 anos e com padrão de consumo de ao menos uma vez nos últimos trinta dias (mais de 30%) e de 20 vezes ou mais nos últimos 30 dias (25%). A quantidade de 1 a 5 pedras associou-se de forma positiva e significativa com o consumo desta droga ($p < 0,05$). A maior parte dos entrevistados negou convívio domiciliar com usuários, resultados estatisticamente significantes.

10. As análises das associações do uso de inalantes/solventes, anabolizantes e outras drogas com variáveis pessoais, ambientais e familiares ficaram prejudicadas, considerando o reduzido número de relatos.

11. A maior parte dos jovens entrevistados relatou os amigos como referência para a iniciação com bebidas e outras SPAs; as motivações mais citadas foram curiosidade, aceitação pelo grupo e obtenção de prazer; o consumo principal foi em bares, danceterias e boates, para o álcool; o domicílio, para tabaco; outros ambientes, para maconha, inalantes/solventes, *crack* e outras drogas e as festas populares, para cocaína. As conseqüências mais citadas foram “sentir-se bem”, violência física, entre outras situações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos como este, embora apresente limitações analíticas e dificuldades de aproximação do tema, consumo de substâncias psicoativas e perfil de adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, pelos atos de consumir drogas ilícitas e preconceitos na sociedade, contribuem de uma forma singular para as estratégias de prevenção e redução de danos dentro das estratégias da política de saúde mental no município de Feira de Santana.

A realidade no município de Feira de Santana apresenta serviços destinados aos cuidados às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas organizados a partir do desejo e empenho dos profissionais sem uma maior estruturação e planejamento; o que muitas vezes influencia diretamente na resolutividade dos mesmos para atender públicos específicos como adolescentes e adultos jovens.

Os dados desta pesquisa revelam números preocupantes e que corroboram estudos até então realizados no país sobre o uso de SPAs entre adolescentes e adultos jovens. Dessa forma, este estudo procurou encontrar informações que contribuam para a elaboração de políticas públicas destinadas a população estudada e abordagens terapêuticas específicas adequadas as realidades locais, assim como instigar o desenvolvimento de estudos futuros com usuários em tratamento e que possam minimizar as lacunas evidentes em nosso estudo relativas ao consumo de SPAs pelos jovens.

Essa percepção nos leva a considerar a necessidade de novas estratégias e abordagens para a população estudada, visto que os dados desta pesquisa revelam informações preocupantes e idades cada vez mais precoces do uso de SPAs.

É necessário que políticas públicas sejam implementadas no sentido de atuar na promoção a saúde e prevenção dos riscos e danos decorrentes do uso de SPAs e que envolvam as famílias de forma efetiva, para que estas assumam seu papel como responsável pela saúde de seus membros.

Vale ainda ressaltar, a necessidade de aperfeiçoamento dos prontuários utilizados no serviço para que possam contribuir com futuras pesquisas que venham a ser realizadas sobre o tema.

Apesar das limitações, este estudo representa importante contribuição para o conhecimento do perfil sociodemográfico e de consumo de SPAs de adolescentes e adultos jovens e para que assim possam ser efetivadas estratégias específicas e destinadas a intervenção de usuários de SPAs no município de Feira de Santana, assim como despertando profissionais que atuam em serviços como o CAPS AD de outras localidades, para que busquem realizar estudos com a população local a fim de fortalecer e oferecer suporte e atenção adequados a esta clientela e reduzir as conseqüências provocadas pelo consumo das drogas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, H. W. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. **Rev. Brasileira de Educação**. São Paulo: ANPED, n. 5-6, p.25-36, 1997.
- ALAVARSE, G. M. A.; CARVALHO, M. D. B. Alcohol y adolescencia: el perfil de los consumidores de un distrito municipal del norte de Paraná. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.10, n.3, p.408-416, 2006.
- ALVES, R.; KOSSOBUDZKY, L. A. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. **Interação em Psicologia**, v.6, n.1, 65-79, 2002.
- ALVES, M. V. Q. M. **Consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas entre adolescentes de Feira de Santana, Bahia**. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, 2004.
- ANDRADE, T. M. Uso de drogas entre adolescentes jovens: perspectivas de prevenção no contexto das relações familiares e da educação à luz dos princípios e práticas de redução de danos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1118-1120, 2007.
- BAENINGER, R. Demografia da população jovem. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F.; BRANCO, V. C. (Orgs.). **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999, p. 19-29.
- BARATA, R. C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.5, p.531-537, 1997.
- BASTOS, F. I.; CARLINI-COTRIM, B. O consumo de substâncias psicoativas entre os jovens brasileiros: dados, danos e algumas propostas. In: **JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, v. 2, p.645-669, 1998.
- BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.1, p.40-46, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.
- _____. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Departamento da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). **Estatuto da criança e do adolescente (ECA)**. Brasília: CONANDA, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 c.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas (SUPERA): encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 3 – Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

CARLINI et al. **II Levantamento nacional sobre uso de psicotrópicos em estudantes de 1º e 2º graus**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 1989.

_____. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 1997.

_____. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

_____. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2004.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. **Por um novo paradigma do fazer políticas: políticas de/para/com juventudes**. Brasília: UNESCO, 2003.

CHAVES JUNIOR, E. O. Políticas de juventude: revolução histórica e definição. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. (Orgs.) **Cadernos da juventude**,

saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999, p. 41-48.

CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Orgs.) **Álcool e outras drogas:** escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

COSTA, M.C.O.; SOUZA, R.P. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

FERREIRA, V. R. T. Relato de uma experiência com adolescentes sobre o uso de drogas. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.5, n.2, p.47-54, 2003.

FREITAS, L. A. P. **Adolescência, família e drogas:** a função paterna e a questão dos limites. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

GALDUROZ, J. C. F. Epidemiologia do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas. In: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas (SUPERA):** encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 1 – O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006, p. 13-23.

GUNTHER, I. A. Adolescência e projeto de vida. In: SCHOR N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. (Orgs.) **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999, p. 86-92.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem populacional:** informações estatísticas de Feira de Santana. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 24 jan. 2008.

KESSLER, F. et al. Psychodynamic of the adolescent involved with drugs. **Rev. Psiquiatr.** v. 25, Supl. 1, p. 33-41, 2003.

KLOSINSKI, G. **Adolescência hoje:** situações, conflitos e desafios. Petrópolis: Vozes, 2006.

MACHADO, F. Q. Por uma história da juventude brasileira. **Revista da UFG**, v.6, n.1, 2004. (online). Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/juventude.html>. Acesso em: 25 ago. 2007.

MARCONDES FILHO, W. et al. Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. **Adolesc. Latinoam.**, v.3, n.2, p.0-0, 2002.

MARQUES, L. F.; DONEDA, D.; SERAFIN, D. O uso indevido de drogas e a AIDS. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. (Orgs.). **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999, p. 173-183.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, 2008.

MATOS, A. M. **Fatores associados ao consumo freqüente/pesado de bebidas alcoólicas por adolescentes, Feira de Santana, Ba.** (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. 2008. 110p.

MATTOS, H. F. **Dependência química na adolescência: tratar a dependência de substâncias no Brasil**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

MAZUCA, K. P. P.; SARDINHA, L. S. Dependência do álcool: a importância da família no tratamento e na prevenção da recaída. **Bol. Iniciação Científica em Psicologia**, v.1, n.1, p. 23-31, 2000.

MEDINA, M. G.; SANTOS, D. N.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas**. Salvador: Ministério da Saúde, 2002, p. 19-36.

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

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **World Drug Report 2007**. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª Revisão (CID-10)**. São Paulo: EDUSP, 1995.

_____. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**. Genebra: OMS, 2004.

PASSOS, S. R. L.; CAMACHO, L. A. B. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.1, p.64-71, 1998.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. Jovens, Drogas, Risco e Vulnerabilidade: aproximações teóricas. **Serv. Soc. Rev.**, v.3, n. 1, p. 39-60, 2000.

PINSKY, I; BESSA, M. A. (Orgs). **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2004.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estud. psicol. (Natal)**, v.11, n.3, p.315-322, 2006.

_____.; _____. Lazer e uso de substâncias psicoativas na adolescência: possíveis relações. **Psic. Teor. Pesq.**, v.23, n.1, p.43-52, 2007.

RIBEIRO, T. W.; PERGHER, N. K.; TOROSSIAN, S. D. Drogas e adolescência: uma análise da ideologia presente na mídia escrita destinada ao grande público. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.11, n.3, esp., p.421-430, 1998.

RIBEIRO, C.R.O. Ética e pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental, Álcool Drog.**, v.1, n.1, artigo 5, p. 0-0, 2005. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>>. Acesso em: 25 ago. 2007.

RIGONI, M. S.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Conseqüências neuropsicológicas do uso da maconha em adolescentes e adultos jovens. **Ciências & Cognição**, ano 3, v.8, p.118-126, 2006.

SALAZAR, J. S. Alcoolismo: um conceito estigmatizante. **Psicol. Argum.**, v.2, n.2, p.41-66, 1983.

SANCEVERINO, S. L.; ABREU, J. L. C. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.1047-1056, 2004.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p. 420-430, 2002.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n. 3, p.707-717, 2005.

SILBER, T.; SOUZA, R. P. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. **Adolesc. Latinoam.**, v.1, n.3, p.148-162, 1998.

SILVA, L. V. E. R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.2, p.280-288, 2006.

SILVA, V. A. et al. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment . **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.25, n.3, p.133-138, 2003.

SILVEIRA FILHO, D. X. **Drogas:** uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SOUZA, E. J. S. O. S. **Escola para furacões:** a proposição do criatismo e a elaboração de um educar para a adolescência. (Tese de Doutorado em Educação). Universidade Federal da Bahia, 2008. 273 p.

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, W. A. **Psicologia do adolescente:** uma abordagem desenvolvimentista. 3. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.2, p.150-158, 2001.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Adolescence, health and social context: clarifying practices. **Psicol. Soc.**, v.14, n.2, p.133-147, 2002.

WERNER, M. J.; JOFFE, A.; GRAHAM, A. V. Screening, early identification, and office-based intervention with children and youth living in substance-abusing families. **Pediatrics**, v.103, n.5, Supp., p. 1099-1112, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA
Universidade Estadual de Feira de Santana / UEFS
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência / NNEPA

Nº _____

Este formulário se refere a uma pesquisa sobre Fatores Associados ao Uso de Substâncias Psicoativas Ilícitas de Adolescentes e Adultos jovens Atendidos no CAPS ad de Feira de Santana – Bahia.

O formulário é sigiloso, não sendo necessário colocar seu nome.

É importante que você seja sincero ao responder e caso não queira participar, deixe em branco.

PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade? _____ anos	2. Qual o seu sexo? 1.() Masculino	2.() Feminino
3. Escolaridade		
1() Nunca foi à escola	6() Ginásio completo (8ª série comp.)	
2() Alfabetizado	7() Segundo grau incompleto	
3() Primário incompleto (1ª a 4ª série inc.)	8() Segundo grau completo	
4() Primário completo (4ª série comp.)	9() Superior incompleto	
5() Ginásio incompleto (5ª a 8ª série inc.)	10() Superior completo	
4. Estuda atualmente?		
1() Sim	2() Não	
5. Turno em que estuda?		
1() Manhã 1() Tarde 1() Noturno		
6. Estado civil:		
1() Solteiro 2() Casado/União livre 3() Separado/Divorciado 4() Viúvo		
7. Religião:		
1() Nenhuma 2() Católica 3() Evangélica 4() Espírita		
5() Candomblé 6() Testemunha de Jeová) 7() Outra _____		
8. Qual o bairro que você mora?		

9. Zona: () Urbana () Rural		

PARTE II – ANTECEDENTES FAMILIARES

10. Quem te criou?				
1.() pai + mãe	2.() mãe	3.() pai	4.() outros _____	
11. Com quem você mora atualmente? (Pode marcar mais de uma resposta)				
1.() Pai	2.() Mãe	3.() Irmãos	4.() Companheiro(a)	5.() Filhos
6.() Parentes _____		7.() Sozinho	8.() Outros _____	
12. Quantos irmãos você tem ? 1 () 1 2 () 2 3 () 3 a 4 4 () mais de 5				
13. Escolaridade da mãe: 1() Nunca estudou 2() Estudou 3() Não sabe				
14. Escolaridade do pai: 1() Nunca estudou 2() Estudou 3() Não sabe				
15. Como você consegue dinheiro para comprar o que precisa?				
1.() Trabalhando 2.() Recebe dos pais 3.() Recebe de parentes _____				
4.() Recebe de outras pessoas _____ 5.() Outra maneira _____				

ATIVIDADES DE LAZER

16. Você realiza atividades de lazer?		
1() Sim 2() Não		
17. Quais suas atividades de lazer? (Pode marcar mais de uma resposta)		
1. () Ouvir Música	2. () Assistir TV	3. () Sair com amigos do mesmo sexo
4. () Sair com amigos do sexo oposto	5. () Sair com a família	6. () prática de esportes
7. () Ir a igreja ou serviço religioso	8. () Freqüentar clubes	9. () Freqüentar bares.

PARTE III – CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

18. Sua moradia é:			
1() Própria 2() Alugada 3() Cedida 4() Outra _____			
19. De que tipo?			
1() Tijolo 2() Madeira 3() Barro 4() Outros _____			

20. Quantos cômodos existem? _____ cômodos	21. Quantas pessoas residem? _____ pessoas
22. O seu domicílio possui serviço de: (Pode marcar mais de uma resposta) 1() Água encanada 2() Energia elétrica 3() Coleta de Lixo 4() Esgoto/Fossa séptica 5() Telefone fixo 6() Internet	
23. Quais dos seguintes itens sua família possui? (Pode marcar mais de uma resposta) 1() TV 2() Geladeira 3() Fogão 4() Rádio 5() Freezer (independente ou parte da geladeira duplex) 6() Máquina de lavar 7() Computador 8() Aparelho de DVD 9() Automóvel	
24. O lugar que você mora tem: (Pode marcar mais de uma resposta) 1. () Assalto 2.() Brigas 3.() Assassinatos 4.() Estupro 5.() Tem muitas pessoas bêbadas 6. () Tem tráfico de drogas 7.() Tem posto policial 8.() Não tem nada disso	

PARTE IV ⇒ CONHECIMENTO SOBRE DROGAS

25. Você se considera bem informado sobre as drogas? 1. () Sim 2. () Não
26. Onde você recebeu informações sobre as drogas? (Pode marcar mais de uma resposta) 1.() Televisão e Rádio 2.() Amigos 3.() Família 4.() Igreja 5.() Revistas/jornais 6.() Escola 7.() Posto de saúde 8.() Centro comunitário 9.() Outros _____
27. Como sua família conversa com você sobre drogas? 1. () colocando medo 2. () proibindo 3. () dando conselho 4. () Não conversam 5. () Outra situação Qual? _____
28. Na sua escola é realizada alguma(s) atividade(s) educativa(s) sobre drogas? 1() Sim 2() Não
29. Qual(is) a(s) atividade(s) educativa(s) sobre drogas realizadas na sua escola? (Pode marcar mais de uma resposta) 1. () Palestra 2. () Na aula 3. () Oficinas 4. () Reuniões 5. () Teatro 6. () Filmes 7. () Outras atividades _____
30. Estas atividades desenvolvidas na escola foram suficientes para lhe deixar bem informado? 1.() Sim 2.() Não Por quê? _____

PARTE V ⇒ HISTÓRICO DE USO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS

31. Quais as drogas que você já utilizou? (Enumerar na ordem de uso) 1() Álcool 2() Tabaco 3() Maconha 4() Cocaína 5() Crack 6() Inalantes/Solventes 7() Outras _____

CONSUMO DE ÁLCOOL

32. Você já consumiu alguma bebida alcoólica na sua vida? 1() Sim 2() Não	33. Você consome bebida alcoólica atualmente? 1() Sim 2() Não
34. Que idade você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez? Eu tinha _____ anos	
35. Padrão de consumo: () experimentou 1 vez na vida () ao menos 1 vez no ano () ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	() 6 x ou mais últimos 30 dias () 20 x ou mais últimos 30 dias () padrão de uso com danos à saúde física /mental sem preencher critérios
36. Quais bebidas alcoólicas você costuma tomar com mais frequência? (Pode marcar mais de uma resposta) 1() Cerveja 2() Aguardente 3() Conhaque 4() Uísque 5() Vodca/Roscas 6() Campari 7() Vinho 8() Outras _____	
37. Onde você costuma beber com mais frequência? (Pode marcar mais de uma resposta) 1() Casa 2() Em frente a escola 3() Bares, danceterias e boates 4() Festas populares 4() Casa de amigos 5() Casa de parentes 6() Outros _____	
38. O que levou você a usar bebida alcoólica? 1() Curiosidade 2() Ter prazer 3() Diminuir a timidez 4() Ficar animado 5() Diminuir a angústia/ansiedade 6() Aceitação no grupo de amigos 7() Outros _____	
39. Quem lhe ofereceu bebida alcoólica pela primeira vez? 1() Pai e mãe 2() Pai 3() Mãe 4() Irmãos 5() Outros familiares _____ 6() Amigos 7() Outros _____ 8() Não se lembra	

40. Após o uso de bebida alcoólica, qual das situações abaixo acontece com você?		
1() Fica tranqüilo	2() Fica bêbado	3() Às vezes briga
4() Às vezes sofro ou provoço acidentes	5() Às vezes falto à escola ou trabalho	
6() Não acontece nada	7() Outras situações _____	
41. Alguém que mora com você bebe?		
() Sim. Quem _____		2() Não

CONSUMO DE TABACO

42. Você já fumou cigarro (tabaco) alguma vez na sua vida?	43. Você fuma cigarro(tabaco) atualmente?
1() Sim 2() Não	1() Sim 2() Não
44. Que idade você tinha quando fumou cigarro(tabaco) pela primeira vez?	
Eu tinha _____ anos	
45. Quantos cigarros(tabaco) você fuma por dia? (Pode marcar mais de uma resposta)	
Fumo _____ cigarros	
46. Padrão de consumo:	() 6 x ou mais últimos 30 dias
() experimentou 1 vez na vida	() 20 x ou mais últimos 30 dias
() ao menos 1 vez no ano	() padrão de uso com danos à saúde física /mental
() ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	sem preencher critérios
47. Onde você costuma fumar com mais freqüência? (Pode marcar mais de uma resposta)	
1() Casa 2() Em frente a escola 3() Bares, danceterias e boates 4() Festas populares	
4() Casa de amigos 5() Casa de parentes 6() Outros _____	
48. O que levou você a fumar?	
1() Curiosidade 2() Ter prazer 3() Diminuir a timidez 4() Ficar animado	
5() Diminuir a angústia/ansiedade 6() Aceitação no grupo de amigos 7() Outros _____	
49. Quem lhe ofereceu cigarro pela primeira vez?	
1() Pai e mãe 2() Pai 3() Mãe 4() Irmãos 5() Outros familiares _____	
6() Amigos 7() Outros _____ 8() Não se lembra	
50. Após o uso de cigarro (tabaco), qual das situações abaixo acontece com você?	
1. () Fica tranqüilo 2. () Às vezes briga 3. () Às vezes sofro ou provoço acidentes 4. () Às vezes falto a escola ou trabalho 5. () Não acontece nada 6. () Outros _____	
51. Alguém que mora com você fuma?	
1() Sim. Quem _____ 2() Não	

CONSUMO DE INALANTES/SOLVENTES

52. Você já usou inalantes/solventes alguma vez na sua vida?	53. Você usa inalantes/solventes atualmente?
1() Sim 2() Não	1() Sim 2() Não
54. Que idade você tinha quando usou inalantes/solventes pela primeira vez?	
Eu tinha _____ anos	
55. Padrão de consumo:	() 6 x ou mais últimos 30 dias
() experimentou 1 vez na vida	() 20 x ou mais últimos 30 dias
() ao menos 1 vez no ano	() padrão de uso com danos à saúde física /mental
() ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	sem preencher critérios
56. Onde você costuma usar inalantes/solventes com mais freqüência?	
1() Casa 2() Em frente a escola 3() Bares, danceterias e boates 4() Festas populares	
4() Casa de amigos 5() Casa de parentes 6() Outros _____	
57. O que levou você ao uso de inalantes/solventes?	
1() Curiosidade 2() Ter prazer 3() Diminuir a timidez 4() Ficar animado	
5() Diminuir a angústia/ansiedade 6() Aceitação no grupo de amigos 7() Outros _____	
58. Quem lhe ofereceu inalantes/solventes pela primeira vez?	
1() Pai e mãe 2() Pai 3() Mãe 4() Irmãos 5() Outros familiares _____	
6() Amigos 7() Outros _____ 8() Não se lembra	
59. Após o uso de inalantes/solventes, qual das situações abaixo acontece com você?	
1. () Fica tranqüilo 2. () Às vezes briga 3. () Às vezes sofro ou provoço acidentes 4. () Às vezes falto a escola ou trabalho 5. () Não acontece nada 6. () Outros _____	
60. Alguém que mora com você é usuário de inalantes/solventes?	
1() Sim. Quem _____ 2() Não	

CONSUMO DE MACONHA

61. Você já usou/consumiu maconha alguma vez na sua vida?	62. Você usa maconha atualmente?
1() Sim 2() Não	1() Sim 2() Não

63. Que idade você tinha quando usou maconha pela primeira vez? Eu tinha _____ anos	
64. Quantos cigarros(baseados) de maconha você fuma por dia? (Pode marcar mais de uma resposta) Fumo _____ cigarros(baseados)	
65. Padrão de consumo: () experimentou 1 vez na vida () ao menos 1 vez no ano () ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	() 6 x ou mais últimos 30 dias () 20 x ou mais últimos 30 dias () padrão de uso com danos à saúde física /mental sem preencher critérios
66. Onde você costuma usar maconha com mais frequência? 1() Casa 2() Em frente a escola 3() Bares, danceterias e boates 4() Festas populares 4() Casa de amigos 5() Casa de parentes 6() Outros _____	
67. O que levou você ao uso da maconha? 1() Curiosidade 2() Ter prazer 3() Diminuir a timidez 4() Ficar animado 5() Diminuir a angústia/ansiedade 6() Aceitação no grupo de amigos 7() Outros _____	
68. Quem lhe ofereceu maconha pela primeira vez? 1() Pai e mãe 2() Pai 3() Mãe 4() Irmãos 5() Outros familiares _____ 6() Amigos 7() Outros _____ 8() Não se lembra	
69. Após o uso da maconha, qual das situações abaixo acontece com você? 1. () Fica tranquilo 2. () Às vezes briga 3. () Às vezes sofro ou provoço acidentes 4. () Às vezes falto a escola ou trabalho 5. () Não acontece nada 6. () Outros _____	
70. Alguém que mora com você é usuário de maconha? 1() Sim. Quem _____ 2 () Não	

CONSUMO DE COCAÍNA

71. Você já usou cocaína alguma vez na sua vida? 1() Sim 2() Não	72. Você usa cocaína atualmente? 1() Sim 2() Não
73. Que idade você tinha quando usou cocaína pela primeira vez? Eu tinha _____ anos	
74. Quantos gramas de cocaína você utiliza por dia? (Pode marcar mais de uma resposta) _____ gramas	
75. Padrão de consumo: () experimentou 1 vez na vida () ao menos 1 vez no ano () ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	() 6 x ou mais últimos 30 dias () 20 x ou mais últimos 30 dias () padrão de uso com danos à saúde física /mental sem preencher critérios
76. Onde você costuma usar a cocaína com mais frequência? 1() Casa 2() Em frente a escola 3() Bares, danceterias e boates 4() Festas populares 4() Casa de amigos 5() Casa de parentes 6() Outros _____	
77. O que levou você ao uso da cocaína? 1() Curiosidade 2() Ter prazer 3() Diminuir a timidez 4() Ficar animado 5() Diminuir a angústia/ansiedade 6() Aceitação no grupo de amigos 7() Outros _____	
78. Quem lhe ofereceu cocaína pela primeira vez? 1() Pai e mãe 2() Pai 3() Mãe 4() Irmãos 5() Outros familiares _____ 6() Amigos 7() Outros _____ 8() Não se lembra	
79. Após o uso da cocaína, qual das situações abaixo acontece com você? 1. () Fica tranquilo 2. () Às vezes briga 3. () Às vezes sofro ou provoço acidentes 4. () Às vezes falto a escola ou trabalho 5. () Não acontece nada 6. () Outros _____	
80. Alguém que mora com você é usuário de cocaína? 1() Sim. Quem _____ 2 () Não	

CONSUMO DE CRACK

81. Você já usou crack alguma vez na sua vida? 1() Sim 2() Não	82. Você usa crack atualmente? 1() Sim 2() Não
83. Que idade você tinha quando usou crack pela primeira vez? Eu tinha _____ anos	
84. Quantas pedras de crack você fuma por dia? (Pode marcar mais de uma resposta) Fumo _____ pedras	
85. Padrão de consumo: () experimentou 1 vez na vida () ao menos 1 vez no ano () ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	() 6 x ou mais últimos 30 dias () 20 x ou mais últimos 30 dias () padrão de uso com danos à saúde física /mental sem preencher critérios

86. Onde você costuma usar crack com mais frequência?			
1() Casa	2() Em frente a escola	3() Bares, danceterias e boates	4() Festas populares
4() Casa de amigos	5() Casa de parentes	6() Outros _____	
87. O que levou você ao uso do crack?			
1() Curiosidade	2() Ter prazer	3() Diminuir a timidez	4() Ficar animado
5() Diminuir a angústia/ansiedade	6() Aceitação no grupo de amigos	7() Outros _____	
88. Quem lhe ofereceu crack pela primeira vez?			
1() Pai e mãe	2() Pai	3() Mãe	4() Irmãos
5() Outros familiares _____	6() Amigos	7() Outros _____	8() Não se lembra
89. Após o uso do crack, qual das situações abaixo acontece com você?			
1. () Fica tranquilo	2. () Às vezes briga	3. () Às vezes sofre ou provoço acidentes	4. () Às vezes falto a escola ou trabalho
5. () Não acontece nada	6. () Outros _____		
90. Alguém que mora com você é usuário de crack?			
1() Sim. Quem _____		2() Não	

CONSUMO DE ANABOLIZANTES

91. Você já usou anabolizante ("bomba") alguma vez na sua vida?	92. Você usa anabolizante ("bomba") atualmente?
1() Sim 2() Não	1() Sim 2() Não
93. Quem lhe aconselhou a usar anabolizante ("bomba")?	
1. () Médico ou Enfermeira 2. () Amigo 3. () Professor da Academia 4. () Parente _____	
5. () Outro _____	
94. Como você usa anabolizante ("bomba")?	
1. () Uso anabolizante no músculo 2. () Uso anabolizante em comprimido	
95. Que idade você tinha quando usou anabolizante ("bomba") pela primeira vez?	
Eu tinha _____ anos	
96. Alguém que mora com você usa anabolizantes?	
1() Sim Quem? _____ 2() Não	

CONSUMO DE OUTRAS DROGAS

97. Você já usou outras drogas alguma vez na sua vida?	98. Você usa outras drogas atualmente?
1() Sim 2() Não	1() Sim 2() Não
99. Que outra droga você utilizou? _____	
100. Que idade você tinha quando usou essa droga pela primeira vez?	
Eu tinha _____ anos	
101. Qual a quantidade utilizada por dia? _____	
102. Padrão de consumo:	() 6 x ou mais últimos 30 dias
() experimentou 1 vez na vida	() 20 x ou mais últimos 30 dias
() ao menos 1 vez no ano	() padrão de uso com danos à saúde física /mental
() ao menos 1 vez nos últimos 30 dias	sem preencher critérios
103. Onde você costuma usa-la com mais frequência?	
1() Casa	2() Em frente a escola
3() Bares, danceterias e boates	4() Festas populares
4() Casa de amigos	5() Casa de parentes
6() Outros _____	
104. O que levou você a utilizá-la?	
1() Curiosidade	2() Ter prazer
3() Diminuir a timidez	4() Ficar animado
5() Diminuir a angústia/ansiedade	6() Aceitação no grupo de amigos
7() Outros _____	
105. Quem lhe ofereceu essa droga pela primeira vez?	
1() Pai e mãe	2() Pai
3() Mãe	4() Irmãos
5() Outros familiares _____	6() Amigos
7() Outros _____	8() Não se lembra
106. Após o uso dela, qual das situações abaixo acontece com você?	
1. () Fica tranquilo	2. () Às vezes briga
3. () Às vezes sofre ou provoço acidentes	4. () Às vezes falto a escola ou trabalho
5. () Não acontece nada	6. () Outros _____
107. Alguém que mora com você fuma?	
1() Sim. Quem _____	2() Não

COMPORTAMENTO SEXUAL

108. O uso de álcool e/ou drogas interfere na sua relação sexual?
1() Sim 2() Não

109. Como é a influência das drogas na sua relação sexual?

1. () Aumenta o prazer 2. () Diminui o prazer 3. () Às vezes transo com alguém que não conheço bem
 4. () Às vezes transo por dinheiro ou droga 5. () Às vezes me obrigam a transar 6. () Sofri abuso sexual
 7. () Às vezes esqueço de usar a camisinha 8. () Não influencia em nada 9. () Nunca transei

PARTE V ⇒ USO DE DROGAS ILÍCITAS**110. Qual / quais drogas ilegais você continua usando?**

1. _____
 2. () Não uso mais nenhuma droga ilegal no momento

111. Onde você consegue estas drogas? (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1. () farmácia 2. () amigos e colegas 3. () familiar 4. () na porta da escola
 5. () boca de fumo 6. () traficante 7. () outros _____

112. Onde você usa drogas? (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 1() Casa 2() Em frente a escola 3() Bares, danceterias e boates 4() Festas populares
 4() Casa de amigos 5() Casa de parentes 6() Outros _____

113. Você usa alguma droga injetando na veia?

1. () Sim Quais? _____
 2. () Não

114. Como você usa drogas injetadas na veia?

- 1.() Uso sozinho 2.() Uso com os amigos na mesma seringa 3.() Uso com os amigos em seringas diferentes

115. O que você sente quando usa essas drogas?

1. () Fico muito alegre (ouriçado) 2.() Vejo monstros ou figuras estranhas 3.() Sinto medo
 4.() Não consigo dormir 5.() Fico muito triste

MUITO OBRIGADO!

APÊNDICE B – GUIA DO PESQUISADOR

Este guia foi desenvolvido para ser utilizado por pesquisadores e profissionais que serão treinados para trabalhar na coleta de dados da pesquisa intitulada “Perfil do consumo de substâncias psicoativas (uso progressivo de SPAs lícitas para ilícitas) entre adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia”, utilizando-se de um questionário adaptado do questionário desenvolvido em pesquisa de Alves (2007) pela Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. O presente instrumento deverá ser utilizado na Etapa de Campo, com orientações e passos a serem seguidos.

O trabalho com adolescentes requer preparo dos profissionais no manejo desta clientela, utilizando-se de linguagem clara e objetiva e demonstrando paciência e tolerância diante de resistências manifestadas durante a realização da entrevista.

Os pesquisadores responsáveis pela coleta de dados e que irão aplicar o questionário da pesquisa, deverão apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizar a leitura do mesmo e fornecer todas as informações necessárias à realização da pesquisa; assim como se apresentarem e informar os motivos da realização da mesma.

Existem dois TCLE (APÊNDICE D e E), sendo o primeiro para pais ou responsáveis legais no caso de menores de 18 anos e o segundo para adolescentes com 18 e 19 anos que participarem da pesquisa.

Estando o TCLE assinado e a entrevista devidamente autorizada o pesquisador iniciará as entrevistas que deverão ser realizadas individualmente com os adolescentes que participarão do estudo. Esclarecer que a qualquer momento os questionários poderão ser destruídos caso haja desistências ou arrependimentos.

As entrevistas deverão ocorrer de preferência em particular, apenas com a presença do entrevistador e entrevistado, possibilitando-lhes assim um ambiente mais tranquilo, com privacidade e sem interferências externas. Será garantido aos adolescentes infratores e privados de liberdade que estejam somente com o pesquisador e sem os educadores que fazem a escolta aos serviços de saúde.

As perguntas deverão ser lidas na seqüência e quando não forem compreendidas as dúvidas deverão ser claramente esclarecidas, com adequação da

linguagem. O entrevistador será responsável pelas anotações e marcações no questionário destinado as entrevistas.

É importante salientar que os adolescentes não serão identificados e seus nomes não precisam constar no questionário de entrevista, garantindo assim o sigilo e confidencialidade desta pesquisa.

Deverá ser utilizada linguagem simples e acessível aos adolescentes entrevistados e ter paciência para a realização da mesma. No caso de uso de gírias pelos adolescentes, o entrevistador deverá ter o cuidado em fazer a equivalência e confirmar a compreensão dos termos pelos entrevistados.

É importante não apresentar e não demonstrar qualquer tipo de preconceito ou julgamento, não estimulando o estigma existente e preservando questões éticas profissionais.

Na questão 29 do formulário de entrevista deverão ser preenchidos os padrões de uso das SPAs citadas, seguindo os critérios de diagnóstico da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), descritos abaixo:

- (1) Uso na vida: qualquer uso alguma vez na vida, incluindo um único uso experimental;
- (2) Uso no ano: uso ao menos uma vez nos últimos doze meses;
- (3) Uso no mês: Uso ao menos uma vez nos últimos 30 dias;
- (4) Uso freqüente: Uso em seis ou mais vezes nos últimos 30 dias;
- (5) Uso pesado: Uso em 20 ou mais vezes nos últimos 30 dias;
- (6) Uso Abusivo: padrão de uso que tenha causado um dano real a saúde física ou mental sem que a pessoa preencha os critérios estabelecidos para dependência.

Vale ressaltar que os pesquisadores deverão respeitar as limitações éticas, visando não prejudicar a segurança e o bem estar dos adolescentes entrevistados na realização do presente estudo.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Universidade Estadual de Feira de Santana / UEFS
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência / NNEPA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr./Sra., através deste documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, Carolina Carvalho Silva Santana, pesquisadora do Projeto de Pesquisa “Perfil do consumo de substâncias psicoativas (uso progressivo de SPAs lícitas para ilícitas) entre adolescentes atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia”, pretendo lhe explicar com clareza sobre esta pesquisa que esta sendo realizada no município de Feira de Santana. Caso o Sr./Sra. concorde de seu filho ou adolescente por quem é responsável legal, participar do presente estudo, este documento servirá como comprovante de que sua aceitação foi de livre vontade.

Esta pesquisa será realizada com o objetivo de verificar o perfil do consumo de substâncias psicoativas (uso progressivo de SPAs lícitas para ilícitas) entre adolescentes atendidos no serviço do CAPS AD, visando aprofundar-se no tema e possibilitar o desenvolvimento de ações que possam minimizar os danos decorrentes dessa progressão e a criação de programas de prevenção e implementação em nosso município. O questionário será aplicado e terá duração de 40 minutos. Gostaríamos da autorização para gravação desta entrevista; caso não seja possível a gravação, não prejudicará a participação e respeitaremos a sua vontade.

Gostaria de deixar bem claro que as informações são sigilosas e confidenciais, não havendo identificação dos entrevistados; assim o adolescente que participar da pesquisa com o seu consentimento, poderá se recusar a responder a qualquer uma das perguntas que lhes forem feitas, caso lhe cause desconforto; podendo desistir da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de dar explicações ou desculpas de sua desistência; assim como poderá pedir informações sobre qualquer pergunta a qualquer momento que sentir necessidade. No questionário não terá o nome e endereço do entrevistado, de forma que o mesmo não poderá ser identificado (a). Os questionários respondidos ficarão arquivados no Núcleo de

Estudos e Pesquisas na infância e adolescência (NNEPA), em local seguro e sob a responsabilidade dos pesquisadores responsáveis por este estudo, por um período de cinco anos.

Caso durante a entrevista, alguma pergunta cause sentimentos de medo, lembranças tristes da infância, da família e outras que venham surgir; neste momento deverá indicar ao pesquisador o desejo de interromper a entrevista ou solicitar ajuda de um profissional do CAPS AD, que poderá apoiá-lo na compreensão dos seus sentimentos e auxiliando caso seja necessário nos aspectos de melhorar seu bem estar mental.

É importante destacar que, após realização da pesquisa será fornecido relatório sobre os resultados encontrados para a Secretaria Municipal de Saúde e CAPS ad; visando a implementação da assistência prestada a adolescentes usuários de substâncias psicoativas no município de Feira de Santana, assim como a possibilidade de criação de programas de prevenção para o uso de SPAs entre adolescentes.

As respostas dos questionários serão mantidas em total sigilo, mesmo que a pesquisa venha a ser publicada em revista científica e nenhuma informação quanto aos adolescentes e familiares desta pesquisa serão publicadas ou divulgadas.

Deixaremos uma cópia deste documento com o Sr./Sra., no qual consta o nome completo do pesquisador, seu local de trabalho e telefone para resolver qualquer dúvida ou problema relacionado a esta pesquisa.

Carolina Carvalho Silva Santana – Pesquisadora do Projeto

Rosely Cabral de Carvalho – Pesquisadora / Orientadora do Projeto

Maria Conceição Oliveira Costa - Pesquisadora / Co - orientadora do Projeto

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência – NEPPA

Endereço: Av. Universitária, Km 03 BR 116 – Campus Universitário – Módulo VI – Centro de Pós – Graduação. CEP: 44031-460. Feira de Santana – Bahia – Brasil – Caixa Postal: 252294

Telefones: (75) 3224-8135

Caso o Sr./Sra. nos autorize a entrevistar o adolescente pelo qual é responsável, pedimos que assine abaixo ou coloque a sua impressão digital em duas cópias, sendo uma sua e outra da equipe de pesquisa. Com isso, o Sr./ Sra. também estará confirmando que leu ou ouviu a leitura deste documento e que entendeu bem, concordando assim em autorizar a entrevista.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2008.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

IMPRESSÃO DIGITAL:

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Universidade Estadual de Feira de Santana / UEFS
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência / NNEPA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa chamada *“Perfil do consumo de substâncias psicoativas (uso progressivo de SPAs lícitas para ilícitas) entre adolescentes atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia”*. Antes de decidir participar desta pesquisa, é importante que entenda o que esta sendo feito e o que significa as questões que serão apresentadas neste trabalho. Por favor, leia cuidadosamente as informações seguintes e caso ache necessário, discuta com seus familiares. Pergunte-nos se houver qualquer coisa que não esteja clara ou se você precisar de mais informações. Gostaríamos da autorização da gravação desta entrevista; caso não seja possível a falta da gravação não prejudicará a sua participação e respeitaremos a sua vontade.

Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer o perfil do consumo de drogas por adolescentes atendidos no CAPS AD de Feira de Santana – Bahia. Os resultados dessa pesquisa poderão ajudar a melhorar o atendimento e os serviços destinados ao cuidado de pessoas que fazem uso de drogas. Você poderá se sentir envergonhado em responder algumas perguntas e neste caso poderá desistir de responder. No questionário não terá o seu nome e endereço, de forma que você não poderá ser identificado (a). Os questionários respondidos ficarão arquivados no Núcleo de Estudos e Pesquisas na infância e adolescência (NNEPA), em local seguro e sob a responsabilidade dos pesquisadores responsáveis por este estudo, por um período de cinco anos. Quando você estiver sendo entrevistado, alguma pergunta poderá fazer com que você tenha sentimentos de medo, lembranças tristes de sua infância, da sua família e outras que venham surgir. Neste momento você deverá indicar ao pesquisador seu desejo de interromper a entrevista ou solicitar ajuda de um profissional do CAPS AD, que poderá apoiá-lo na compreensão dos

seus sentimentos e auxiliando caso seja necessário nos aspectos de melhorar seu bem estar mental.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados nas instâncias e instituições envolvidas e poderão ser publicados em revistas do Brasil e do exterior, sem dizer o nome de nenhum participante.

Se você autorizar a sua participação, deverá assinar este formulário em duas vias e manter uma cópia com você. Se decidir autorizar, mas mudar de idéia poderá desistir a qualquer momento sem se desculpar.

Consta abaixo o nome completo dos pesquisadores, seu local de trabalho e telefone para resolver qualquer dúvida ou problema relacionado a esta pesquisa.

Carolina Carvalho Silva Santana – Pesquisadora do Projeto

Rosely Cabral de Carvalho – Pesquisadora / Orientadora do Projeto

Maria Conceição Oliveira Costa - Pesquisadora / Co - orientadora do Projeto

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência – NEPPA

Endereço: Av. Universitária, Km 03 BR 116 – Campus Universitário – Módulo VI –
Centro de Pós – Graduação. CEP: 44031-460. Feira de Santana – Bahia – Brasil –
Caixa Postal: 252294

Telefones: (75) 3224-8135

Feira de Santana, _____ de _____ de 2008.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

IMPRESSÃO DIGITAL:

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Universidade Estadual de Feira de Santana / UEFS
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência**

Ilma. Dra. Denise Lima Mascarenhas.
MD. Secretaria Municipal de Saúde
Feira de Santana, Bahia.

Prezada Senhora,

Na condição de pesquisadora do projeto de pesquisa chamado “Perfil do consumo de substâncias psicoativas (uso progressivo de SPAs lícitas para ilícitas) entre adolescentes atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia”, venho solicitar de VS^a autorização para realizar a coleta de dados e demais etapas deste estudo no CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida, da Rede Municipal de Atenção a Saúde Mental, mantido através desta Secretaria.

Esta pesquisa tem como objetivos descrever o perfil do consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes atendidos no CAPS AD, visando buscar estratégias terapêuticas destinadas ao cuidado desta população, assim como a implementação de políticas públicas de saúde para adolescentes usuários de drogas neste município.

É importante destacar que, após realização da pesquisa será fornecido relatório sobre os resultados encontrados para a Secretaria Municipal de Saúde e CAPS ad; visando a implementação da assistência prestada a adolescentes usuários de substâncias psicoativas no município de Feira de Santana, assim como a possibilidade de criação de programas de prevenção para o uso de SPAs entre adolescentes.

Nenhuma informação quanto aos adolescentes e familiares desta pesquisa serão publicadas ou divulgadas, sendo os dados decorrentes desta pesquisa sigilosos com uso restrito aos objetivos acima expostos.

Carolina Carvalho Silva Santana – Pesquisadora do Projeto

Rosely Cabral de Carvalho – Pesquisadora / Orientadora do Projeto

Maria Conceição Oliveira Costa - Pesquisadora / Co - orientadora do Projeto

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência – NEPPA

Endereço: Av. Universitária, Km 03 BR 116 – Campus Universitário – Módulo VI –

Centro de Pós – Graduação. CEP: 44031-460. Feira de Santana – Bahia – Brasil –

Caixa Postal: 252294

Telefones: (75) 3224-8135

Feira de Santana, _____ de _____ de 2008.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

APÊNDICE F

Tabela 19 – Caracterização do domicílio dos adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPS AD, Feira de Santana, Bahia, 2008.

Características do domicílio	n	%
<i>Tipo de moradia (n=20)</i>		
Tijolo	20	100,0
Madeira	-	-
Barro	-	-
Outros	-	-
<i>Número de cômodos (n=20)</i>		
2	3	15,0
3	1	5,0
4	1	5,0
5	5	25,0
6	4	20,0
7	3	15,0
8	3	15,0
<i>Número de pessoas residentes (n=19)</i>		
2	4	21,1
3	3	15,8
4	5	26,3
5	1	5,3
6	3	15,8
7	1	5,3
9	1	5,3
10	1	5,3
<i>Serviços disponíveis* (n=20)</i>		
Água encanada	20	100,0
Energia elétrica	20	100,0
Coleta de lixo	20	100,0
Esgoto/Fossa Séptica	20	100,0
Telefone fixo	8	40,0
Internet	3	15,0
<i>Itens* (n=20)</i>		
TV	19	95,0
Geladeira	17	85,0
Fogão	20	100,0
Rádio	18	90,0
Freezer	7	35,0
Máquina de lavar	10	50,0
Computador	4	20,0
Aparelho de DVD	16	80,0
Automóvel	7	35,0

- respostas múltiplas