



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

KLEVERSON GOMES DE MIRANDA

**EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA COMO
PREDITORAS DO USO PROBLEMÁTICO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS**

BRASÍLIA

2018

KLEVERSON GOMES DE MIRANDA

**EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA COMO
PREDITORAS DO USO PROBLEMÁTICO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional

Professora Orientadora: Dra. Andrea Donatti Gallassi

BRASÍLIA

2018

KLEVERSON GOMES DE MIRANDA

**EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA COMO
PREDITORAS DO USO PROBLEMÁTICO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Andrea Donatti Gallassi

Orientador(a)

Dra. Josenaide Engracia dos Santos

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília,.....de.....de.....

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a toda força e a todos os caminhos abertos que Deus me permitiu durante todo este tempo.

Agradeço, também, à minha orientadora Andrea Gallassi por todo auxílio dado neste trabalho.

À minha família por me apoiar nesta jornada.

Aos amigos que fiz na universidade.

Aos meus amigos de infância e do ensino médio que ainda estão ao meu lado

À minha eterna professora Giselle Neves que durante todo o tempo, ajudou-me em diversas oportunidades dentro e fora da faculdade.

À equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) de Brazlândia, em especial, à minha preceptora Priscila, à Verônica e a Marcelo que tanto me ajudaram na confecção deste trabalho.

Inspirado no discurso de Calvin Cordozar:

Quero agradecer a mim por acreditar em mim mesmo;

Agradeço a mim por todo o trabalho duro;

Agradeço a mim por não ter tirado férias e nem folgas durante todo o processo de graduação;

Quero agradecer a mim mesmo por sempre tentar fazer mais o certo do que o errado, e sempre tentar ser amanhã, melhor do que fui hoje;

Por fim, quero agradecer a mim por ser eu mesmo o tempo todo.

“Se você conseguir passar pelo momento mais difícil de sua vida... a partir daí, você só encontrará felicidade” (Gray Rainbow).

RESUMO

As experiências adversas na infância podem ser caracterizadas como eventos de ordem traumática e/ou estressora que indivíduos possam passar pela infância e pela adolescência. Investigações observam que esses eventos podem causar consequências em diversos contextos, como nutrição e saúde física, transtornos mentais, transtornos sociais e abuso de substâncias. Este último é o foco deste trabalho. Substâncias psicoativas, de acordo com a OMS, são substâncias que, quando tomadas ou administradas no seu sistema, afetam processos mentais, e. cognição ou afeto. O objetivo deste trabalho foi relacionar o uso problemático de álcool e outras drogas, com as experiências adversas na infância (como abusos sexual, físico e emocional, negligências diversas, distúrbios familiares e sociais diversos). Como metodologia, usamos a técnica de Grupo Focal para se discutir sobre os assuntos relativos as dinâmicas na infância e na adolescência. Concluimos, embasados com outros estudos, que as adversidades da infância são fortes preditores de uso problemático de álcool e outras drogas na adolescência e na fase adulta, e considerar todas essas adversidades é importante para um tratamento que busca sua melhor eficácia. Observar esses contextos é dar oportunidade de se pensar políticas e intervenções mais eficazes para o atendimento e tratamento do uso problemático de substâncias psicoativas, além da promoção á saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Experiências adversas; Infância, Adolescência, vulnerabilidade, fator de risco, drogas.

ABSTRACT

The adverse childhood experiences can be characterized as traumatic and/or stressful events that individuals can pass through childhood and adolescence. Investigations observe that these events can cause consequences in various contexts, such as nutrition and physical health, mental disorders, social disorders and substance abuse. The latter is the focus of this work. Psychoactive substances, according to WHO, are those that, when they receive or administer their system, affect mental processes, and cognition or affection.. The objective of this work was to relate the use of alcohol and other drugs, with the adverse experiences in childhood (such as sexual, physical and emotional abuses, various negacies, different family and social disorders). As a methodology, we used the focal group technique to discuss issues related to dynamics in childhood and adolescence. We conclude, based on other studies, that the adversities of childhood are strong predictors of the use of alcohol and other drugs in adolescence and adulthood, and considering all these adversities is important for a treatment that seeks its best efficacy. Observing these contexts is to give the opportunity to think more effective policies and interventions for the care and treatment of substance abuse and dependence, in addition to health promotion.

KEY-WORDS: Adverse experiences; Childhood; Adolescence; Vulnerability, Risk factor, drugs.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACE - Adverse Childhood Experiences

BKF - Blue Knot Foundation

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

EAI – Experiências Adversas na Infância

HIV - Human Immunodeficiency Virus

INPAD - Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas

LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

NIHM - National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Saúde Mental, dos Estados Unidos)

OMS - Organização Mundial da Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNODC - UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime)

LISTA DE QUADROS

Tabela 1: Dados Sócio Demográficos dos participantes da pesquisa

Tabela 2: Padrão de uso de substâncias psicoativas

Tabela 3: Padrão de uso referente ao tipo de substância psicoativa usada

Tabela 4: Padrão de uso dos participantes da pesquisa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVOS.....	8
2.1. Objetivos Gerais.....	8
2.2. Objetivos Específicos.....	8
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
4. METODOLOGIA.....	11
4.1. Tipo de Estudo.....	11
4.2. Local do Estudo.....	12
4.3. Participantes da Pesquisa.....	12
4.4. Critérios de Inclusão.....	12
4.5. Critérios de Exclusão.....	13
4.6. Instrumentos.....	13
4.6.1. Grupo Focal	13
4.6.2. Equipamentos Requeridos.....	14
4.6.3. Folha de Autopreenchimento.....	15
4.7. Análise de Dados.....	15
4.8. Aspectos Éticos.....	16
5. RESULTADOS.....	17
6. DISCUSSÃO.....	21
7. CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICES.....	45
ANEXOS.....	47

1. INTRODUÇÃO

As experiências adversas na infância (EAI, sigla traduzida do termo em inglês Adverse Childhood Experiences - ACE) são eventos estressores ou traumáticos, incluindo abuso e negligência. Eles também podem incluir problemas domésticos, como testemunhar violência doméstica ou crescer com membros da família que têm transtornos ou histórico de uso de substâncias psicoativas (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION – SAMHSA, 2017). O *National Institute of Mental Health* (NIHM, 2015), define trauma infantil como; "A experiência de um evento por uma criança que é emocionalmente dolorosa ou angustiante, o que muitas vezes resulta em efeitos mentais e físicos duradouros." No entanto, com o suporte necessário, é possível a reabilitação do indivíduo, tanto do trauma quanto do contexto que esse trauma possa ter condicionado o indivíduo.

De acordo com a Blue Knot Foundation – BKF (2016) trauma na primeira infância geralmente se refere às experiências traumáticas que ocorrem em crianças de 0 a 6 anos. As crianças pequenas podem experimentar estresse traumático devido a traumas interpessoais, acidentes, desastres naturais, guerras e distúrbios civis, bem como procedimentos médicos ou a perda repentina de um pai/responsável (NIHM, 2017).

Pesquisas, nos Estados Unidos, de base comunitária identificam consistentemente a alta prevalência de experiências traumáticas (BKF, 2016). Um estudo mostrou que quase metade de todas as crianças nos Estados Unidos estão expostas a pelo menos uma experiência social ou familiar traumática (BETHELL et al, 2014).

O estudo Adverse Childhood Experiences (FELLITI et al.,1998) investigou a associação entre trauma infantil e saúde do adulto em mais de 17.000 americanos, de classe média (FELLITI et al., 1998). O estudo mostrou que experiências adversas na infância são muito mais comuns do que se imagina e que elas têm um poderoso efeito sobre a saúde do adulto, mesmo se passado muitos anos (FELLITI, 2002). Nas dez categorias de maus-tratos na infância utilizados para a entrevista (por meio de questionário padronizado), nesta mesma pesquisa, foram identificados traumas comuns: 29,5% dos entrevistados relataram o uso de substâncias psicoativas pelos pais; 27% de abuso físico; 24,7% de abuso sexual; 24,5% separação ou divórcio dos pais; 23,3% de doença mental domiciliar; 16,7% de negligência emocional; 13,7% mãe tratada violentamente; 13,1% abuso emocional; Negligência física de 9,2%; e 5,2% de um membro do domicílio encarcerado (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016). Quase dois terços dos participantes do estudo

relataram pelo menos uma categoria de EAI e mais de um em cada cinco relataram três ou mais.

Podemos citar como experiências adversas, de acordo com o mesmo estudo (FELLITI et al., 1998a; 2002b): Abuso físico; Abuso sexual; Abuso emocional; Negligência física; Negligência emocional; Violência por parceiro íntimo; Mãe/Pai tratada violentamente; Uso problemático de substâncias psicoativas dentro de casa; Histórico de doença mental na família; Separação parental ou divórcio; Membro da família encarcerado.

Alguns estudos já constataram que pessoas que experienciaram acontecimentos traumáticos na infância tendem a sofrer mais de ansiedade, pânico, pouco controle da raiva, problemas de sono, alcoolismo, abuso de outras drogas e queixas físicas (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2005).

Especificamente, a experiência familiar adversa na infância, inclusive negligência emocional e física, abuso sexual, disfunção familiar como separação parental ou divórcio, materno, abuso de substâncias pelos pais e tamanho da família, aumentaram o risco de abuso de substâncias psicoativas (BENNETT & KEMPER, 1994; DUBE et al., 2003; HAWKINS; CATALANO e MILLER, 1992; OSLER, NORDENTOFT e ANDERSEN, 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2014):

as substâncias psicoativas são substâncias que, quando tomadas ou administradas no seu sistema, afetam processos mentais, e. cognição ou afeto. Este termo e seu equivalente, droga psicotrópica, são os termos mais neutros e descritivos para toda a classe de substâncias, lícitas e ilícitas, de interesse para as políticas de drogas. "Psicoativo" não implica necessariamente em produtor de dependência e, em linguagem comum, o termo é muitas vezes deixado sem declaração, como em "uso de drogas" ou "abuso de substâncias".

Apesar da existência de numerosos estudos acerca da problemática das experiências na infância e juventude relacionados com hábitos e comportamentos, pouco se tem de material, no Brasil e na América Latina, acerca da relação uso problemático de substâncias psicoativas com as experiências traumáticas, colocando esta última, como fator de risco para o consumo. Constata-se grande importância de se estudar os padrões de consumo de substâncias e seus fatores de riscos, principalmente os fatores individuais/sociais, observando que há um aumento dos índices de consumo de substâncias psicoativas em todo mundo, em especial, no Brasil e na América Latina, e que isso se tornou um grande problema de saúde pública (ARNAUTS e DE OLIVEIRA, 2012).

As EAI estão fortemente relacionadas ao desenvolvimento e prevalência de uma ampla gama de problemas de saúde ao longo da vida de uma pessoa, incluindo aqueles associados ao uso problemático de substâncias psicoativas, ou seja, são fatores de risco. Esses fatores de risco indicam que o aumento em uma variável específica é associado ao aumento da probabilidade de uso/abuso de substâncias (ARTEGA, CHEN e REYNOLDS, 2010).

Como principais substâncias psicoativas consumidas hoje mundialmente, podemos listar o álcool, a cocaína, a maconha, o crack e a heroína, anfetamina (e estimulantes do mesmo tipo), solventes, alucinógenos e tranquilizantes/sedativos (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - UNODC, 2017). De acordo com o UNODC (2017), a América do Sul é a segunda maior região consumidora de drogas no mundo, perdendo apenas para a América do Norte. O aumento dos índices de consumo na América do Sul é mais veloz do que no resto do mundo (UNODC, 2017)

No Brasil, de acordo com o relatório Pesquisas Sobre o Uso de Drogas no Brasil (DOS REIS e BASTOS, 2017), que reúne as principais pesquisas relacionadas ao consumo e dependência de drogas no país nos últimos anos, em 2012, 0,81% da população era consumidora de crack (o que representaria cerca de 370 mil usuários), em 2007, 74,6% da população usaram ou iriam usar álcool durante a vida, 44% o tabaco, 8,8% a maconha, 2,9% a cocaína e 0,7% faziam ou irão fazer o uso de crack; em 2003, 76% das crianças e adolescentes em situação de rua já haviam experimentado álcool e 1/3 fazia uso do tabaco. Em 2007, 1,2% de todas as internações no SUS estão diretamente ligadas ao consumo de drogas.

Em relação, especificamente ao álcool (uma das substâncias psicoativas mais nocivas, mas também mais consumida no mundo), cada brasileiro, a partir dos 15 anos, bebe cerca de 8,9 litros de álcool por ano, de acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2017). Também, de acordo com uma pesquisa feita pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD, 2012) mostra que 64% dos homens e 39% das mulheres adultas relatam consumir álcool regularmente (pelo menos 1x por semana); 66% dos homens e 49% das mulheres adultas relatam beber em binge (quando bebem, ingerem 4 (mulheres) ou 5 (homens) unidades ou mais de bebida alcóolica a cada duas horas). Enquanto metade da população é abstinência, 32% bebem moderadamente e 16% consomem quantidades nocivas de álcool. Quase 2 a cada 10 dos bebedores (17%) apresentou critérios para abuso e/ou dependência de álcool. Em relação aos efeitos nocivos do abuso do álcool, 32% dos adultos que bebem referiram já não ter sido capaz de conseguir parar depois de começar a beber. 10% dos entrevistados referiu que alguém já se machucou em consequência do seu consumo de álcool.

8% dos entrevistados admitem que o uso de álcool já teve efeito prejudicial no seu trabalho. 4,9% dos bebedores já perdeu o emprego devido ao consumo de álcool e 9% admitem que o uso de álcool já teve efeito prejudicial na sua família ou relacionamento.

Essa situação provocou um estado de alerta sobre a OMS e os países em relação ao problema de saúde pública que os padrões de consumo geraram (ARNAUTS e DE OLIVEIRA, 2012). Pensando nisso, houve uma reformulação nas políticas de drogas dos países latinos, isso justifica o porquê de a região liderar os movimentos pelas reformas políticas relacionadas às substâncias psicoativas. Os países que compõe a América Latina encontram certa dificuldade em realizar políticas de drogas eficientes, principalmente pelo histórico proibicionista desta região (BARRA, 2015).

Um das políticas de atenção à população que faz uso problemático de substâncias psicoativas, no Brasil, foi o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD). Os objetivos propostos nos CAPS são: oferecer cuidados clínicos e fomentar a inserção social pelo acesso ao trabalho e aos direitos, e pelo aumento e fortalecimento da rede social dentro do contexto de vida do usuário (BRASIL, 2004).

Para uma intervenção mais integralizada, é importante entender o contexto do sujeito, isso inclui sua história. Alguns estudos, como o de J.P. Merskya (2013), Megan E. Tipps (2014) e de Irma Arteaga (2010) levantam a importância de se investigar os fatores que levam ao consumo de substâncias psicoativas e seu abuso, porém, há de se observar a deficiência de estudos que levem em consideração as experiências na infância, principalmente em nível de América Latina e Brasil. Hawkins, Catalano e Miller (1992) descobriram que uma história familiar de alcoolismo, uso parental de drogas ilícitas, más práticas de gestão familiar, conflitos familiares, e baixa adesão à família foram associados ao uso de drogas na adolescência. Por isso, é de extrema relevância tentar relacionar as experiências na infância, com o consumo de substâncias psicoativas na juventude/idade adulta, pois, assim, pode-se construir um planejamento terapêutico mais eficiente, além de promover justiça social com essa população que é tão excluída e marginalizada por esses hábitos de consumo.

Outra política brasileira importante relacionada às drogas, é a política de Redução de Danos (respaldada, no Brasil, pela Portaria nº 1.059/GM de 4 de julho de 2005, do Ministério da Saúde) que consiste um conjunto de estratégias que abordam temas diversos relacionados ao consumo de drogas como violência, prevenção e assistência para HIV/AIDS entre outras doenças transmissíveis, e suporte social às populações em vulnerabilidade. As estratégias de Redução de Danos visam à minimização de riscos e danos associados ao uso de

drogas, não significando, necessariamente, que os usuários pretendam ou consigam interromper o consumo.

No geral, a atenção dada às temáticas das substâncias psicoativas (principalmente às drogas ilícitas) no Brasil, é extremamente repressora, mantendo ainda um modelo de reclusão e exclusão social aos usuários de drogas, com pouco foco na reabilitação do cidadão e sua reinclusão na sociedade, o que agrava o quadro da cultura de preconceito dentro do país, vindo, principalmente, das instituições de segurança pública, sendo refletida em outras áreas, como a saúde e a sociedade.

Embora os vínculos entre adversidade na infância e uso de substâncias psicoativas tenham sido identificados em estudos norteamericanos, há uma escassez de pesquisas no Brasil e na América Latina que identifiquem e confirmem os fatores preditivos e a influência de fatores potencialmente modificáveis que poderiam diminuir os efeitos de experiências adversas precoces (BAGLIVIO et al, 2015). Sem identificar os fatores que influenciam o envolvimento dos jovens no uso de substâncias psicoativas, oportunidades importantes para isolar alvos para intervir com jovens vulneráveis podem ser perdidas. Portanto, o presente estudo é inédito no Brasil, considerando a metodologia qualitativa. Foi hipotetizado que as EAIs, cumulativas ou não, estariam associados ao uso e abuso de substâncias psicoativas.

O objetivo do presente estudo foi estabelecer uma relação entre comportamentos de consumo de álcool e/ou outras drogas entre adultos que tiveram abuso na infância e disfunção familiar e social. Avaliamos como necessária a reflexão acerca da população alvo (que faz uso abusivo, e dependentes de álcool e outras drogas), levando em consideração a história do indivíduo e o que o levou a ter um consumo pesado de álcool, sendo necessária tal reflexão para um acompanhamento terapêutico mais eficiente, além da diminuição do preconceito e julgamentos a essa população. Importante, também, se discutir o olhar ao usuário de substâncias psicoativas para que se possa discutir políticas novas e reformular políticas antigas, principalmente na política de guerra às drogas, vigente hoje no país.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GERAIS:

Relacionar as experiências adversas na infância como fator de risco para uso problemático de substâncias psicoativas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar o perfil sociodemográfico de usuários do CAPS-AD III selecionado para pesquisa; identificar os padrões de uso de substâncias psicoativas desses usuários; identificar as principais substâncias usadas pelos participantes da pesquisa; identificar as principais adversidades na infância e analisar o discurso do usuário e relacionar suas experiências com o consumo.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Pesquisadores estão cada vez mais olhando para os fatores da infância para ajudar a entender as circunstâncias em que trajetórias de abuso e dependência de substâncias psicoativas podem ter iniciado. Tem havido crescente interesse no papel de experiências adversas na infância, que comumente incluem abuso físico e sexual. Exposição a qualquer tipo de abuso tem sido fortemente associado com o álcool e abuso e/ou dependência de drogas na idade adulta. Porém, apesar do abuso físico ou sexual serem as EAIs mais discutidas, há outras categorias de traumas que usaremos para embasar nossa discussão. Para uma melhor contextualização, é importante deixar claro as definições, segundo Vervoort-Schel (2018), das principais categorias que são comumente abordadas quando se estuda as EAIs:

- a) Abuso físico - Ser empurrado, espancado, agarrado, esbofeteado, chutado ou atingido com força o suficiente para gerar marcas ou lesões;
- b) Abuso emocional - Ser jurado, insultado, ameaçado, abatido;
- c) Negligência física - O comportamento do pai ou do cuidador primário interfere no cuidado da criança, vestindo roupas sujas, higiene inadequada, espaço pessoal insuficiente, sem espaço seguro, não o suficiente para comer, não levado ao médico quando doente, forçado a cuidar si mesmos, abandono;
- d) Negligência emocional - Os pais não faziam a criança se sentir especial e amada, a família não cumpre o papel de fonte de força, proteção e apoio, a criança recebendo pouca atenção;
- e) Abuso sexual - Ser involuntariamente tocado de forma sexual, forçado a qualquer forma de contato sexual, forçado a assistir ao conteúdo sexual;
- f) Encarceramento parental - Um pai ou cuidador primário sendo encarcerado;
- g) Separação parental / divórcio - Separação ou divórcio de pais biológicos;

h) Testemunho de violência contra um dos pais - A criança ser uma testemunha de violência verbal ou física (abuso) contra o pai, mãe ou o cuidador principal;

i) Abuso de substância parental - Uso excessivo de álcool ou outras drogas pelos pais ou cuidador principal;

j) Problemas de saúde mental dos pais - Pai(s) biológico(s) com problemas de saúde mental (ansiedade, depressão, transtorno bipolar ou outras questões/ transtornos mentais) interferindo no cuidado da criança ou tendo um pai ou mãe que já tenha tentado suicídio.

Com o passar do tempo, os conceitos e as categorias de EAI foram evoluindo para se adicionar contextos importantes que poderiam inferir num ambiente tóxico e traumático para a criança e para o adolescente. De acordo com o estudo de FELLITI et al. (1998), sendo este um dos primeiros estudos sobre o assunto, se considerava três grandes categorias de EAI: Abuso (considerando físico, emocional e sexual), Negligência (considerando física e emocional) e disfunções domésticas (considerando transtorno mental parental, prisão de familiares, e abuso de substância parental). Foi importante considerar, além desses, contextos como: divórcio dos pais, situação de pobreza, situações sociais ou escolares (VERVOORT-SCHEL, 2018), além dos contextos de violência diversas em que essa criança ou adolescente pode estar envolvido.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo. Caracterizando a pesquisa qualitativa, Flick., Kardorff e Steinke (2000) apontam a prioridade da busca e compreensão como princípio do conhecimento, que prefere estudar relações complexas em vez de relacioná-las por meio do isolamento de variáveis. Outra característica é a construção da realidade. Os autores confirmam que a descoberta e a construção teórica são os objetivos de estudo desta abordagem. Outra característica citada pelo autor acerca da pesquisa qualitativa é que ela é uma ciência baseada em textos, ou seja, a coleta do material de pesquisa resulta em produção de textos, respeitando os vários e diferentes tipos de análise.

Flick., Kardorff, E. e Steinke (2000) defendem que o modo de encontrar a compreensão de algo é por meio de explicações ou entendimento das relações entre variáveis. A descoberta e a construção de teorias são a base de qualquer busca de conhecimento. (GUNTHER, 2006)

Minayo (2008) afirma que na pesquisa qualitativa, é importante determinar um objeto de pesquisa, observando que durante o processo da pesquisa e de construção do estudo, é preciso reconhecer a complexidade do objeto estudado, rever de forma crítica as teorias sobre o tema, levantar conceitos e teorias relevantes, além do uso de técnicas de coleta de dados ideal.

Este método foi considerado ideal para este estudo pois, considerado os objetivos:

o método qualitativo é adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008, p.57).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

De acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em 2014 havia, no Brasil, 2209 CAPS ativos. Entre estes, 69 eram CAPS Álcool e outras Drogas tipo III. No Distrito Federal, havia 12 CAPS no total (cobertura: 0,46 CAPS/100 mil habitantes), sendo destes, 3 CAPS-AD III; o CAPS AD III é um serviço que funciona 24h específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas.

Considerando o CAPS como principal serviço substitutivo para acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas, o estudo será realizado no CAPS AD III de Ceilândia, no Distrito Federal.

4.3 PARTICIPANTES DE PESQUISA

A pesquisa contou com a participação de 8 pessoas para o grupo focal realizado em dois encontros, usuários do CAPS AD III de Ceilândia, todos eram do sexo masculino, de idade entre 26 e 51 anos. A pesquisa só contou com participantes do sexo masculino pois não haviam pessoas do sexo feminino disponíveis para participarem da pesquisa e que se enquadravam dentro dos critérios de inclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram selecionados usuários do CAPS-AD III de Ceilândia participantes do Grupo de Música (um dos maiores grupos terapêuticos do CAPS em questão), maiores de 18 anos, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – *TCLE* (ANEXO B) e que compareceram em 2 encontros, um por semana.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os participantes que:

- Se recusaram a participar da pesquisa;
- Que não conseguirem comparecer nos dois encontros propostos;
- Que se sentiram incomodados durante a coleta de dados;
- Que estiveram sob efeito de substâncias psicoativas no dia da coleta de dados;
- Portarem deficiência intelectual.

As diferenças econômicas e sociais, o nível de formação e a faixa etária dos entrevistados não são relevantes para a organização do tipo de entrevista utilizada (GASKELL, 2002).

4.6 INSTRUMENTOS

4.6.1 GRUPO FOCAL

Grupo focal é definido, segundo Morgan (1997), como uma técnica de pesquisa qualitativa derivada de entrevistas coletivas em grupo, que coleta informações por meio das interações grupais. O grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação (KITZINGER, 2000). Seu principal objetivo é levantar informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. “Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços” (TRAD, 2009)

A interação do grupo focal é seu diferencial de uma entrevista individual. A formação do grupo obedece a critérios determinados previamente pelo pesquisador, “de acordo com os objetivos investigados, cabendo a este a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista” (PATTON, 1990; MINAYO, 2000).

O roteiro de questões disparadoras para que a discussão seja norteada nos grupos contem poucos itens, que permitirá flexibilidade na condução do grupo focal, com registro de temas não previstos, mas relevantes (TRAD, 2009). O roteiro (APÊNDICE A) foi elaborado estruturalmente para que as primeiras questões sejam mais gerais e as seguintes, sejam mais complexas e específicas. Com o encaminhamento das discussões, o moderador criou questões livres no momento para que se pudesse reafirmar algumas narrativas que possam ter ficadas em aberto ou duvidosas em questão ao seu entendimento.

Referente ao moderador, é importante, inicialmente, que o mesmo tenha um substancial conhecimento do tópico em discussão para que possa conduzir o grupo adequadamente (TRAD, 2009). O moderador de grupo facilitou a interação grupal, enquanto dois observadores foram encarregados de captar as informações não verbais e, ao final da atividade, “auxiliar o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas decorrentes de sua forma de coordenar a sessão” (WESTPHAL, BÓGUS & FARIA, 1996). Coube ao moderador receber os participantes de maneira cordial, criando um ambiente agradável de espera.

Foram realizados dois grupos focais, tendo uma semana de intervalo entre eles. Foi utilizada uma sala do CAPS AD III Ceilândia que abrigou confortavelmente o número de participantes, pesquisadores e moderadores. A coleta contou com um moderador e dois auxiliares de pesquisa que fez o registro escrito das discussões, que também registrada em forma de gravação, utilizando gravador de voz. O grupo focal foi conduzido pelo pesquisador KLEVERSON GOMES DE MIRANDA, com auxílio da pesquisadora responsável ANDREA DONATTI GALLASSI. Os dois grupos focais foram realizados em duas segundas-feiras (24 de setembro de 2018 e 1 de outubro de 2018), com duração média de 1 hora/cada, iniciando-se as 11 horas da manhã.

4.6.2 EQUIPAMENTOS REQUERIDOS

Foram utilizados dois gravadores. Como recursos adicionais, foram utilizados dois celulares para captação de áudio. A utilização destes recursos foi condicionada à expressa permissão dos participantes dos grupos, por meio da assinatura do TCLE. As gravações foram transcritas de forma literal, com a inclusão de sinais indicando entonações, sotaques, regionalismo e “erros” de fala (GUNTHER, 2006)

4.6.3 FOLHA DE AUTOPREENCHIMENTO

Foi disponibilizada aos participantes uma folha de autopreenchimento, visando obter informações sociodemográficas dos usuários (idade, sexo, data de nascimento, grau de escolaridade, estado civil e informações sobre o padrão de consumo de substâncias psicoativas) (APÊNDICE B).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

O referencial teórico utilizado para análise dos resultados foi a análise de conteúdo de Bardin (2011), que define análise de conteúdo como “técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. A autora cita o tipo de análise classificatória: as respostas a questões abertas de um questionário. A análise de comunicações de massa, para a autora, traz questionamentos necessárias para o entendimento de uma outra forma de se fazer a análise de conteúdo, onde discursos, muitas vezes curtos e diretos, podem gerar efetivação de uma análise rica. Como recomenda Bardin (2016), a análise foi organizada em torno de três polos cronológicos: a) a pré-análise; b) a exploração do material e; c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

O primeiro polo – pré-análise – refere-se a fase da organização, propriamente dita. É a fase onde, geralmente, se faz a escolha do material a ser analisado, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final (BARDIN, 2016)

O segundo polo – a exploração do material – refere-se essencialmente nas operações de codificação, decomposição dos discursos, leitura exaustiva e repetida dos discursos e etc; (BARDIN, 2016).

O terceiro polo – o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – trata-se da operação estatística dos resultados, seguida pela síntese e seleção destes, inferências dos achados, finalizando com a interpretação, que conduziram este estudo a utilização dos resultados de análise com fins teóricos e pragmáticos.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília, sob o número de parecer 2.829.295/2018 (**ANEXO A**); e no seu desenvolvimento foram observadas as orientações e demais normas e recomendações éticas para a realização de pesquisas no Brasil. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos participantes, os quais ficaram de posse de uma cópia permanecendo outra com o pesquisador.

No projeto da pesquisa e mesmo na escrita da dissertação, foi assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes. Durante a coleta dos dados, cada participante do grupo focal foi informado dos ônus e possíveis riscos, de que a sua participação neste estudo é totalmente voluntária, de que suas informações serão anônimas e nenhuma informação relacionada ao seu nome estará ligada aos seus questionários preenchidos.

Foi oportuno esclarecer também, que a pesquisa não oferecia incentivos ou benefícios diretos associados à participação e que esta envolveria riscos mínimos. Para que o indivíduo participasse da pesquisa ele deveria se adequar aos critérios de seleção dos participantes mencionados no item **5.4** e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**ANEXO B**).

5. RESULTADOS

5.1 DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Do total (8), 100% (8) são do sexo masculino. Em relação ao grupo etário, 12,5% (1) tem entre 26 e 36 anos, enquanto 87,5% (7) têm 37 anos ou mais. Quanto a religiosidade, 50% (4) declararam não possuir religião, enquanto os outros 50% (4) declararam ter religião: 37,5% (3) se declararam evangélicos, e 12,5% (1) Católico. Referente ao Grau de Escolaridade, 25% (2) têm ensino fundamental incompleto, 12,5% (1) ensino médio incompleto, 37,5% (3) ensino médio completo, 12,5% (1) superior incompleto e 12,5% (1) superior completo.

Tabela 1: Dados Sócio Demográficos dos participantes da pesquisa

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>		
<i>Masculino</i>	8	100%
<i>Feminino</i>	0	0%
<i>Grupo Etário</i>		
<i>Entre 26 e 36 anos</i>	1	12,5
<i>37 anos ou mais</i>	7	87,5
<i>Religiosidade</i>		
<i>Sem Religião</i>	4	50
<i>Evangélicos</i>	3	37,5
<i>Católicos</i>	1	12,5
<i>Grau de Escolaridade</i>		
<i>Ensino Fundamental</i>		
<i>Incompleto</i>	2	25
<i>Ensino Médio Incompleto</i>	1	12,5
<i>Ensino Médio Completo</i>	3	37,5
<i>Superior Incompleto</i>	1	12,5
<i>Superior Completo</i>	1	12,5
<i>Estado Civil</i>		
<i>Solteiro</i>	5	62,5
<i>Casado</i>	1	12,5
<i>Divorciado</i>	2	25

Referente ao padrão de consumo, foram feitas, por meio da folha de autopreenchimento, duas questões abertas:

5.2 REFERENTE AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS QUE OS PARTICIPANTES CONSUMIRAM E/OU CONSOMEM

Referente ao uso de drogas, 25% (2) afirmaram que fez e/ou faz uso de apenas uma substância, enquanto 75% (6) afirma que fez e/ou faz uso de múltiplas substâncias. Entre as substâncias mais citadas, 87,5% (7) indicou o uso de álcool, 75% (6) o uso da maconha, 12,5 (1) uso do tabaco, 62,5% (5) uso de cocaína, e 37,5% (3) afirmam fazer uso de outras substâncias psicoativas. A somatória da porcentagem ultrapassa os 100% pela possibilidade de cada participante da pesquisa poder citar mais de uma substância em que faz ou fazia uso.

Na categoria OUTROS, tivemos a citação de substâncias como Crack, cola de sapateiro, merla, lança perfume e MDMA (ecstasy).

Tabela 2: Padrão de uso de substâncias psicoativas

<i>Tipo de uso</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Apenas uma substância</i>	2	25
<i>Uso de múltiplas substâncias</i>	6	75

Tabela 3: Padrão de uso referente ao tipo de substância psicoativa usada

<i>Substância</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Álcool</i>	7	87,5
<i>Maconha</i>	6	75
<i>Tabaco</i>	1	12,5
<i>Cocaína</i>	5	62,5
<i>Outras substâncias</i>	3	37,5

5.3 REFERENTE AO PADRÃO DE USO DO PARTICIPANTE

A segunda pergunta aberta questionava qual foi a última vez que o participante tinha consumido alguma substância, considerando o dia em que preencheram a ficha. 50% (4) afirmaram que fizeram o uso de 1 a 6 dias antes do dia do preenchimento da ficha; 25% (2) afirmaram que consumiram substâncias entre 1 e 4 semanas antes e 25% (2) afirmaram que fizeram o uso 1 mês ou mais, antes.

Tabela 4: Padrão de uso dos participantes da pesquisa

<i>Variável de tempo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>1 a 6 dias antes do preenchimento da ficha</i>	4	50
<i>1 a 4 semanas antes do preenchimento da ficha</i>	2	25%
<i>1 mês ou mais</i>	2	25%

Ao se analisar os discursos obtidos através dos registros do grupo focal, podemos elencar 11 subcategorias, considerando os tipos de EAI, de acordo com o referencial teórico (BELLIS et al, 2018; WHIEHN, HORNBERG e FISCHER, 2018; FULLER-THOMSON, ROANE e BRENNENSTUHL, 2016; VERVOORT-SCHEL et al, 2018):

1. Uso de Substâncias psicoativas pelos pais e familiares
2. Abuso Físico
3. Abuso Sexual
4. Abuso Emocional
5. Negligência Emocional
6. Negligência Física
7. Mãe tratada com violência/sofreu violência
8. Membro da Família Encarcerado
9. Pobreza
10. Separação dos pais
11. Experiências negativas na escola e discriminação

Essas 11 subcategorias foram agrupadas em 6 grandes categorias. Essas grandes categorias, que serão discutidas no tópico a seguir, foram nomeadas a partir de trechos notáveis e impactantes dos discursos coletados a partir da discussão com os participantes da pesquisa.

6. DISCUSSÃO

6.1 – “ORFÃOS DE PAIS VIVOS” – sobre o abandono e a negligência parental

A primeira grande categoria, refere-se às falas acerca da negligência dos pais para com os filhos. O abandono paterno foi um item recorrentemente levantado na discussão:

“Meu pai era caminhoneiro, as vezes eu ficava muito tempo sem ver ele, eu ficava mais com minha mãe.”

“Ele [pai] foi embora”

“...e eu senti muita falta da minha imagem paterna do pai, né. Eu senti muita falta do meu pai durante toda a infância e na adolescência”.

“[Minha Infância] só foi ruim por causa do meu pai... da ausência do meu pai - meu pai largou minha mãe a gente era muito pequeno”.

“Meu pai era muito ausente e tal”

Em comum, observamos desses participantes, a ausência paterna em parte ou por toda a vida (e em todos eles, a figura do pai foi colocada como o símbolo do abandono). De acordo com Silva (2015), espaço cavo causado pela ausência do pai é construída a partir do pensamento da criança que não se sente amada por causa dessa ausência, gerando um grande ciclo de “autodesvalorização”. Além disso, surge, também, a culpabilidade que a criança sente pois, esta pega a responsabilidade por ter provocado o divórcio e separação dos pais e, quiçá, a culpa por ter nascido, além da autoresponsabilização por ter sido deixado. Esse ciclo de pensamentos “podem gerar diversos sentimentos de tristeza, melancolia, agressividade e violência” (DA SILVA, 2015). Segundo Ferrari (1999 apud BENCZIK, 2011, pp. 67-75), nessa situação, “as crianças tímidas e temerosas do mundo exterior se fecham em si mesmo e os tímidos e temerosos do interior se vingam no mundo com condutas antissociais”.

A negligência emocional e afetiva esteve presente também nos relatos:

“Então, na minha infância foi... eu ficava chateado as vezes que eles trabalhavam muito, e me colocavam pra ficar na casa dos outros... das minhas tias.”

“...eu tentei ficar mais próximo da minha mãe, mas a minha mãe também... apesar que ela criou a gente, ela só começou a trabalhar quando eu já era adolescente, mas... ela

criou a gente até quando pode e tal, mas minha mãe também não era muito carinhosa, afetuosa não”

Essa negligência causa o sentimento de abandono no indivíduo, um vazio na identidade de pertencer do mesmo dentro da relação pai-filho e mãe-filho. Outro fator importante gerado pela negligência, é a falta de controle e autoridade que os pais têm sobre seus filhos. De acordo com o estudo de Benchaya et al (2011), crianças e adolescentes com pais sem autoridade ou negligentes, tiveram 2,8 vezes mais chance de fazer uso de qualquer droga. Quando as mães são negligentes, indulgentes ou autoritárias (de acordo com os adolescentes pesquisados no estudo), há 2,7 vezes mais chance de usar tabaco, enquanto há 3,9 vezes mais probabilidade de usar tabaco quando os adolescentes avaliam os pais como sem autoridade.

Os adolescentes que avaliaram os pais como negligentes, indulgentes ou autoritários apresentaram maior suscetibilidade, em 3,9 vezes, de usar cocaína/crack. Além disso, houve associação significativa entre uso abusivo de qualquer droga e pais com estilos não autoritativos. nas relações com dificuldades de imposição de limites, e diminuída a presença de afeto e apoio, os adolescentes apresentam maior suscetibilidade ao uso de drogas, quando comparados com aqueles que têm elevada afetividade, entendimento de exigências impostas e negociadas, além da presença de comunicação bidirecional com os pais. (BENCHAYA et al, 2011)

A associação do uso de substâncias psicoativas com as negligências paternas, também foram encontrados em estudos semelhantes (COHEN e RICE, 1997; MONTGOMERY, FISK e CRAIG, 2008; GARCIA e GARCIA, 2009).

6.2 – “UMA QUESTÃO DE SOBREVIVÊNCIA” – sobre a situação de pobreza e dificuldade financeira

A segunda categoria refere-se as situações de vulnerabilidade financeira em que os participantes estavam inseridos durante a infância e a adolescência. Essas dificuldades obrigaram alguns dos entrevistados a abandonarem a escola para se concentrar em atividades laborais, em busca do sustento da família. Situação de pobreza é um problema mundial e que fragiliza milhares de crianças e adolescentes pelo mundo. Como enfatizado pela Organização Mundial de Saúde (2006), intervenções, incluindo medidas políticas, que são projetado para diminuir a pobreza provavelmente ajudará a mitigar adversidades da infância e pode ser particularmente útil entre subpopulações para as quais a exposição a formas de violência são prevalentes.

O principal relato sobre situação de pobreza registrado, foi gerado pelo abandono paterno, também relatado no tópico anterior:

“quando era criança... só foi ruim por causa do meu pai... a minha mãe... as coisas eram muito difíceis pra ela e a gente passou necessidade coisa assim”

“Eu... já passei fome... meu pai largou minha mãe a gente era muito pequeno, aí ficou difícil pra ela, né?”

“não cheguei nem a ter fundamentam completo, desisti cedo, porque eu tive que trabalhara pra ajudar minha mãe, aí abandonei os estudos cedo.”

De acordo com alguns estudos, pessoas que crescem em condições difíceis, cujas infâncias são caracterizados por vários tipos de deficiências de recursos, estão em risco significativamente maior do que outros de desenvolver drogas problemas. Com base em trabalhos prévios teóricos e empíricos, recursos na infância foram supostamente relacionados positivamente para a possibilidade de ter uma forte ligação com o mercado de trabalho meia idade e negativamente relacionada com a mortalidade antes dos 50 anos. Há, também, a conclusão que os indivíduos do as classes média alta e alta tendem a ser internadas no hospital com um diagnóstico relacionado a drogas com mais frequência do que aqueles menos privilegiados socioeconomicamente (PRIMO e STEIN; 2004; COSTA et al, 2004; BAUMAN et al, 2007; MOREIRA e GALERA, 2010; MULIA e ZEMORE, 2012; OLIVIA, 2007; NASCIMENTO, SOUZA e GAIANO, 2015).

6.3 – “UNIDOS PELA CACHAÇA” – o papel social da substância e sua influência na família e no meio.

A terceira categoria refere-se às questões sociais que foram influenciadas, e ao mesmo tempo, foram influência para o início do uso de substâncias psicoativas, de acordo com o discurso dos participantes. O primeiro fator, foi a experiência de familiares com problemas de uso de substâncias:

“depois eu queria falar sobre meu pai, meu pai é alcoólatra”

“tinha esse problema do alcoolismo com meu pai aí bagunçava tudo”

“meu pai, bebia, chegava bêbado.”

“Ele [pai] usa [maconha] também”

“Meu pai que é ‘alcoólatra’;”

“Convivência, meu pai usava, meus irmãos que também fazem uso.”

“eu via muito meus tios lá bebendo”

Em muitas famílias, o álcool está inserido quase como uma cultura, sendo esta uma substância cultuada dentro da sociedade contemporânea. De acordo com alguns estudos, observou-se maior uso e abuso de álcool (além de dependência) entre crianças e adolescentes com histórico familiar de uso de álcool. Em estudos semelhante (REY-NATERA et al, 2001; WALL et al, 2000), foi observado que filhos de pais alcoolistas apresentam maiores problemas de comportamento quando comparados com os filhos de pais que não fazem uso do álcool. Isso confirma que a criança exposta ao consumo de álcool dos pais poderia estar em risco de desenvolver esses hábitos, inclusive se tornando dependente.

Uma importante e alarmante conclusão observada, de acordo com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (1999) é que filhos de pais com problemas de abuso de substâncias estão mais propensos a serem vítimas de negligência grave e crônica e ter famílias com mais problemas em geral.

Além de conviver com familiares que fizessem uso de substâncias, haviam aqueles que estavam diretamente ligados à fabricação e venda da bebida:

“...meu vô, paterno, tinha o alambique, ele fabricava... ele fornecia [...] Aí tinha o que chamavam de “budega” e quem fornecia o alambique era o meu avô, então eu já crescia com aquilo, com aquela curiosidade para experimentar o que era aquilo que meu avô fazia. Eu só cheguei a experimentar o álcool com 13 anos, por causa da.... por causa da curiosidade”

Em algumas ocasiões, o primeiro acesso à bebida, na infância, foi quando os pais pediam para os filhos pegarem ou irem comprar a bebida para eles:

“meu pai pedia pra comprar bebida pra ele, eu me lembro até que era 51. E quando eu vim assim do bar, eu tinha 8 a 10 anos, eu sempre dava uma bicada, né... com meu pai nunca faltava bebida.”

Outro fator importante, é a experiência de ter um familiar encarcerado. Há diversos relatos em que os participantes presenciaram, quando crianças ou adolescentes, familiares sendo presos:

“Presenciei meu avô materno, ele usava álcool e quando ele fazia o consumo de álcool ele ficava muito agressivo. [...] Ele foi preso, passou um tempo na delegacia pra sarar da bebida porque ele tava transtornado. E também tem alguns primos meus que, pelo uso da droga, começaram a fazer pequenos furtos dentro de casa e começou a estender esses furtos pra rua e, em uma dessas, foi preso por roubo e eu cheguei a presenciar isso também, tanto meu avô quanto meu primo.”

A separação entre os pais foi algo citado, inclusive, gerado por um contexto de violência doméstica e sendo gerador do desequilíbrio da dinâmica familiar e financeira da família (citada anteriormente):

“Então, meu pai e minha mãe... meu pai bebia, ele gostava de bater nela, até que... depois... se separaram”

O relato a seguir mostra que a separação dos pais foi gerada por um acontecimento que marcou toda a família:

“descobriu-se que meu pai tava tendo relação com uma sobrinha, aí deu uma reviravolta na família toda, ficou tudo de pernas pro ar, foi onde eu vi a separação dos meus pais e aí... meu pai sempre manteve a casa, minha mãe sempre cuidava da gente, nunca trabalhou até o período em que ficou casada com meu pai, aí depois que meu pai se separou dela por causa dessa confusão aí com a sobrinha, aí a gente se viu sem chão e porque a gente era muito novo e minha mãe não tinha experiência nenhuma com trabalho, sempre foi sustentada pelo meu pai aí... se acomodou. Foi aí quando ela se viu na necessidade de procurar emprego, eu me vi na necessidade de procurar emprego aí a família começou a se espalhar, né?”

Ser filhos de pais separados foi apontado, em alguns estudos (GALDURÓZ, 2010; TAVARES, BÉRIA e LIMA, 2004; ROUDINESCO, 2003; DA SILVA, 2015) como um fator associado ao consumo pesado de substância (principalmente o álcool) entre os jovens. O contexto do filho de pais separados é semelhante ao de abandono paterno, citado anteriormente. “A transmissão da autoridade vai se tornando então cada vez mais problemática à medida que divórcios, separações e recomposições conjugais aumentam” (ROUDINESCO, 2003, p.12).

Finalizaremos esta categoria com a citação que deu nome à mesma:

“Eu só vim ter uma relação mais próximas do meu pai na fase adulta ele junto né a gente fica junto comprar uma pinga tomar junto, mas ele não era uma relação saudável. [...] é a relação com meu pai e meus irmãos começou a melhorar quando a gente começou a beber junto a minha família começou a beber junto... Unidos pela cachaça”

Para Laranjeira e Pinsky (1998), Kalina (1979) e Outeiral (2003), o fácil acesso de bebidas no ambiente doméstico também está associada ao hábito dos pais incentivarem seus filhos a beberem com eles. Outeiral (2003) relata que, muitas vezes, observam-se adolescentes em grupos familiares nos quais não há um alcoolista, ou seja, um adicto ao álcool, mas sim uma 'cultura alcoólatra', em que o álcool é idolatrado. Nas falas anteriores, observa-se que o álcool tinha o papel de “unir a família”. Não havia outro momento que os membros da família estivessem tão unidos, se não, na hora de usar a bebida. O próprio entrevistado classificou esta relação como “não saudável” e “tóxica”.

6.4 - “BEBENDO COM GLAMOUR” – idealização e romantização sobre o consumo de substância e o papel deste sobre a identidade do sujeito

A quarta categoria refere-se aos ideais romantizados e “glamourizados” sobre o consumo, na percepção dos participantes quando eram crianças:

“Agora o interessante é que na minha família, assim... meu pai e minha mãe, eu sempre via eles bêbedos, mas eu os via bebendo com glamour. Eles não mostravam o lado ruim da bebida, só o lado bom, porque era só festa, nunca vi nenhuma confusão entre eles, eu nunca vi nenhum tipo de briga entre eles... nem entre meu pai e minha mãe, nem entre os amigos deles que frequentavam nossa casa. Era tudo muito bonito, muito, muito belo, tudo cinematográfico. Depois a gente vê que não é nada daquilo, ai destrói... e... o casamento do meu pai e da minha mãe já não tava bem, mais pra frente era dos amigos... era uma maravilha e assim os outros que estavam ali para se divertir regado a bebida faziam o mesmo... estavam ali sendo um personagem... Quando eu entrei eu vi que não era esse glamour todo que eles me mostravam ser.”

“...eu via muito meus tios lá bebendo aquela alegria danada, então eu queria ser igual a eles.”

As experiências na escola (incluindo a aceitação nos grupos) também foi um fator muito citado para o início do consumo:

“E com 14 anos eu comecei a usar maconha pra me sentir inserido no grupo escolar, porque eu comecei a fumar maconha na escola, e só tinha aquele grupo que só ia quem fumava... e eu queria fazer parte daquele grupo porque existiam pessoas naquele grupo que eu me identificava. Ai pra poder me sentir inserido no grupo, eu fazia o uso.”

“eu vim conhecer o cigarro na escola”

“Eu era muito tímido, ai eu usava pra me soltar mais”

O grupo de amizades possui grande influência sobre os padrões de comportamento. A juventude, com influência da cultura da bebida (inserida principalmente por meio dos

comerciais) faz do uso do álcool um rito de sociabilidade, uma forma de se autoafirmar frente aos seus colegas e amigos, além de servir como fator de identificação nos grupos. Em relação a masculinidade, existe uma associação do beber, com o papel do homem adulto, de acordo com os parâmetros construídos socialmente.

De acordo com estudos, o primeiro consumo de álcool (considerando as amostras de cada pesquisa citadas) ocorreu mais frequentemente em festas, as bebidas foram ofertadas por amigos. Conviver com amigos que consomem bebidas ou outras substâncias psicoativas é um fator preditor ao seu uso (VIEIRA et al, 2008; FRAGA et al, 2011; FERREIRA e TORRAL, 2010; STICLEY et al, 2013), e as bebidas são frequentemente usadas para facilitar a socialização (REIS e OLIVEIRA, 2015)

Cita-se, também, o papel das substâncias psicoativas como resposta ao bullying ou como demonstração de masculinidade imposta por familiares:

“O meu que começou com cola, Jet com esses “negócio” de pichação, porque eu sofri um bullying na escola e eu era muito tímido. Então, para estar num patamar acima dos demais então eu queria ser uma coisa diferente.”

“Culturalmente é uma coisa bonita o homem começar a beber “ah você “tá” virando homenzinho”, tinha essa coisa toda. Meu tio forçava a gente a beber uma pinga, então é bem complicado”.

Sobre essas atitudes dos pais com relação aos filhos do sexo masculino (e citados anteriormente como construção social), Zaguri (2004) refere que o álcool é também visto como símbolo de masculinidade e “os pais dão bebidas aos seus filhos ainda pequenos e, orgulhosos, exibem o filho que saiu ao pai para os amigos” (SOUZA, 2010).

Alguns estudos (HOLL et al., 2016) concluíram que vergonha pode ser um fator preditor para o uso de substâncias psicoativas entre os indivíduos traumatizados. O uso de substâncias representa uma fuga ou um auxílio para o jovem, que o utiliza para superar inibições (incluindo a timidez) e, assim, ter a possibilidade de experimentar novas situações, reafirmando-se dentro do seu grupo social pertencente. O mesmo estudo cita, também, a sedução de “usar o proibido” (MORENO, VENTURA e BRETAS, 2009).

6.5 - DE UM CONVÍVIO ACONCHEGANTE, PARA A DESTRUIÇÃO DA FAMÍLIA – relatos sobre a violência doméstica

A quinta categoria refere-se às violências sofridas pelos participantes (ou testemunhada) em seu meio familiar, causados principalmente pelo abuso de substâncias pelos pais:

“Pai e mãe [...] batia muito... mais batia... metia a correia na gente, espancava mesmo.”

“Então, meu pai e minha mãe... meu pai bebia, ele gostava de bater nela”

“Aí meu pai as vezes bebia... bebia só final de semana. Batia na minha prima, em mim não batia não”

“[...]tinha esse problema do alcoolismo com meu pai aí bagunçava tudo, mas quando ele “tava” ... sem o uso de álcool era a família mais aconchegante do mundo. [...] as vezes... rolava muita confusão”

“Batia, batia...depois... ele foi embora”

“Só que quando ele bebia, ele batia na minha mãe... Aí as vezes a gente tinha que sair lá da... correr “pras” outras tias... outras tias... quando ele bebia ele ficava descontrolado.”

“Presenciei meu avô materno, ele usava álcool e quando ele fazia o consumo de álcool ele ficava muito agressivo. Agressivo não de agredir as pessoas, ele quebrava tudo... fazia agressão verbal, gritava, mas agressão física com pessoas não. Ele quebra tudo dentro de casa, xingava... inclusive ele já chegou a me xingar muitas vezes, falar coisas pra mim, e... aquilo não é legal”

“ele [avô] era muito agressivo em casa quando bebia, acabava quebrando tudo”

A violência doméstica entre os pais parece aumentar a probabilidade de dependência de substâncias psicoativas, mesmo que este não tenha sido diretamente experimentado pela criança (FULLER-THOMSON, ROANE e BRENNENSTUHL, 2016). Pelo menos um outro

estudo similarmente encontrou uma relação entre testemunhar violência doméstica dos pais e uso de drogas ilícitas em controlar por outras adversidades (MENARD et al., 2015);

Estudos Clínicos também mostram uma associação entre abuso de substâncias e um ou mais tipos de maus tratos (DE BELLIS et al., 2001; FAMULARO, KINSCHERFF e FENTON, 1992; JAUDES, EKWO e VAN VOORHIS, 1995; KAPLAN et al, 1983; LANGELAND E HARTGERS, 1998; LEVENTHAL et al., 1997; MAGURA e LAUDET, 1996; WASSERMAN E LEVENTHAL, 1993) embora os resultados da pesquisa foram inconsistentes (WIDOM, 1993; WIDOM E HILLER-STURMHOFEL, 2001).

6.6 - “O FIM DA MINHA INOCÊNCIA” – sobre um episódio de abuso sexual

A sexta categoria refere-se ao episódio de um dos entrevistados, em que ele classificou como abuso sexual:

“Cara, tem uma cena de quando eu tinha 8 anos de idade, que... eu digo que foi abuso sexual. Tava brincando com uma prima minha, e de repente ela estava lá fazendo sexo oral em mim e eu não queria aquilo e ela fez a força e eu não queria. Pra mim foi abuso e eu trago na memória até hoje e... depois disso eu passei um tempo meio restrito, quando chegava pessoas em casa eu me trancava, e foi difícil pra mim, superar isso. [...] Tô com 38 anos, 30 anos se passaram e até hoje eu lembro disso com raiva, porque eu tava numa fase inocente e ela tirou minha inocência. Não deixou eu escolher com quem eu teria ter minha primeira relação.”

O abuso sexual é um dos preditores mais citados quando se relaciona com as EAIs. O abuso sexual na infância é um preditor mais influente para dependência de drogas do que para dependência de álcool (FULLER-THOMSON, ROANE e BRENNENSTUHL, 2016).

Inicialmente, houve dificuldades para embasamento das discussões nas categorias, separadamente. Há uma escassez de estudos qualitativos que analisem cada categoria individualmente pois as EAIs raramente ocorrem isoladamente e tendem a ser altamente interrelacionados (ANDA et al, 1999; DIETZ et al, 1999; FINKELHOR, 1998), por isso consideramos importante examinar o efeito individual de cada EAI individualmente, mas também seu efeito cumulativo sobre o uso de substâncias psicoativas.

De acordo com o estudo de Dube et al (2003), cada categoria de EAI aumentou a probabilidade de início precoce da droga de 2 a 4 vezes. Além disso, cada categoria EAI aumentou a probabilidade de iniciação de drogas durante meados da adolescência e na idade adulta (DUBE, 2013; RYAN e TESTA, 2005; KALMAKIS e CHANDLER, 2015).

Crianças e adolescentes, que estão expostos aos tipos de infância experiências que examinamos, podem ter sentimentos de desamparo, caos e impermanência e podem tem problemas de estados afetivos auto-reguladores. Portanto, o uso de substâncias psicoativas pode servir como um meio para escapar ou dissociar da dor emocional imediata, ansiedade, e raiva que provavelmente acompanham tais experiências (DUBE, 2003; BENSLEY, 1999;

LEBLING, 1986). Esta conclusão também é corroborada por outros estudos. De acordo com o Estudo de Experiências Adversas da Infância CDC-Kaiser Permanente (FELLITI, 1998), ter sido exposto a 4 ou mais EAIs, pode aumentar em 700% o risco de se tornar um alcoolista, além do aumento de um aumento de ricos de se tornar dependente de álcool e outras substâncias em crianças que passaram por duas ou mais EAIs, em comparação com crianças que experimentaram uma ou nenhuma EAI (PILOWSKY, KEYS e HASIN, 2009; ANDA et al., 2002; CROUCH et al., 2017; BONN-MILLER et al., 2008; DVORAK et al., 2014; LAWSON et al., 2013; SPATZ, MARMORSTEIN E RASKIN, 2006). Outros estudos atestam o aumento do risco de fazer o uso abusivo de substâncias, relacionados com as EAIs (STRINE et al, 2012)

Em relação aos fatores mais influentes no uso de substâncias psicoativas, de acordo com Mandavia (2016), o abuso emocional foi indicado como fator principal para o abuso de substância, concordando com o estudo de Banducci et al, 2014, porém, outros estudos como o de Kendler et al (2000), Simpson e Miller (2002) afirmam que o fator “abuso sexual” é o mais importante preditor para o uso. No caso do abuso emocional, a presença deste fator pode indicar um ambiente doméstico tóxico, onde os pais e/ou cuidadores podem estar iniciando o abuso, e assim, a EAI. Tal ambiente tóxico pode invalidar a expressão emocional dos membros da família (incluindo a criança ou adolescente), levando, de acordo com Linehan (1993) em seu modelo ambiental, a uma dificuldade expressiva de se regular as emoções e, conseqüentemente, levar a vários comportamentos de risco, como o uso de substâncias. Por causa dessa dificuldade de expressão causado pelo contexto traumático, os indivíduo que passou pelas EAIs podem recorrer ao uso de substâncias como meio de alívio sobre os efeitos negativos a longo prazo da exposição ao trauma, como forma de “automedicação” com esse estresse. (BROWN e SHILINGTON, 2017; GERLAND et al., 2013; GERLAND et al, 2016; DIXON et al, 2009; LEEIS et al, 2010; ROTHMAN et al, 2008)

Além do uso de substâncias psicoativas, é importante salientar que as EAI, de acordo com vários estudos, também têm impacto no desempenho escolar e acadêmico, habilidades sociais, pode causar agressividade e dificuldade nas relações entre as pessoas (ROMANO et al, 2015) A gravidade e a amplitude do impacto das EAIs são significativas e podem afetar as crianças ao longo da vida (SHERN et al., 2016; FOX et al, 2015).

Os principais resultados deste estudo foram consistentes com estudos anteriores (DUBE et al., 2003; DUKEET al., 2010) e as hipóteses propostas de que a experiência de EAI foi associada a um maior envolvimento de uso de substancia. A associação entre EAIs cumulativos e uso de substâncias pode ser explicada pelo desejo do jovem de escapar de sentimentos indesejados associados à exposição a eventos adversos. Pode ser que os jovens expostos a múltiplos EAIs tenham dificuldade em lidar com o estresse crônico da vida, o que pode levar ao uso elevado de substâncias como um método para evitar e temporariamente aliviar sentimentos de angústia que podem acompanhar tais experiências (BENSLEY et al, 1999).

Podemos inferir que o abuso de substâncias psicoativas tende a envolver uma mudança tão fundamental na vida dos indivíduos que as usam, que o contexto de sua infância parece perder o poder de explicar os resultados subsequentes do curso da vida, pensamento este que está alinhado com Davstad et al. (2013), Shern et al., (2016) e Fox et al (2015).

7. CONCLUSÃO

Podemos, então, concluir que as experiências adversas na infância possuem sim uma relação direta com o consumo (abusivo ou não) de álcool ou outras drogas, sendo assim, um forte preditor para o uso destas substâncias; Geralmente, esse uso é usado como forma de evitar ou aliviar os resultados do estresse e tentar reduzir a retraumatização. Abusos como os de ordem emocional podem dificultar o desenvolvimento de regulação emocional saudável, que pode, assim, resultar no uso de álcool ou outras drogas para alívio do sofrimento emocional.

O álcool foi a substância psicoativa mais usada, pois geralmente ela está mais próxima e acessível à criança ou adolescente, e, na fase adulta, por ser uma droga legalizada. Importante reafirmarmos o quanto a cultura nacional de beber (atrelada a felicidade e masculinidade) pode estar afetando diretamente e influenciando os jovens a consumirem, cada vez mais cedo, o álcool, pois idealizam que poderão sentir a “felicidade” que está atrelada as propagandas de bebidas.

A partir de nosso estudo, conseguimos visualizar o quanto as drogas estão inseridas nas vidas de várias pessoas desde a infância, mesmo que indiretamente. Conseguimos captar um perfil destes usuários e suas semelhanças relacionadas as experiências na infância. Além do mais, o processo de pesquisa abriu momentos para desabafo e deu voz a estes indivíduos que poucos são ouvidos pela sociedade por carregarem diversos estigmas atrelados ao consumo de drogas.

Uma fraqueza potencial deste estudos focado nas experiências da infância é que os entrevistados pode ter dificuldade em lembrar certos eventos. Dificuldade em recordar eventos da infância provavelmente resultam em erros de classificação e de análise que influenciam nossos resultados. Outra forte limitação foi em questão do “desejo social”: o indivíduo, por estar em um grupo focal, pode querer apenas responder de uma forma que considere favorável à sociedade. Não houve representantes femininas na amostra, o que é negativo para analisar fatores como gênero, por exemplo, além da falta de representatividade.

Futuramente, esta pesquisa pode ser reaplicada, considerando um maior número de dados demográficos, estudos epidemiológicos adicionais, além de uma forma mais quantitativa de se mensurar as EAIs, a partir de questionários ou avaliações padronizadas.

Tomando essas medidas mais o uso de grupos focais, pode se atingir dimensões mais exatas sobre a real influência das EAIs sobre o consumo de substâncias.

Considerando um estudo mais completo e corrigindo os vieses, podemos então avançar nas pesquisas em relação as estratégias de intervenção e identificação para tratamento ou acompanhamentos específicos relacionados a esse contexto.

Analisando mais a fundo nossas discussões, este estudo chama a atenção para uma necessidade crítica de intervenções de saúde pública. Profissionais de saúde pública e outros profissionais devem colaborar para educar e prevenir novos abusos na infância e disfunções domésticas. Através desses esforços, EAIs e seus encargos mentais, físicos e socioeconômicos de longo prazo podem ser evitados. A identificação de fatores adicionais a serem atingidos no tratamento desses jovens vulneráveis pode ser extremamente valiosa

8. REFERÊNCIAS

II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014

ALM, Susanne. **Drug abuse and life-chances - Do childhood conditions matter? Results from a Swedish life course study**. Advances in Life Course Research Volume 32, 2017.

ANDA, RF. et al. **Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood**. JAMA, 1999.

ARNAUTS I., OLIVEIRA M.L.F. **Padrão de consumo do álcool por jovens vítimas de trauma e usuários de álcool**. Rev. Min. Enferm. 2012.

ARTEAGA, I; CHEN, C.C; REYNOLDS, A.J. **Childhood Predictors of Adult Substance Abuse**. Children and youth services review. 2010.

BANDUCCI, A. et al. **The impact of childhood abuse on inpatient substance users: Specific links with risky sex, aggression, and emotion**. Child abuse and neglect, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRA, Aram. **Política de drogas en América Latina: obstáculos y próximos pasos**. Nueva Sociedad 255. 2015.

BAUMANN, M. et al. **Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender: a populationbased study**. Int J Health Geogr, 2007.

BELLIS, M.A. et al. **Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: a retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance**. BMC Public Health, 2018.

BENCHAYA, Mariana C. et al. **Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos**. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, 2011.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. **A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil**. Rev. psicopedag., São Paulo , v. 28, n. 85, p. 67-75, 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 nov. 2018.

BENNET, E.M.; KEMPER, K.J. **Is abuse during childhood a risk factor for developing substance abuse problems as an adult?**. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 1994.

BENSLEY, L.S. **Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. II. Alcohol and drug use.** Journal Adolesc Health, 1999.

BETHELL, C.D. et al. **Adverse childhood experiences: assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience.** Health Aff (Millwood). 2014.

BLUE KNOT FOUNDATION – National Centre of Excellence for Complex Trauma. What is Childhood Trauma?, 2016. Disponível em: <<https://www.blueknot.org.au/Resources/General-Information/What-is-childhood-trauma>>. Acesso em: 4 de jun

BONN-MILLER, M.O.; VUJANOVIC, A.A.; ZVOLENSKY, M.J. **Emotional dysregulation: Association with coping-oriented marijuana use motives among current marijuana users.** Substance use & Misuse, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília: SENAD, 2009.

BRASIL. Portaria nº 1.059/GM de 4 de julho de 2005, do Ministério da Saúde.

BROWN, S.M.; SHILLINGTON, A.M. **Childhood adversity and the risk of substance use and delinquency: The role of protective adult relationships.** Child abuse & Neglect, 2017.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005.** São Paulo: Páginas & Letras, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. About the CDC-Kaiser ACE study: Major findings. 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>. Acesso em: 4 de jun.

COHEN, D.A.; RICE, J. **Parenting styles, adolescent substance use, and academic achievement.** Journal Drug Educ. Journal of Drug Education, 1997

COSTA, Juvenal S Dias da; et al. **Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 284-291, Apr. 2004.

CRESWELL, J. W. **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches.** Thousand Oaks, CA: Sage, 2012

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research.** 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011

CROUCH, E. et al. **Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Alcohol Abuse among South Carolina.** Adults. Substance use & Misuse, 2017.

DA SILVA, S. L. **Ausência paterna e adição alcoólica: Os elementos que transitam e constituem essa relação.** Revista Caderno Discente, Recife, 2015.

DAL-FARRA, R. A.; LOPES, P. T. **Métodos Mistos de Pesquisa em Educação: Pressupostos Teóricos. Nuances: estudos sobre Educação,** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 67-80, set./dez. 2013

DAVSTAD, I. **Predictors of a favourable socio-economic situation in middle age for Swedish conscripts with self-reported drug use.** Drug and Alcohol Dependence, 2013.

DE BELLIS, M. D. et al. **Psychiatric co-morbidity in caregivers and children involved in maltreatment: a pilot research study with policy implications.** Child Abuse & Neglect, 2001.

DENZIN, N. K. **The values of social sciences.** Nova Yorque: Aldine, 1970.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks: Sage, 1994

DIETZ, P.M. et al. **Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood.** JAMA, 1999.

DIXON, L.J. et al. **Alcohol use motives among traumatic event-exposed, treatment-seeking adolescents: Associations with posttraumatic stress.** Journal Addictive Behaviors, 2009.

DOS REIS, Neilane Bertoni; BASTOS, Francisco Inacio. **Pesquisas sobre o consumo de drogas no Brasil.** ABERTA, SENAD, 2017.

DUBE, S.R. **Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study.** PEDIATRICS Journal, 2003.

DUBE, S.R. et al. **Cumulative childhood stress and autoimmune disease.** Psychosomatic Medicine. 2009.

DVORAK, R.D. **Alcohol use and alcohol-related consequences: Associations with emotion regulation difficulties.** American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2014.

ESTADOS UNIDOS, Department of Health and Human Services. **Healthy People 2010, I: Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health, Part A.** 2nd ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 1999.

FAMULARO, R.; KINSCHERFF, R.; FENTON, T. . Child Abuse & Neglect, 1992.

FELITTI, V. et al. **Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.** American Journal of Preventative Medicine, 1998.

FELITTI, V.J. **The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead.** *Permanente Journal*. 2002.

FELITTI, Vicent et al. **Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults.** *American Journal of Preventive Medicine*, 1998.

FERREIRA, Maria Margarida da Silva Reis dos Santos; TORGAL, Maria Constança Leite de Freitas Paúl Reis. **Tobacco and Alcohol Consumption among Adolescents.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 255-261, Apr. 2010.

FINKELHOR, D. **Improving research, policy, and practice to understand child sexual abuse.** *JAMA*. 1998.

FLICK, U.; VON KARDORFF, E.; STEINKE, I. (Orgs.). **Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick.** Reinbek. Rowohlt, 2000.

FRAGA, S. et al. **Alcohol use among 13-year-old adolescents: associated factors and perceptions.** *Public Health*, 2011.

FULLER-THOMSON, E; ROANE, J.L; BRENNENSTUHL, S. **Three Types of Adverse Childhood Experiences, and Alcohol and Drug Dependence Among Adults: An Investigation Using Population-Based Data.** *Subst Use Misuse*, 2016.

FOX, A. S. et al. **Intergenerational neural mediators of early-life anxious temperament.** *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2015.

GALDUROZ, José Carlos F et al. **Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 267-273, Apr. 2010.

GARCIA, F.; GRACIA E. **Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families.** *Journal Adolescence*. 2009.

GARLAND, E.L.; PETTUS-DAVIS, C.; HOWARD, M.O. **Self-medication among traumatized youth: Structural equation modeling of pathways between trauma history, substance misuse, and psychological distress.** *Journal of Behavioral Medicine*, 2013.

GARLAND, Eric et al. **Deficits in autonomic indices of emotion regulation and reward processing associated with prescription opioid use and misuse.** *Psychopharmacology*, 2016.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: GASKELL, G.; BAUER, M. W. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.* Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GUNTHER, Hartmut. **Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?** Brasília, Psicologia: Teoria e Pesquisa Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210

HAWKINS, J.D.; CATALANO, R.F.; MILLER, J.Y. **Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention.** Psychol Bull, 1992.

JAUDES, P. K.; EKWO, E.; VAN, J. **Association of drug abuse and child abuse.** Child Abuse & Neglect, 1995.

KALINA, E. **Psicoterapia de adolescentes.** Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1979.

KALMAKIS, K.A; CHANDLER, G.E. **Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review.** Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 2015.

KAPLAN, R.F. et al. **Alcohol dependence and responsivity to an ethanol stimulus as predictors of alcohol consumption.** British Journal of Addiction. 1983

KENDLER, K.S. et al. **Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis.** Archives of General Psychiatry, 57, 2000.

KITZINGER, J. **Focus groups with users and providers of health care.** In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Qualitative research in health care.* 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

LANGELAND, W.; HARTGERS, C. **Child sexual and physical abuse and alcoholism: a review.** Journal of studies on alcohol, 1998.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 6 ed. – 6 reimpr – São Paulo: Atlas, 2008.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **O alcoolismo.** São Paulo: Contexto; 1998.

LAWSON, K.M. et al. **A comparison of trauma profiles among individuals with prescription opioid, nicotine, or cocaine dependence.** The American Journal on Addictions, 2013.

LEBLING, C. **Child abuse as precursor to adult abuse of alcohol and drugs.** Journal Med Law, 1986.

LEEIS, M. **The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder.** Depression and Anxiety, 2010.

LEVENTHAL, A. et al. **Transformations in peer relationships at adolescence: Implications for health-related behavior.** In: Maggs JL, Schulenberg J, Hurrelmann K, editors. Health risks and developmental transitions during adolescence. New York: Cambridge University Press; 1997. pp. 161–189.

LINEHAN, M. New York, NY: Guilford Press, 1993.

- MAGURA, S.; LAUDET, A.B. **Parental substance abuse and child maltreatment: Review and implications for intervention.** Children and Youth Services Review. 1996
- MANDAVIA, Amar et al. Exposure to Childhood. **Abuse and Later Substance Use: Indirect Effects of Emotion Dysregulation and Exposure to Trauma.** Journal of traumatic stress vol. 29, 2016.
- MAYRING, Ph. Einführung in die qualitative Sozialforschung [Introdução à pesquisa social qualitativa]. (5ª ed.). Weinheim: Beltz, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MONTGOMERY, C.; FISK, J.E.; CRAIG, L. **The effects of perceived parenting style on the propensity for illicit drug use: the importance of parental warmth and control.** Drug Alcohol Rev. 2008.
- MOREIRA, M.M.; GALERA, S.A.F. **Evaluación del uso de alcohol por familias de la periferia de Guayaquil en Ecuador, por estudiantes de enfermería.** Rev LatinoAm Enfermagem. 2010.
- MORENO, Rafael Souza; VENTURA, Renato Nabas; BRETAS, José Roberto S. **Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes.** Rev. paul. Pediatr, São Paulo, 2009.
- MORGAN, D. L. *Focus group as qualitative research.* London: Sage, 1997.
- MULIA, N; ZEMORE, S.E. **Social adversity, stress, and alcohol problems: are racial/ethnic minorities and the poor more vulnerable?** Journal Stud Alcohol Drugs. 2012.
- NASCIMENTO, Larissa Tiburcio Rodrigues do; SOUZA, Jacqueline de; GAINO, Loraine Vivian. **Relationship between drug dependence and alcohol users receiving treatment in a community health center specializing in alcohol treatment.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 834-841, 2015.
- NIMH, Nacional Institute of Mental Health. What Parents Can Do. U.S. Department of Health and Human services, No. 15-3518, 2017.
- NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.
- OLIVA, A.L. **Apoio social para dependentes do álcool [tese].** Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade; 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global status report on alcohol and health. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde. 2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Terminology & Classification.; Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en. Acesso em: 4 de jun.

OSLER, M.; NORDENTOFT, M.; ANDERSEN, A.M. **Childhood social environment and risk of drug and alcohol abuse in a cohort of Danish men born in 1953**. American Journal of Epidemiology. 2006.

OUTEIRAL, J.O. **Adolescer: estudos revisados sobre adolescência**. 2nd ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 1990.

PILOWSKY, D.J.; KEYES, K.M.; HASIN, D.S. **American Journal of Public Health**. 2. Vol. 99. Washington DC: American Psychiatric Press Inc.; 2009.

PIZZOL, Silvia Janine Servidor de. **Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária**. Rev. Econ. Sociol. Rural, Brasília , v. 42, n. 3, p. 451-468, Sept. 2004 .

PRIMO, N.L.; STEIN, A.T. **Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo de base populacional**. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2004.

REIS, Tatiana Gonçalves dos; OLIVEIRA, Luiz Carlos Marques de. **Padrão de consumo de álcool e fatores associados entre adolescentes estudantes de escolas públicas em município do interior brasileiro**. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2015, v. 18, n. 1

REY-NATERA, G et al. **La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol em hombres y mujeres**. Salud Publica Mexico, 2001.

ROANE, J. L.; BRENNENSTUHL, S. **Three Types of Adverse Childhood Experiences, and Alcohol and Drug Dependence Among Adults: An Investigation Using Population-Based Data**. Substance Use & Misuse, 2016.

ROMANO, E et al. **Childhood maltreatment and educational outcomes**. Trauma, Violence, & Abuse, 2015.

ROTHMAN, E.F. et al. **Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers**, 2008.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Tradução: André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

RYAN, J.P.; TESTA, M.F. **Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability**. Children and Youth Services Review, 2005.

SIMPSON, T.L.; MILLER, W.R. **Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review**. Clinical Psychology Review, 2002.

SOUZA, Sinara de Lima et al. **A representação do consumo de bebidas alcoólicas para adolescentes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2010.

SPATZ WIDOM, C.; MARMORSTEIN, N.R.; RASKIN WHITE, H. **Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood**. Psychology of Addictive Behaviors, 2006.

STICKLEY, A. et al. **Binge drinking among adolescents in Russia: prevalence, risk and protective factors**. Addict Behav 2013.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, SAMHSA; Adverse Childhood Experience, 2017. Disponível em: <<https://www.samhsa.gov/capt/practicing-effective-prevention/prevention-behavioral-health/adverse-childhood-experiences>> . Acesso em 04 de jun.

TAVARES, B.F.; BÉRIA, J.U.; LIMA, M.S. **Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares**. Rev Saude Publica. 2004.

TRAD, Leny A. Bomfim. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde**. Physis, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009 .

UK, National Collaborating Centre for Mental Health. Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. 2005. NICE Clinical Guidelines, No. 26. 2, Post-traumatic stress disorder. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56506/>>. Acesso em: 4 de jun.

UNITED NATIONS. World Drug Report, 2017.

UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2017. United Nations publication, 2017.

VERVOORT-SCHEL, Jessica et al. **Adverse Childhood Experiences in Children with Intellectual Disabilities: An Exploratory Case-File Study in Dutch Residential Care**. International journal of environmental research and public health, 2018.

VIEIRA, P.C. et al. **Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil**. Cad Saúde Pública, 2008.

WALL, T.L. et al. **Parental history of alcoholism and problem behaviors in Native-American children and adolescents**. Alcohol. Clin Exp Res, 2000.

WASSERMAN, D.R.; LEVENTHAL, J.M. Maltreatment of children born to cocaine-abusing mothers, *American Journal of Diseases of Children*, 1993.

WESTPHAL, Márcia Faria; BÓGUS, Claudia Maria, FARIA, Mara de Mello. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil**. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, v.120, n.6, p.472-481, 1996.

WIEHN, J.; HORNBERG, C.; FISCHER, F. **How adverse childhood experiences relate to single and multiple health risk behaviours in German public university students: a cross-sectional analysis**. *BMC Public Health*. 2018.

WIDOM, C.S.; HILLER, S. **Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse**. *Alcohol Res Health*, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence**, 2006.

ZAGURI, T. *Encurtando a adolescência*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTÕES DISPARADORAS – GRUPO FOCAL

Como foi o seu primeiro contato com álcool ou outras drogas?

Como sua família reage ao seu consumo?

Quão importante é a opinião da sua família, em relação a sua condição atual?

E como era sua relação com sua família?

E como é agora a sua relação com sua família?

Quais os principais fatores que influenciaram para seu acesso ao álcool e outras drogas?

Como você classifica esses fatores em relação ao seus hábitos de consumo (quão importantes são)?

Como foi sua infância e adolescência?

APÊNDICE B**FICHA DE AUTOPREENCHIMENTO**

Esta ficha tem como objetivo o levantamento de informações dos participantes. Os dados e respostas nela contida serão de uso exclusivo do pesquisador e não serão divulgados.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/_____

IDADE: () Entre 18 e 25 anos () Entre 26 e 36 anos () 37 anos ou mais

SEXO: () MASCULINO () FEMININO

GRAU DE ESCOLARIDADE: _____

ESTADO CIVIL:

- () SOLTEIRO(A)
- () CASADO(A)
- () DIVORCIADO(A)
- () VÍUVO(A)

POSSUI ALGUMA RELIGIÃO? () NÃO () SIM. QUAL? () CATÓLICO(A)

- () EVANGÉLICO(A)
- () ESPIRITA
- () OUTRAS

HÁBITOS DE CONSUMO

QUAL A(S) SUBSTÂNCIA(S) QUE VOCÊ CONSOME? _____

QUAL FOI A ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ FEZ USO DESTA(S) SUBSTÂNCIA(S)? _____

ANEXOS

ANEXO A

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA/ADOLESCÊNCIA COMO FATOR DE RISCO PARA O ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Pesquisador: Andrea Donati Gallassi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02925318.6.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.029.295

Apresentação do Projeto:

"O presente estudo tem como objetivo identificar históricos de situações de vulnerabilidade na infância e/ou adolescência (como abuso físico; abuso sexual; abuso emocional; negligência física; negligência emocional; violência por parceiro íntimo; Mãe/Pai tratada violentamente; uso indevido de substâncias dentro de casa; histórico de doença mental na família; separação parental ou divórcio; membro da família encarcerado) e sua possível relação para o desenvolvimento do uso problemático de substâncias psicoativas. Como metodologia, serão realizados Grupos Focais com usuários de álcool e outras drogas que frequentam um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) do Distrito Federal. Os usuários serão convidados, aleatoriamente, a participar da pesquisa logo após o grupo terapêutico do serviço "grupo de música". Serão dadas todas as informações necessárias sobre a pesquisa. A análise de dados utilizada será a Análise de Conteúdo de Bardin. A literatura afirma que há vários fatores de riscos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, algumas delas são as experiências adversas na infância que, se não superadas de maneira saudável, podem gerar diversos agravos na vida adulta, incluindo o uso dessas substâncias. Espera-se que com esta pesquisa seja possível identificar as situações adversas na infância e as suas possíveis relações com o uso problemático de álcool e outras drogas quando adultos, para o planejamento de medidas de prevenção e tratamento focadas."

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 51, Sala AT3766
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-606
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.ica@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.620.295

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Correlacionar às experiências adversas na infância e/ou adolescência como fator de risco para abuso e dependência de substâncias. Analisar os hábitos de consumo abusivo/dependência de substâncias e a possível correlação deste com experiências adversas.

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil sociodemográfico de usuários do CAPS-AD III selecionado para pesquisa;
- Identificar os padrões de uso desses usuários;
- Analisar o discurso do usuário acerca de sua vivência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadoras registram o seguinte:

"Riscos: Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são desconfortos e/ou constrangimentos que poderão ocorrer ao compartilhar sua história pessoal sobre o assunto abordado, a forma de minimizá-los será por meio da compreensão prévia de todos os participantes da pesquisa acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados no estudo, assim como serão revistas criteriosamente as questões que possam trazer algum tipo de incômodo aos participantes. Poderá ocorrer momentos de sofrimento ao se acessar e compartilhar memórias e experiências, podendo causar episódios de estresse, choro e etc. A equipe de pesquisadoras estará preparada para dar apoio a todos os participantes que precisarem. Os pesquisadoras contam também com a retaguarda da equipe do Centro de Atenção Psicossocial onde a pesquisa será realizada para prestar qualquer ajuda decorrente de possíveis episódios estressores, de sofrimento, que todo o debate pode gerar. Se você aceitar participar, estará contribuindo para aprofundamento e compreensão do fenômeno social estudado, maior conexão de significados com a realidade pesquisada e os dados podem ser utilizados para estratégias terapêuticas futuras.

Benefícios:

"Contribuição para aprofundamento e compreensão do fenômeno social estudado, maior conexão de significados com a realidade pesquisada e os dados podem ser utilizados para estratégias terapêuticas futuras"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso da Terapia Ocupacional, orientado pela professora Andrea Donatti Gallassi. A pesquisa ocorrerá por meio de grupos focais. Estima-se

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Pesquisa (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 81, Sala AT87/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-606
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.ice@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Contratação do Pesquisador: 2.029.285

a inclusão de 20 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados de forma adequada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se agora, adequado de acordo com a Resolução 466, para ser realizado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1157287.pdf	07/08/2018 19:18:01		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tce_cepces.doc	07/08/2018 19:16:32	KLEVERSON GOMES DE MIRANDA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tce_cepces.pdf	07/08/2018 19:16:21	KLEVERSON GOMES DE MIRANDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	07/08/2018 19:14:40	KLEVERSON GOMES DE MIRANDA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_para_encaminhamento_de_pendencias.pdf	07/08/2018 19:01:40	KLEVERSON GOMES DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_da_Anuencia_Coparticipacao_SES.pdf	08/08/2018 11:54:22	KLEVERSON GOMES DE MIRANDA	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 51, Sala AT57/66
 Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-906
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (011) 3107-8434 E-mail: cep.ice@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.029.285

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.PDF	06/08/2018 11:41:44	KLEVERSON GOMES DE	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_GEP_carim bbado.pdf	03/07/2018 20:24:21	KLEVERSON GOMES DE	Aceito
Outros	Curriculos_LattesAndrea_Donati_Gallas si.pdf	25/06/2018 14:26:19	KLEVERSON GOMES DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_responsabilidade_assinado.pdf	25/06/2018 23:10:29	KLEVERSON GOMES DE	Aceito
Outros	Curricula_do_Sistema_de_Curriculos_L attes.pdf	19/06/2018 19:57:24	KLEVERSON GOMES DE	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_projeto_ao_cep lce.doc	19/06/2018 19:50:57	KLEVERSON GOMES DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_da_concordancia_da_instituicao_ coparticipante_especifico_para_secretaria de_saude_d1.doc	19/06/2018 19:50:00	KLEVERSON GOMES DE MIRANDA	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	modelo_de_termo_de_autorizacao_de_ uso_de_imagem_e_som_da_voz.pdf	19/06/2018 19:49:26	KLEVERSON GOMES DE MIRANDA	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	modelo_de_termo_de_autorizacao_de_ uso_de_imagem_e_som_da_voz.doc	19/06/2018 19:47:09	KLEVERSON GOMES DE MIRANDA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	19/06/2018 19:37:35	KLEVERSON GOMES DE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	19/06/2018 19:36:50	KLEVERSON GOMES DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 18 de Agosto de 2018

Assinado por:
Danielle Kaiser de Souza
(Coordenador)

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 81, Sala AT87/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-660
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61) 3107-8434 E-mail: cep.lce@gmail.com

ANEXO B – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **Experiências adversas na infância/adolescência como fator de risco para o abuso de substâncias**, sob a responsabilidade do pesquisador **Prof. Dra. Andrea Donatti Gallassi**. O projeto usará como metodologia grupos focais, dentro do CAPS-AD III de Ceilândia, para discussão acerca da temática do uso de substância e seus fatores de risco.

O objetivo desta pesquisa é confirmar ou não a hipótese de que experiências traumáticas na infância, podem ser fatores de risco para uso e abuso de substâncias psicoativas na fase adulta.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de um grupo focal, que é um grupo com outros usuários, que discutiremos sobre alguns assuntos pré-estabelecido, dentro do CAPS-AD III de Ceilândia (onde você já faz acompanhamento) logo após o Grupo de Música oferecido pelo serviço, em uma terça-feira, com um tempo estimado de 1 hora e 30 minutos, durante 2 encontros, para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são desconfortos e/ou constrangimentos que poderão ocorrer ao compartilhar sua história pessoal sobre o assunto abordado, a forma de minimizá-los será por meio da **compreensão prévia de todos os participantes da pesquisa acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados no estudo, assim como serão revistas criteriosamente as questões que possam trazer algum tipo de incômodo aos participantes**. Poderão ocorrer momentos de sofrimento ao se acessar e compartilhar memórias e experiências, podendo causar episódios de estresse, choro e etc. A equipe de pesquisadores estará preparada para dar apoio a todos os participantes que precisarem. Os pesquisadores contam também com a retaguarda da equipe do Centro de Atenção Psicossocial onde a pesquisa será realizada para prestar qualquer ajuda decorrente de possíveis episódios estressores, de sofrimento, que todo o debate pode gerar. Se você aceitar participar, **estará contribuindo para aprofundamento e compreensão do fenômeno social estudado, maior conexão de significados com a realidade pesquisada e os dados podem ser utilizados para estratégias terapêuticas futuras**.

Os riscos decorrentes de participação do indivíduo na pesquisa são desconfortos ou constrangimentos que poderão ocorrer ao compartilhar sua história pessoal sobre o assunto abordado. Poderá ocorrer momentos de sofrimento ao se acessar e compartilhar memórias e experiências, podendo causar episódios de estresse, choro e etc. A equipe de pesquisadores estará preparada para dar apoio a todos os participantes que precisarem. Os pesquisadores contam também com a retaguarda da equipe do Centro de Atenção Psicossocial onde a pesquisa será realizada para prestar qualquer ajuda decorrente de possíveis episódios estressores, de sofrimento, que todo o debate pode gerar.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo gastos com alimentação. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da

pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na **Universidade de Brasília** podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Prof. Dra. Andrea Donatti Gallassi**, na Universidade de Brasília, no telefone: **61 981892484**, disponível inclusive para ligação a cobrar ou no e-mail **andrea.gallassi@gmail.com**, ou para **Kleverson Gomes de Miranda**, na **Universidade de Brasília**, no telefone **61 998397946**, disponível inclusive para ligação a cobrar ou no e-mail **Kleversongome@gmail.com**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955 ou pelo e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Prof. Dra. Andrea Donatti Gallassi

Brasília, ____ de _____ de _____.