UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE UFCSPA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Simone Fernandes dos Santos

Da progressão no uso de drogas até a abstinência: uma intervenção de prevenção da recaída

Porto Alegre
2015

Simone Fernandes dos Santos

Da progressão no uso de drogas até a abstinência: uma intervenção de prevenção da recaída

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Doutora

Orientadora: Dra. Helena Maria Tannhauser Barros
Coorientadora: Dra. Maristela Ferigolo

Porto Alegre
2015

Catalogação na Publicação

Fernandes, Simone
Da progressão no uso de drogas até a abstinência : uma intervenção de prevenção da recaída / Simone Fernandes. -- 2015.
90 p. : 30 cm.

Tese (doutorado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2015.

Orientador(a): Helena Maria Tannhauser Barros ; coorientador(a): Maristela Ferigolo.

1. Abstinência. 2. Prevenção da recaída. 3. Drogas. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS 4
LISTA DE QUADROS 4
LISTA DE TABELAS 5
LISTA DE ABREVIATURAS 5
1 INTRODUÇÃO 11
1.1 Uso de Drogas e Abstinência 12
1.2 Recaída no Uso de Drogas 16
1.3 Abordagem por Telefone 21
2 OBJETIVOS 23
2.1 Objetivo Geral 23
2.2 Objetivos específicos 23
3 JUSTIFICATIVA 24
REFERÊNCIAS 25
ARTIGOS 28
CONSIDERAÇÕES FINAIS 88

LISTA DE FIGURAS

Tese - Introdução

Figura 1 – Modelo de recaída 17
Figura 2 – Modelo dinâmico de recaída 18

Artigo 1: Relapse prevention: description of a model of intervention in telehealth for recent abstainers

Figure 1 – Intervention for prevention relapse by use of telephone 40
Figure 2 – Number of risk situations experienced and coping strategies used by ex-users over the 90 days 42

Artigo 2 – Pregression in drug use: a cross-sectional study in a service telehealth

Figure 1 – Data for prevalence of first use and mean age of starting use of each drug according to region of the country 55
Figure 2 – Distribution of data on progression of drug use when the initial drug used was alcohol 56
Figure 3 – Distribution of data on progression of drug use when the initial drug used was tobacco 57
Figure 4 – Distribution of data on progression of drug use when the initial drug used was marijuana 58

Artigo 3: Estratégias de enfrentamento e situações de risco para recaída percebidas por ex-usuários de drogas

Figura 1 – Tratamentos utilizados pelos ex-usuários para permanecer em abstinência 72

Considerações Finais

Figura 3 – Linha de tempo da progressão no uso de drogas até a manutenção da abstinência 87

LISTA DE QUADROS

Artigo 1 – Relapse prevention: description of a model of intervention in telehealth for recent abstainers

Frame 1 – Categories based on cores in the speeches of abstinent for situations of risk for the use of drugs and coping strategies, from the content analysis 41

Artigo 3: Estratégias de enfrentamento e situações de risco para recaída percebidas por ex-usuários de drogas

Quadro 1 - Categorias criadas a partir dos núcleos das falas dos abstinentes para situações de risco para recaída, a partir da análise de conteúdo 70

Quadro 2 – Categorias criadas a partir dos núcleos das falas dos abstinentes para estratégias de enfrentamento para não recair, a partir da análise de conteúdo 71

LISTA DE TABELAS

Artigo 1: Relapse prevention: Description of a model of intervention in telehealth for recent abstainers

Tabela 1 – Demographic characteristics and time of abstinence of ex-users who participated in the study 39

Tabela 2 - Chances in risk situations, the baseline data for the data for 60 days or 90 days, related to the use of drugs in accordance with the perception of ex-user (McNemar´s Test) 43

Tabela 3 - Chances in coping strategies the baseline data to the data for 60 days or 90 days, related to the use of drugs in accordance with the perception of ex-user (McNemar´s Test) 44

Artigo 2: Progression in drug use: a cross-sectional study in a service telehealth

Table 1 - Distribution of sociodemographic data according to first drug consumed 54

Artigo 3: Estratégias de enfrentamento e situações de risco para recaída percebidas por ex-usuários de drogas

Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica dos dados da amostra de acordo com a faixa-etária dos indivíduos 69

Tabela 2 – Distribuição dos dados de consumo, motivação e autoeficácia da amostra 72

Artigo 4: Ex-usuários de drogas: benefícios percebidos com a parada do consumo

Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica dos dados da amostra segundo as categorias de benefícios citadas pelos ex-usuários de acordo com a droga que consumiam 85

Tabela 2 – Categorias de benefícios citadas pelos ex-usuários de acordo com a droga que consumiam 86

LISTA DE ABREVIATURAS

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre CENAPS – *Center of Applied Sciences*
EVA – Efeito de Violação da Abstinência
AVE – Abstinence Violation Effect
SENAD _ Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas ANOVA – *Analysis of Variance*
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* IBM – *International Business Machine*
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
AA – Alcoólicos Anônimos
Dp – Desvio Padrão

Resumo

O uso e abuso de drogas é um problema de saúde pública mundial. Seu início ocorre geralmente na adolescência e pode continuar por vários anos na vida do usuário. Em alguns casos, o consumo pode apresentar progressão, ou seja, o usuário deixa de consumir apenas uma droga e passa a ser poliusuário. Ou então, passa do consumo de drogas lícitas para o consumo de drogas ilícitas. A presente tese teve como objetivos estudar a progressão no uso de drogas entre poliusuários; as situações de risco para recaída e estratégias de enfrentamento utilizadas para não retornar ao consumo de drogas; e benefícios percebidos com a parada do consumo entre ex-usuários. Além disso, propôs um acompanhamento de 90 dias utilizando uma intervenção baseada no modelo de prevenção de recaída postulado por Alan Marlatt, com o objetivo de evitar que os ex-usuários retornassem ao consumo de drogas. Os dados foram coletados no Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas - Ligue 132. Este é um serviço de telessaúde especializado no atendimento de questões relacionadas ao uso de drogas e abstinência. O atendimento é gratuito, garante o anonimato de quem liga e está disponível a toda a população brasileira por qualquer tipo de aparelho telefônico. Os atendentes são graduandos da área da saúde que contam com treinamento e supervisão de profissionais (pós-graduados ou com pós-graduação em curso) da mesma área. Os dados da amostra foram armazenados em um *software* utilizado pelo atendimento telefônico do Ligue 132. Variáveis sociodemográficas foram analisadas por frequência e porcentagem; diferenças entre situações de risco e estratégias de enfrentamento em 60 e 90 dias foram analisadas pelo teste qui-quadrado McNemar e, para verificar a mudança no número de situações de risco e

estratégias de enfrentamento utilizadas ao longo do tempo foi realizada

ANOVA de Medidas Repetidas por Postos (Teste de Friedman) seguida pelo

Teste de Tukey para comparações múltiplas. Para se chegar a uma

identificação objetiva e sistemática sobre as situações de risco, estratégias de

enfrentamento e benefícios da parada do consumo de drogas, foi realizada

análise de conteúdo. A coleta de dados proporcionou a produção de 4 artigos:

1. Prevenção da Recaída: descrição de um modelo de intervenção em telessaúde para abstinentes recentes. Este estudo propôs uma intervenção para manutenção da abstinência e prevenção da recaída em uma coorte de abstinentes de drogas (n=34) que foram acompanhados por 90 dias. Os principais resultados indicam a manutenção da abstinência durante os 90 dias de acompanhamento; a diminuição do número de situações de risco para recaída e diminuição das estratégias de enfrentamento.
2. Progressão no uso de drogas: um estudo transversal em um serviço brasileiro de telessaúde. Este estudo teve como objetivo identificar a sequência de uso de drogas entre poliusuários. Para tanto, caracterizou o perfil sociodemográfico e de consumo dos indivíduos, além de identificar a idade de início do consumo de cada droga citada pelos indivíduos da amostra (n=735) e a idade com a qual progrediram no consumo. Os resultados indicam o consumo inicial predominante de drogas lícitas seguido por drogas ilícitas (álcool, seguido por tabaco, maconha, cocaína/crack).
3. Estratégias de enfrentamento e situações de risco para recaída percebidas por abstinentes de drogas. Este estudo identificou as principais situações de risco e estratégias de enfrentamento utilizadas por abstinetes de drogas que ligaram para o Ligue 132 (n=80); perfil sociodemográfico dos indivíduos da amostra e seu consumo de substâncias antes da parada do uso. Com os resultados do estudo foi possível constatar que os abstinentes perceberam situações de risco que puderam ser agrupadas em 3 categorias distintas de determinantes interpessoais: desejo e tentações; pressão social e estados emocionais

negativos. Quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos abstinentes, foi possível agrupar em 8 categorias: evitação; distração; suporte social; religiosidade; refletir sobre o uso; automotivação; mudar ciclos de amizade e controle sobre o dinheiro.

4. Abstinentes de drogas: benefícios percebidos com a parada do consumo. Este estudo descreveu os benefícios relatados pelos indivíduos da amostra (n=92) a partir da parada do consumo de drogas e os relacionou com o perfil sociodemográfico e droga utilizada antes da parada. A análise de conteúdo permitiu agrupar os benefícios em 6 categorias: melhora na saúde; sentimentos positivos; melhora no desempenho; apoio social; economia de dinheiro e religiosidade. Sobre os resultados, foi possível identificar que as categorias sentimentos positivos e apoio social foram aquelas de maior ocorrência entre os indivíduos; as categorias melhora na saúde e no desempenho tiveram semelhanças nos resultados para todas as variáveis sociodemográficas. Os resultados também foram semelhantes com relação à droga anteriormente consumida.

Com os dados obtidos, pudemos perceber a importância de desenvolver intervenções focadas na prevenção da recaída e planejar acompanhamento para o período após a parada do consumo. Para tanto, conhecer as situações de risco e estratégias de enfrentamento utilizadas, além dos benefícios percebidos pelo abstinente, pode auxiliar nesse planejamento.

Palavras-chaves: estratégias de enfrentamento; telessaúde; recaída

Abstract

Drug use and drug abuse is a worldwide public health problem and Its onset usually occurs in adolescence and may continue for several years in the life of the user. In some cases, the consume can submit progression. When this occurs the drug user ceases to consume only one drug of abuse and begins consume more drugs. Or, if started licit drugs use, begins the illicit drug consume. This thesis aimed to study the progression in drug use among poliusers; risk situations for relapse and coping strategies used to not return to drug use; and benefits to stop consumption. It also proposed 90-day follow-up using an intervention based on relapse prevention model postulated by Alan Marlatt, in order to prevent return to drug use. Data were collected in the Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas - Ligue 132. This is a specialized telehealth service about issues related to drug use and abstinence. The service is free, ensures the anonymity of the caller and is available to the entire Brazilian population. The attendants are students from the health area that have training and supervision of professionals (post graduate or post graduate in progress) of the same area. The sample data were stored in a software used by Ligue 132. Sociodemographic variables were analyzed by frequency and percentage; differences between risk situations and coping strategies in 60 and 90 days were analyzed by chi-square test and McNemar. To verify the change in the number of risk situations and coping strategies over time was performed by Repeated Measures ANOVA posts (Friedman test) followed by the Tukey test for multiple comparisons. To achieve an objective and systematic identification of risk situations, coping strategies and drug cease benefits use, was performed content analysis. Data collection has enabled the production of 4 articles:

1. Relapse prevention: description of a model of telehealth for recent drug abstainers. This study proposed an intervention for abstinence and relapse prevention in a cohort of abstainers (n = 34) who were followed for 90 days. The main results indicate the maintenance of abstinence during the 90 day follow-up; reduction the number of risk situations for relapse and reduction the number of coping strategies.

2. Progression in drug use: a cross sectional study in a Brazilian telehealth service. This study aimed to identify the drug use sequence between poliusers.

To this end, featured the sociodemographic profile and consumption of individuals, and identified the age of onset of use of each drug cited by individuals in the sample (n=735) and the age at which progressed in consumption. The results indicate the predominant initial licit drug use followed by illicit drugs (alcohol, followed by tobacco, marijuana, cocaine/crack).

3. Coping strategies and risk situations for relapse perceived by former drug users. This study identified the main risk situations and coping strategies used by former drug users who called to the Ligue 132 (n=80); sociodemographic profile of the sample individuals and their substance use prior to stop the use. With the results of the study it was found the risk situations perceived by users could be grouped into 3 distinct categories of interpersonal determinants: desire and temptation; social pressure and negative emotional states. The coping strategies used by former users were grouped together into 8 categories: avoidance; distraction; social support; religiosity; reflect on the use; self-motivation; change friendship cycles and control over the money.

4. Former drug use: drug cease benefits use. This study described the benefits reported by former drug users of the sample (n = 92) from the stop drug use and related them with the sociodemographic characteristics and drug use before the stop. Content analysis allowed us to group the benefits into 6 categories: improved health; positive feelings; improved performance; social support; saving money and religiosity. On the results, we found that the categories *positive feelings* and *social support* were those most frequent among individuals; categories *improved health* and *performance* had similarities in the results for all sociodemographic variables. The results were also similar with respect to drug previously consumed.

With the data obtained, we realized the importance of developing interventions focused on relapse prevention and monitoring plan for the period after stopping consumption. Therefore, know the hazards and coping strategies, and the benefits perceived by the former user, can assist in this planning.

Keywords: coping; telehealth; relapse

1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas é um problema de saúde pública mundial que causa prejuízos significativos para a sociedade (BROWN, 2010). O início do uso de drogas ocorre entre 14 e 15 anos de idade nos Estados Unidos. E, na adolescência tardia, em torno de 78% dos adolescentes consomem álcool e 42% consomem alguma droga ilícita (WHO, 2006; SWENDSEN et al, 2012). No Brasil, no ano de 2009, o consumo na faixa-etária de 10 anos a 12 anos para álcool foi de 30,6% e 3,5% para tabaco e, para drogas como maconha, cocaína e crack, o consumo foi de até 0,5%. O consumo aumenta de acordo com a idade, chegando a 86,4% para álcool e 40,5% para tabaco na faixa-etária de 19 anos ou mais e, para maconha, cocaína e crack, o consumo chegou a 16,4% na mesma faixa-etária (CARLINI et al, 2010).

A progressão do consumo de drogas pode variar em cada caso, porém, sabe-se que o uso de drogas lícitas precede o uso de drogas ilícitas (LOPES et al, 2013). Assim, temos uma ideia de progressão de consumo e, já há algum tempo, sabe-se que entender como este fenômeno ocorre pode auxiliar na prevenção ao consumo da droga inicial (KANDEL & YAMAGUCHI, 1992).

Embora seja fato comum haver intervenções focadas na cessação do consumo das drogas (RUNDIO, 2013; GILBURT et al., 2012; FERNANDES et al, 2010), ainda há poucos estudos focados no período de manutenção da abstinência (STOFFELMAYR, WADLAND & PAN, 2003), que tem importante papel no tratamento do dependente químico (MARLATT, 2009).

A abordagem de prevenção da recaída mais conhecida é o modelo postulado por Alan Marlatt (1985), no qual as situações de alto risco para

recaída, estratégias de enfrentamento, autoeficácia, efeito de violação da abstinência, são importantes aspectos a se considerar no período de manutenção da abstinência. Assim, estudos nesta área baseiam-se neste modelo e, de acordo com esta situação, não há muitas intervenções estruturadas para prevenção da recaída.

Ainda assim, a demanda de pacientes em serviços de atenção básica a saúde que buscam tratar seus problemas relacionados com drogas é elevada, o que dificulta o atendimento para toda a população no sistema de saúde. Por isso, buscar novas formas de tratamento, como os serviços de telessaúde, que ofereçam fácil acesso à população pode ser uma boa alternativa para alcançar objetivos de cessação de consumo de drogas e manutenção da abstinência (FERNANDES et al, 2010; SIGNOR et al, 2013). No Brasil, existe um serviço que oferece teleatendimento personalizado sobre questões relacionadas ao uso de drogas, de maneira gratuita, a população (SOUZA et al, 2008).

Nesse contexto, a necessidade de incluir uma intervenção de prevenção de recaída oferecida por telefone, gerou a iniciativa de desenvolvimento do presente estudo de doutorado, a fim de prestar o cuidado à população de usuários de drogas em recuperação. A intervenção foi oferecida por meio de atendimento telefônico em uma coorte acompanhada por 90 dias, na qual considerou-se as situações de risco para recaída e as estratégias de enfrentamento utilizadas por abstinentes de drogas.

1.1 Uso de Drogas e Abstinência

O uso de drogas interfere de forma significativa na vida do indivíduo resultando em prejuízos a saúde, no âmbito das relações pessoais,

profissionais e de inserção social e jurídica. Trata-se de um problema crescente no mundo entre a população em geral. Em torno de 1,5% a 3% da população mundial com idades entre 15 e 64 anos fizeram uso de drogas no mês anterior a entrevista realizada pelo *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2011). No ano de 2010, somente nos EUA, o uso de drogas atingiu 22,6 milhões de pessoas com 12 anos ou mais (uso no último mês) (SAMHSA, 2011). No Brasil, conforme os levantamentos nacionais sobre consumo de drogas, o uso de todas as drogas aumentou nos último anos. O uso de álcool aumentou em 4 anos em 5,9%; o de tabaco em 2,9%; o de maconha 1,9%; seguidos por cocaína e crack (0,6% e 0,3%, respectivamente) (DUARTE et al., 2009).

Uma possível consequência do consumo de drogas é a dependência, que se caracteriza por critérios diagnósticos como: 1) O indivíduo consome a substância em grandes quantidades ou períodos maiores do que pretendia; 2) O indivíduo pode expressar um persistente desejo de parar ou regular o uso da substância e pode relatar múltiplos insucessos para diminuir ou parar o uso; 3) O indivíduo pode gastar grande parte do tempo para conseguir drogas, usá-las ou para se recobrar dos seus efeitos; 4) Craving, manifestado por um intenso desejo pela droga que faz com que o indivíduo não consiga pensar em outra coisa, pode ocorrer a qualquer momento, mais geralmente ocorre em locais onde a droga foi obtida ou consumida; 5) O indivíduo tem problemas pessoais por causa das drogas (tais como em casa, no trabalho, na escola); 6) O indivíduo continua usando a droga mesmo tendo persistente problemas sociais ou interpessoais causados ou aumentados pelo uso da substância; 7) O indivíduo apresenta baixo rendimento em atividades sociais, ocupacionais ou

recreacionais por causa do uso da substância; 8) O indivíduo pode estar em situações de riscos físicos sob efeito ou logo após o efeito de drogas; 9) O indivíduo pode continuar o uso da substância mesmo sabendo que tem problemas físicos ou psicológicos que estão relacionados ao uso da substância; 10) Tolerância - o indivíduo precisa de doses maiores da substância para obter os mesmos efeitos que obtinha antes com doses menores; 11) Abstinência - é uma síndrome que ocorre quando há diminuição da concentração da substância no sangue. Depois de desenvolver os sintomas o indivíduo tende a consumir a substância para aliviá-los. A dependência é considerada *leve* quando estão presentes 2 ou 3 critérios; *moderada* quando há 4 ou 5 critérios e *severa* quando o indivíduo apresenta 6 ou mais critérios (APA, 2013).

Outra particularidade a respeito do uso de drogas é a progressão do uso, pois geralmente usuários de drogas consomem mais de uma substância (SIGNOR et al., 2013; FERNANDES et al., 2010; SOUZA et al., 2008). A progressão feita pelos usuários para o consumo de diferentes drogas vem sendo estudada há algum tempo e, assim, existem hipóteses a considerar sobre o assunto. A hipótese mais prevalente é a de que o consumo tem início por drogas lícitas e segue para drogas ilícitas; depois o consumo progrediria para outras drogas ilícitas (KANDEL, 1992; DEGENHARDT, 2009, 2010; OURS, 2007). Nos casos em que o consumo inicia por drogas ilícitas também terá progressão para outras drogas ilícitas (FERGUSSON, 2000).

Nesta perspectiva, existem duas teorias que tentam explicitar como ocorre a progressão do uso de drogas: a teoria *stepping-stone* e a teoria *gateway.* A teoria *stepping-stone* simboliza a progressão utilizando a ideia de pedras de um

rio. Como se o usuário seguisse uma trilha principal de pedras que atravessam o rio e, uma vez iniciado o trajeto não há mais como voltar (OURS, 2007). Assim, o usuário, necessariamente, progredirá no uso. A teoria *gateway* compara o uso de drogas a um portal que leva a vários outros portais. Cada novo portal simboliza uma nova droga, um novo risco para progressão. Desta forma, o usuário poderá usar uma determinada droga e jamais progredir para outras, ou poderá experimentar novas drogas. Embora as duas teorias trabalhem com a hipótese de progressão, na teoria gateway existe a possibilidade da parada da progressão, ou seja, assim que se inicia o consumo de uma droga, há aumento do risco de progredir para outras drogas com maior potencial aditivo, no entanto, a progressão pode não ocorrer (OURS, 2007).

A hipótese *gateway* envolve três proposições: *sequência de uso*, supondo que o uso de uma substância é regularmente iniciado antes de outra; *associação de início de uso*, na qual o início de uma substância aumenta a probabilidade de uso de uma 2º substância; e *relação causal*, em que o uso da primeira substância realmente leva ao consumo da segunda substância (KANDEL, 2003). Entender como ocorre a sequência de progressão de uso é importante porque pode auxiliar na prevenção em relação à droga que serve como “porta de entrada” (primeira droga utilizada pelo indivíduo) (KANDEL & YAMAGUCHI, 1992).

O usuário de drogas enfrenta as dificuldades de manter-se abstinente durante o tratamento e após a obtenção da abstinência. O período de abstinência, relatado como um mal-estar físico e psicológico que inicia no momento da interrupção do uso de drogas, caracteriza-se por sintomas desagradáveis que podem levar o indivíduo a recaídas (VANDREY et al.,

2005). Indivíduos relatam irritabilidade, inquietação, diminuição do apetite, distúrbios do sono, comportamento agressivo e desconforto físico, como os principais sintomas de abstinência (APA, 2013). As taxas de recaída para álcool e tabaco chegam a 90% em acompanhamentos de 12 meses (BRANDON, 2007; ORLEANS 2000), as quais são semelhantes para outras substâncias (KIRSHENBAUM, 2009).

Desta forma, o processo de prevenção de recaída deve ser parte do tratamento, a ser trabalhado assim que o indivíduo obtém a abstinência. Daí a importância do entendimento das causas desencadeantes da recaída. Entender qual o maior e mais frequente risco ao uso de drogas e qual melhor estratégia para enfrentá-lo, fará com que aumente a eficácia dos tratamentos e também o período de abstinência.

As estratégias utilizadas em momentos de tentação ao uso e na síndrome de abstinência são importantes fatores a serem trabalhados para manter a cessação do uso de drogas. Programas de prevenção de recaída têm utilizado o entendimento destes momentos e trabalhado tais situações com o objetivo de manutenção de abstinência (BRANDON, 2007; MARLATT, 2009; SILVIA, 2004; MOTTILLO, 2009).

1.2 Recaída no Uso de Drogas

A recaída no uso de drogas é um entrave ao processo de cessação do consumo (HENDERSHOT, 2011), considerando-se um aspecto importante do tratamento. Ao contrário do que se possa pensar, a prevenção da recaída não deve ser trabalhada apenas após a interrupção do uso de drogas, é uma meta importante durante todo o tratamento, pois envolve a identificação de

consideráveis fatores que podem contribuir para a continuidade do uso (MARLATT, 2009).

Existem dois modelos principais de Prevenção da Recaída: o modelo de Terence Gorski - CENAPS® e o modelo de Alan Marlatt (TRIGO, 2006). Os modelos contam com semelhanças e diferenças em seus conceitos. Gorski preconizou o modelo psicoeducativo influenciado pelo modelo médico; e Marlatt trabalhou com o modelo socioeducativo, que teve influências da psicologia cognitiva, experimental, social e da teoria da aprendizagem social. Ambos os modelos abordam a necessidade de identificação de risco e sinais de aviso, evitar riscos, equilíbrio no estilo de vida e acesso ao apoio social. Dentre as diferenças entre os modelos, enquanto Gorski trabalha com ênfase na experiência clínica, com o conceito de doença crônica e, se houver um conselheiro ou grupo de autoajuda, a presença de um terapeuta pode ser dispensada; Marlatt trabalha com validação científica da teoria e presença de terapeuta experiente (TRIGO, 2006). Os conceitos abordados nesta tese e a intervenção proposta estão baseados no modelo sócio-cognitivo de Marlatt.

No contexto de prevenir a recaída, é importante salientar que este termo refere-se a “um processo que começa antes da primeira violação comportamental e continua para além” (BRANDON, 2007, p.259). Trata-se de um processo dinâmico, no qual o indivíduo volta a ter o padrão inicial de consumo de drogas após um período de abstinência. Difere-se do termo “lapso”, que caracteriza “um breve momento de retorno ao comportamento anterior (MARLATT, 2009). Quando o retorno ao consumo ocorre, o indivíduo está sob o efeito de violação da abstinência (EVA), ou seja, um estado emocional caracterizado pelo arrependimento por ter voltado a consumir a

droga (MARLATT, 1985, 2009; BRANDON, 2007). O EVA está diretamente relacionado a alterações no componente afetivo e no componente cognitivo do indivíduo. O componente afetivo envolve questões de auto culpar-se, vergonha e desesperança, enquanto o componente cognitivo atribui o retorno ao uso a fatores internos e incontroláveis, aumentando a probabilidade de recaída. Enquanto o indivíduo está sob o efeito de violação da abstinência, pode ter comportamentos de risco para retorno ao consumo, pois sente como se todos os esforços para manter-se abstinente tivessem se perdido (MARLATT, 2009; BRANDON, 2007).

O modelo de prevenção de recaída adotado trabalha com foco nas situações de alto risco para o retorno ao uso de drogas e respostas de enfrentamento para tais situações. Situações de alto risco são os estímulos que precipitam o início do uso de substâncias após um período de abstinência. Estes estímulos são internos (psicológico) ou externos (ambiental) e colocam em perigo a autoeficácia do indivíduo (DIEHL et al., 2011). A autoeficácia é a percepção do indivíduo sobre suas capacidades para executar uma determinada atividade (BANDURA, 1977). As respostas de enfrentamento são estratégias de esforços cognitivos e comportamentais que os indivíduos utilizam para lidar com as situações de risco internas ou externas (FOLKMAN, S., 1984; SUIT & PEREIRA, 2008).

Assim, a prevenção da recaída usa técnicas de monitoramento de habilidades de enfrentamento, avaliação e reforço da autoeficácia e fatores de estilo de vida do indivíduo, pois estes elementos podem aumentar a probabilidade da recaída. Envolve, basicamente, identificar potenciais riscos

interpessoais, intrapessoais, ambientais, fisiológicos e fatores ou situações que possam acionar e manter o processo de recaída (MARLATT, 2009).

O modelo inicial de prevenção da recaída tem uma compreensão linear do processo, ou seja, se concentra na situação de alto risco e na resposta de enfrentamento eficaz, como elementos essenciais para garantir a autoeficácia e a abstinência continuada. Desta forma, a alteração nestes dois elementos seria a diferença entre conseguir prevenir a recaída ou não, conforme representado pela figura 1 (MARLATT, 1985):

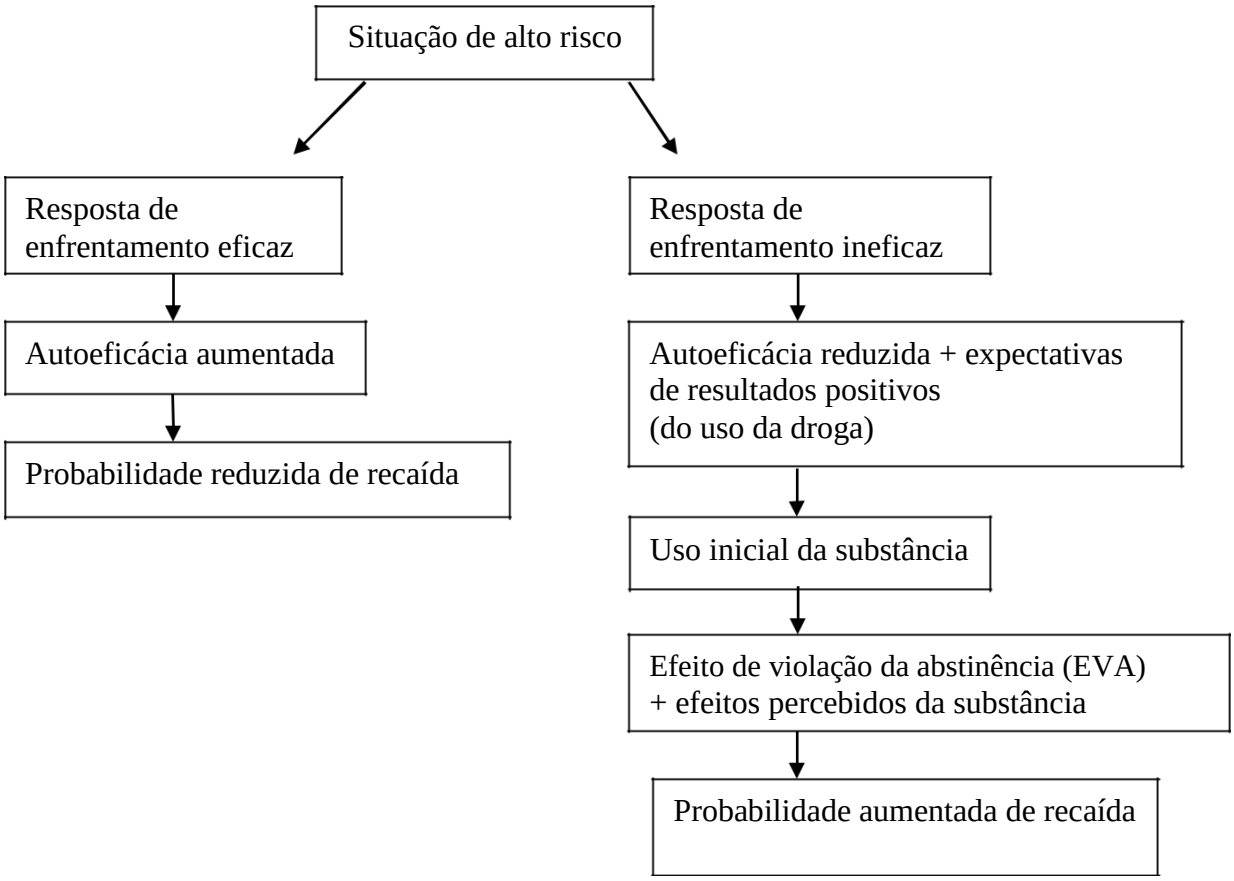


Figura 1 – Modelo de recaída (Marlatt e Gordon, 1985).

Embora as situações de alto risco e as respostas de enfrentamento eficaz aumentem a probabilidade de abstinência quando associados ao apoio social adequado, afeto positivo e expectativas de resultados negativos do uso da

droga, o processo que envolve a recaída parece ser mais dinâmico. O modelo atual está voltado para o processo como um todo, tendo o foco na interação entre vários fatores que podem levar a uma situação de alto risco e podem estar presentes durante esta situação. Este modelo leva em consideração que o indivíduo convive com diversos eventos que podem ativar as situações de risco. Sua resposta de enfrentamento pode ser entendida como um sistema de auto organização no qual há a incorporação de fatores de riscos distais (aqueles fatores que representam o risco da recaída) como: anos de dependência, história familiar e apoio social; processos cognitivos como: autoeficácia, expectativa de resultados da droga, fissura, EVA e motivação; e habilidades de enfrentamento cognitivo-comportamentais. Também estão presentes as influências proximais, as quais formam a relação entre os diversos componentes de risco presentes no processo de abstinência (MARLATT, 2009). Abaixo (Figura 2), o modelo dinâmico de recaída representa a interação dos diversos fatores para o processo de recaída (as linhas pontilhadas representam as influências proximais e, as sólidas, as distais):

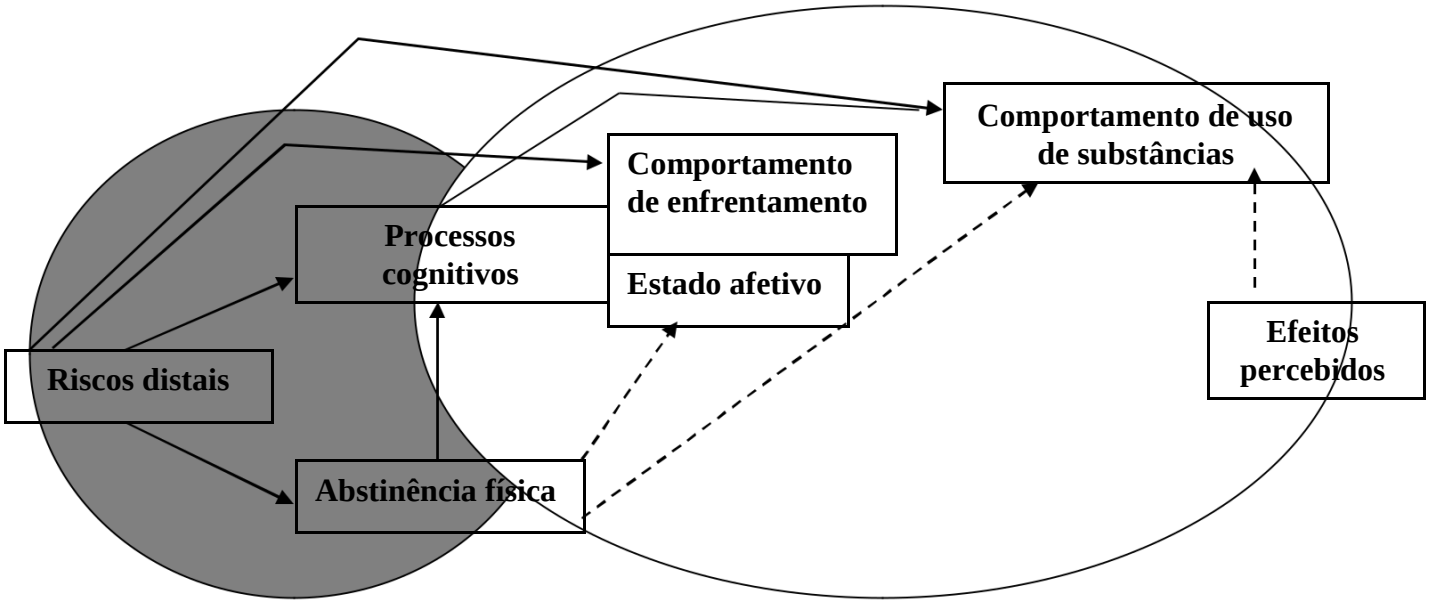


Figura 2 – Modelo dinâmico de recaída (Witkiewitz e Marlatt, 2004).

Desta forma, o processo de prevenção de recaída deve ser entendido como parte do tratamento, a ser trabalhado assim que o indivíduo obtém a abstinência. A fase de prevenção de recaída perdura por toda a vida do ex-usuário, uma vez que situações que envolvem risco ao uso dificilmente deixarão de existir. Daí a importância de desenvolver programas voltados a prevenção da recaída e aperfeiçoar o entendimento das causas desencadeantes da recaída, visando uma orientação mais direcionada para cada situação de risco. Entender qual a maior e mais frequente tentação ao uso de drogas e qual a melhor estratégia para enfrentá-la, fará com que aumente a eficácia dos tratamentos e, também, o período de abstinência. Deste modo, é essencial que se considere a inclusão de uma orientação adequada de prevenção de recaída para os programas que atendem dependentes químicos.

1.3 Abordagem por Telefone

Alternativas inovadoras como os serviços de telessaúde para atender a população de usuários e ex-usuários são possibilidades para a resolução do problema do número de indivíduos que necessitam dos locais de atendimento e, muitas vezes não conseguem os cuidados necessários. Serviços de telessaúde fornecem informações e atendimentos à distância, para prestar assistência à população. Em se tratando de dependência química, as linhas telefônicas de informações, orientações e aconselhamento possibilitam intervenções que facilitam a comunicação do profissional da saúde com o paciente. Além disso, auxiliam na obtenção de informações importantes sobre o contexto em que vive o usuário de drogas (SOUZA et al, 2008; FERNANDES

et al, 2010). As intervenções por telefone surgem como uma alternativa para potencializar a efetividade das intervenções clínicas e a qualidade do atendimento aos pacientes (ZHU, 1996; FRIEDMAN, 1997).

No Brasil, há um serviço de telessaúde que atende todo o território nacional, de forma gratuita e anônima. O Serviço Nacional de Orientações e Informações Sobre a Prevenção do Uso Indevido de drogas – Ligue 132, foi concebido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD em conjunto com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). É uma central telefônica aberta à população, para orientações e informações sobre as características das drogas psicoativas, sua ação no organismo, sobre prevenção ao uso, recursos disponíveis na comunidade, para quem precisa de algum tipo de ajuda, e intervenções para cessar o uso de drogas (SOUZA et al, 2008). Como uma forma de prestar auxílio à população no que diz respeito à dependência química, este serviço demonstra eficácia para cessação do uso de drogas como maconha, tabaco e álcool (FERNANDES et al, 2010; SIGNOR et al, 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estudar a progressão no uso de drogas e as situações de risco para recaída e estratégias de enfrentamento utilizadas para não retornar ao consumo de drogas.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a progressão entre os tipos de drogas entre poliusuários;
- Identificar características sociodemográficas e de consumo dos ex-usuários de drogas;
- Identificar situações de risco para recaída e estratégias de enfrentamento percebidas por ex-usuários de drogas;
- Identificar benefícios percebidos por ex-usuários na parada do consumo de drogas.

3 JUSTIFICATIVA

O uso de drogas, que vem crescendo ano após ano, é motivo de preocupação para profissionais da saúde. Entender a progressão do consumo pode proporcionar o planejamento de estratégias para a prevenção do início do uso voltadas a população específica (geralmente adolescentes e adultos jovens) e para aquelas drogas que são as primeiras a serem consumidas. Isso certamente terá impacto nos índices de dependência e início de uso.

A importância da fase de manutenção da abstinência no tratamento da dependência química faz com que seja necessário o desenvolvimento de um programa de prevenção da recaída a fim de sustentar a cessação do consumo de drogas. Atualmente, não há muitas intervenções de prevenção da recaída em tratamentos de dependentes químicos especialmente em programas públicos de saúde. Sabe-se, também, que o acesso do usuário de drogas no sistema de saúde pública é dificultado pelas poucas vagas disponíveis para o atendimento em saúde mental no país. Assim, unir uma abordagem de prevenção de recaída aplicada por telefone pode ser benéfico à população que necessita de cuidados após a obtenção da abstinência de drogas. É um acesso gratuito, que pode ser realizado de qualquer telefone e em qualquer local que o ex-usuário esteja, inclusive nos momentos de tentação para reiniciar o uso de drogas.

Desta forma, a preocupação em entender os processos de progressão de uso e prevenção da recaída pode melhorar os tratamentos para a parada do uso de drogas e para manutenção da abstinência. E, com uma abordagem mais adequada, será possível beneficiar a população em geral e instrumentalizar os profissionais que atuam no cuidado a estas pessoas.

REFERÊNCIAS

1. BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, Washington, v. 84, n.2, p. 191-215, 1977.

2. BRANDON, T.H; VIDRINE, J.I; LITVIN, E.B. Relapse and relapse prevention. **Rev Clin Psychol**, v. 3, n. , p.257-284, 2007.

3. BROWN, R.A.; Ana M. ABRANTES, A.AM.; READ, J.P.; MARCUS, B.H.; JAKICIC, J.; STRONG, D.R.; OAKLEY, J.R.; RAMSEY, S.E.; KAHLER, C.W.; STUART, G.G.; DUBREUIL, M.E.; GORDON, A.A. A Pilot Study of Aerobic Exercise as an Adjunctive Treatment for Drug Dependence. **Ment Health Phys Act.** 2010 June 1; 3(1): 27–34.

4. DIEHL, A; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (col.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

5. DUARTE, P.C.A.V., STEMPLIUK, V.A.; BARROSO, L.P. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

6. FERNANDES, S; FERIGOLO, M; BENCHAYA, M.C; MOREIRA, T.C; PIEROZAN, P.S; MAZONI, C.G; BARROS, H.M.T. Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana use. **Addictive behaviors**, 2010.

7. FRIEDMAN, R.H; STOLLERMAN, J.E; MAHONEY, D.M; ROZENBLYUM, L. The virtual visit: using telecommunications technology to take care of patients. **J Am Med Inform Assoc**, 4(6):413-25, 1997.

8. FOLKMAN, S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 46, p. 839-852, 1984.

9. GILBURT, H.; BURNS, T.; COPELLO, A.; COULTON, S.; CRAWFORS, M.; DAY, E. DELUCA, P.; GODFREY, C.; PAROTT, S.; ROSE, A.K.; SINLCAIR, J.M.A.; WRIGHT, C.; DRUMMOND, C. Assertive community treatment for alcohol dependence (ACTAD): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials** 13:19, 2012.

10. HENDERSHOT, C.S.; WITKIEWITZ, K.; GEORGE, W.H.; MARLATT, G.A. Relapse prevention for addictive behaviors. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 6:17, 2011.

11. KANDEL, D.B.; YAMAGUCHI, K.; CHEN, K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. **Journal of Studies on Alcohol**. 1992; 53:447-457.

12. KIRSHENBAUM, A.P.; OLSEN, D.M.; BICKEL, W.K. A quantitative review of the ubiquitous relapse curve. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 36:8-17, 2009.

13. LOPES, G.M.; NÓBREGA, B.A.; PRETTE, G.D.; SCIVOLETTO, S. Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 35:S51-S61,2013.

14. MARLATT, G.A; GORDON, J.R. **Relapse prevention**: maintenance strategies in the treatment of addictive behavios. 1. ed. Nova Iorque:Guilford Press, 1985.

15. MARLATT, G.A; DONOVAN, D.M e Col. **Prevenção de Recaída:** estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 358 p.

16. MOTTILLO, S; FILION, K.B; BÉLISLE, P; JOSEPH, L; GERVAIS, A; O'LOUGHLIN, J; PARADIS, G; PIHL, R; PILOTE, L; RINFRET, S; TREMBLAY, M; EISENBERG, M.J. Behavioural interventions for smoking cessation:: a meta-analysis of randomized controlled trials. **European Heart Journal**, v. 30, p.718-730, 2009.

17. ORLEANS, C.T. Promoting the maintenance of health behavior change: Recommendations for the next generation of research and practice. **Health Psychol**, 19:76-83, 2000.

18. RUNDIO, JR.A. Implementing an evidence-based detoxification protocol for alcoholism in a residential addictions treatment facility. **Nursing Clinics of North America,** 48, p. 391-400, 2013.

19. CARLINI, E.A et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010. São Paulo: **CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD**, 2010. 503p. http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/328890.pdf

20. SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2010 national survey on drugs use and health: summary of national findings, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: **Substance Abuse and Mental Health Services Administration**, 2011.

21. SIGNOR, L.; PIEROZAN, P.S.; FERIGOLO, M.; FERNANDES, S.; MOREIRA, T.C.; MAZONI, C.G.; BARROS, H.M.T. Efficacy of the

telephone-based brief motivational intervention for alcohol problems in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 35: 254-261, 2013.

22. SILVA, C; SERRA, A.M. Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapy. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** p. 33-39. 2004.

23. SOUZA, M.F; KOHLRAUSCH, E.R; MAZONI, C.G; MOREIRA, T.C; FERNANDES, S; DANTAS, D.C.M; FERIGOLO, M; BARROS, H.M.T. Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** 30, 182 – 191, 2008.

24. STÖFFELMAYR, B.; WADLAND, W.C.; PAN, W. An examination of the progress of relapse prevention therapy designed to aid smoking cessation. **Addictive Behaviors**, 28: 1351-1358, 2003.

25. SWENDSEN, J; BURSTEIN, M; CASE, B; CONWAY, KP; DIERKER, L; HE, J; MERIKANGAS, K.R. Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. **Arch Gen Psychiatry**. 2012;69:390-8.

26. SUIT, D. & PEREIRA, M.E. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. ***Psicol. USP***, v. 19, n. 3, p. 317-340, 2008.

27. TRIGO, M. Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotino-dependência. **Rev Port Clin Geral** 2006;22:299-328.

28. UNODC, World Drug Report 2011 (United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10).

29. VANDREY, R.G; BUDNEY, A.J; MOORE, B.A; HUGHES, J.R. A cross-study comparison of cannabis and tobacco withdrawal. **American Journal on Addiction***,* 14:54-63, 2005.

30. WITKIEWITZ, K; MARLATT, G.A. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was zen, this is tao. **American Psychologist**, 2004, 224-234.

31. World Health Organization. Working together for health [Internet]. 2006. http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf

32. ZHU, S.H; STRETCH, V; BALABANIS, F; ROSBROOK, B; SADLER, G. Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and motivational interventions. **Journal of Consulting Clinical Psychology**, 65, 202-211, 1996. 08.

ARTIGOS

Artigo 1: Relapse prevention: description of a model of telehealth for recent drug abstainers

Simone Fernandes, Ernani Bohrer da Rosa, Taís de Campos Moreira, Luciana Rizzieri Figueiró, Maristela Ferigolo, Helena Maria Tannhauser Barros

ABSTRACT

The relapse prevention model uses the understanding of moments of relapse and addresses such situations in order to keep the individual without drugs. The aim of this study was to propose an intervention for abstinence and prevent recidivism and to evaluate the effects of a cohort to be made in telephone assistance. A cohort study was outlined in which intervention for maintenance of abstinence and prevention of relapse was used for a period of 90 days. The data collection took place in the period of January 2011 to May 2013. Quantitative analyzes and content analysis for categorization of risk situations and coping strategies were performed. There was a decrease in the use of the frequency of high-risk situations for recidivism and coping strategies. The individuals who participated in the study (n= 34) remained without drugs during follow-up. Therefore, since the recent abstinent learnt how to tackle the risks effectively, they will be able to minimize the range of alert situations for recidivism, which, finally may help in the prevention of relapse.

Keywords: Abstinence, prevention of relapse, drugs, coping strategies, risk situations

INTRODUCTION

Interventions focused on cessation of consumption of drugs have been presented for the treatment of chemical dependence (Rundio, 2013; Gilburt et al., 2012). However, little attention has been given to the maintenance period of

abstinence and (Stöffelmayr, Wadland & Pan, 2003) interventions for relapse prevention (RP) are rare. In the case of tobacco, few individuals can maintain abstinence, 69% of the attempts to stay without use lasted only 1 day (Hughes et al. , 2013), and over a period of 52 weeks only 8% remained on abstinence (Ussher, Beard & Abikoye, 2013). For alcohol use, even with medication, in 8 months of follow-up only 34% of individuals remained without use (Richter et al., 2012). And, for illicit drugs, the rates of relapse are 71.9% for women and 54.5% for men (Maehira et al., 2013). The model for prevention of relapse adopted in this study (Marlatt & Donovan, 2009) works with the identification of potential interpersonal risks, intrapersonal, environmental, and physiological factors or situations that may trigger a return to drug use. It uses techniques for monitoring coping skills, evaluation and reinforcement of self-efficacy and change in the lifestyle of the individual, because these elements can increase the likelihood of relapse (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999; Barrick & Connor, 2002; Marlatt & Donavan, 2009).

In addition, it is uses the understanding of moments to return to drug use and addresses such situations with the aim of maintaining the individual without drug taking (Beck et al., 2011; Brandon, Vidrine & Livin, 2007; Marlatt & Donavan, 2009; Silva & Serra, 2004; Mottillo et al., 2009). The monitoring of ex-user involves application of cognitive theory in the psychoeducation, cognitive restructuring, the control of negative feelings of the patient and the accountability for their abstinence is important to stay without using the drug (Beck et al., 2011).

In this context, the interventions were aimed at risk situations experienced by ex-user and the coping strategies used by the same

people, which has been the main focus of treatment in the case of relapse prevention (Marlatt & Donavan, 2009; Larimer, Palmer & Marlatt, 1999). Working with risk situations for relapse, strengthening coping strategies that have been used with success by ex-users and the acquisition of new strategies can help in reducing relapses.

However, few articles report the use of specific interventions structured to follow abstenent in the process of remaining abstinent of the drugs. The maintenance abstinence phase is important because it accompany the experiences of ex-user after the consumption cessation, since situations that involve risk to use will hardly cease to exist (Marlatt & Donavan, 2009). Therefore, the initiative of new research in this area may increase the therapeutic approaches to be able to accompany the abstinent more effectively, while respecting individuality and difficulties in dealing with situations of risk in their day-to-day activities.

Therefore, the objective of this study was to propose an intervention for maintenance of abstinence and prevention of relapse, and to evaluate the effect of a cohort carried out on the phone.

METHODS

A cohort study in which participants were ex-drug users, who called in to the National Service of Guidance and Information on the Prevention of Drug Use, VIVAVOZ. This is a of telehealth service, which is a partnership between the federal government of Brazil, through the Department of National Policies on Drugs (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD), Ministry of Justice and the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre,

UFCSPA. These are free services, by phone for the entire Brazilian population. The population has knowledge about the Service through dissemination in the national media.

The model of prevention of relapse of Marlatt and Donavan (2009) and application of cognitive therapy practice of Beck et al. (2011) were employed in the present study. The intervention aspects addressed- psychoeducation regarding situations of risk and coping strategies; accountability of abstinent at maintaining his abstinence; and cognitive restructuring for the understanding of the use of drugs and abstinence (Figure 1).

The study included persons with diverse sociodemographic characteristics between 18 and 70 years of age who called in to talk about their process of abstinence and stated that they would be without using drugs of abuse for at least 30 days. These people had not used the telehealth service to cease with their drug consumption. Those excluded were those who refused to participate in the study. The data were collected by 5 consultants trained for the telephone answering (Barros et al., 2008) and for the approach to relapse prevention and cognitive therapy. Specific training for implementation of the intervention to prevent relapse included guidance on the research (objectives and methodology), studies and simulations of the application.

The first contact made by the abstinent occurred on a reactive basis by means of a call from personal demand. In this contact, a consultant trained for the standard telephone service chatted with former users about abstinence and asked permission for future contact to explore the issues of maintaining abstinence. When drug users in withdrawal agreed to receive calls phone data and the best time for further contact were stored. Some days after, calls by the

research team specifically for application of research were conducted. In this contact the intentions of the study and its procedures were explained, which included 3 calls: first application of the intervention, the second application of the intervention (60 days after the first application) and third application of intervention (90 days after the first application), and the informed consent form was read to the participants. Thus, once the ex-user authorized their participation in the study, data collection was commenced immediately. When a caller refused to participate, his call was forwarded to the standard service answering.

In the 3 contacts, the researchers spoke with the ex-users on the process of maintenance of abstinence and prevention of relapse. For this purpose, we used a structured interview that included psychoeducation on risk situations and coping strategies to stay abstinent. Before starting the first application, risks and coping strategies experienced by ex-users since they ceased the consumption up to that moment were inquired. This procedure allowed us to have a baseline data for comparison with the data after the interventions (60 and 90 days). The questions used to obtain these data were: a) could you tell me what are the situations of risk on your day-to-day basis? b) could you tell me what coping strategies you have been using to deal with the risk situations on your day-to-day basis? Data on sociodemographic characteristics and pattern of drug use were also collected. The data collection period was from January 2011 to May 2013.

The analysis of data, to arrive at an objective and systematic identification of specific characteristics such as risk categories for recidivism and coping strategies, content analysis of the texts typed by the researchers

during the data collection was used (Bardin, 2011). The implementation of the analysis involved according to the author, the following steps: a) pre-analysis; b) exploration of the material; c) treatment of results; d) inference and interpretation. Content analysis is divided into 3 stages: data organization (brief reading, choice of documents, formulating hypotheses and objectives, benchmarking indices and indicators of development and preparation of material); exploration phase of the material (encoding and enumeration of the material) and the phase of processing of results in order to be meaningful and valid.

From this, the categories for risk situations and coping strategies (Table 1) were created. The intermediate categories were created from the analysis the units of meaning encountered in the speeches of ex-users; the final categories were formed from the grouping of intermediate categories. The group of researchers met to make the content analysis and chose among them a judge to moderate if necessary doubts about the categories created. There were no restrictions on the number of risk situations and coping strategies reported by each individual. When there was data saturation, ie, the addition of data left to add information relevant to understanding the risk situations and coping strategies, the content analyzes were discontinued.

The sociodemographic variables are described having frequencies and percentages. The difference in the frequency of each risk and coping strategy between baseline and other applications (60 and 90 days) was tested by McNemar chi-square test. To verify the change in the number of risk situations and coping strategies over time, ANOVA for repeated posts measures (Friedman test) followed by Tukey test for multiple comparisons was performed.

The level of significance in this study was $p \leq 0.05$. Analyzes were carried out using the IBM SPSS Statistics program version 19.

The study was evaluated and approved by the ethics committee of the Federal University of the Health Sciences of Porto Alegre (process no. 1145/10).

RESULTS

Thirty four individuals who answered the 3 moments of intervention (baseline, 60 and 90 days) were included. Sociodemographic data, time of abstinence and drugs that have been used by ex-users are described in Table 1.

The frequency of risk situations and coping strategies mentioned by former users decreased with time, this decrease in the frequency of risk situations was observed only at 90 days, whereas reduction in the frequency of coping strategies was already observed at 60 days (Figure 2). Some categories, both the risk as well as the coping strategies differed statistically for the number of times they were cited when the 60 and 90 days applications were compared to the baseline data as presented in Tables 2 and

3. From the content analysis of the speech of ex-users, 7 categories for the risk situations for relapse and 9 categories of coping strategies were created. Such categories and groupings in the intermediate categories and final categories are presented in table 1.

For the purpose of analysis, we divided the types of aid in Professional Help, which included the participation of professionals, such as psychosocial treatment, pharmacological or medical, even though the former user also attend

self-help group or religious aid; and self-help/religiosity, which included self-help aid groups and religious groups, without the presence of professionals. The use of professional help was 68.5% at baseline, 74% at 60 days and 62.6% at 90 days. As for self-help/religiosity aid, it was 31.6% at baseline, 25.9% at 60 days and 37.5% at 90 days. It should be noted that at 60 days there was an increase in the use of professional aid and reduction in the use of self help/religiosity aid.

DISCUSSION

All individuals who participated in the study remained without consuming drugs over the 90 days. This result reflects a panorama favorable for the effectiveness of the proposed intervention, because the reality presented by some studies for the relapse rates in 90 days ranged from 35% to 90% (Barrick & Connor, 2002; Alvarez, 2007). Therefore, the results of this study confirm that, to work with a specific protocol for issues on preventing relapse and maintaining abstinence, it was possible to reduce the risk situations for recidivism. By consolidating the understanding of the abstinent from psychoeducation and cognitive restructuring of the same, there are hazards in their lives which can predispose the ex-user to relapse. What these situations are and how to face them helped in preparing them in dealing better with these problems in an organized manner, and thus helped to minimize problems in their day to day activities. In this sample, there was a slight decrease in risk situations already at 60 days follow-up.

Likewise, the number of coping strategies used decreased over the 90 days, which corroborates the hypothesis of the behavior really more focused on

efficient and effective strategies for not return to drug use. Additionally, if there was a decreased risk of relapse, it was expected that strategies would as well be reduced, since there would be no need for the same number of strategies. We also consider it important to mention the local treatment sought by this study abstinent. The data indicates that former users always employed more professional help than self-help and at 60 days, there was an increased use of professional assistance, which was maintained throughout the 90 days. This result may have influenced the decrease in the number as well as the coping strategies used, since abstinent started using more professional aid already at 60 days.

Some studies have pointed out the influence of friends, family difficulties, stress situations, attending parties (Rigotto & Gomez, 2002; Sinha, 2001) as being responsible for relapses. Furthermore, it is known that the ability to tolerate psychological distress may be important for the prevention of relapse (Bertolote & Knapp, 1994; Hsu, Marlatt & Collins, 2013; Knapp & Bertolote, 1994; Hsu, Collins & Marlatt, 2013). Therefore, our results are in favor of maintaining abstinence, since decreased interpersonal conflict (in which difficulties with the family are included) as risk to ex-users and decrease the influence of friends (which in our study is in category "social pressure")

Limitation of the study refers to the small number of individuals. However, this did not limit the power of analysis, since it was possible to detect changes in behavior in the course of time. The sample has more men than women, with only 5 ex-users, which undermines the external validity of the observations for women. Thus, in future studies it would be interesting to use a methodology that could assess the efficacy of the proposed for preventing relapse in comparison

with other standard procedure protocol. With this proposed extension it would also be possible to assess how much abstinent learned about his problem of drug use. Anyway, even though we have not used measures for this, all the data of the study point out that working with psychoeducation and cognitive restructuring of former users had favorable results to the maintenance of abstinence.

Therefore, since the former user learns to face the risks effectively, they can minimize the range of alert situations for relapse, which ultimately may assist in preventing relapse.

REFERENCES

Alvarez, A.M.A. 2007. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasiliero de Psiquiatria* 56(3): 188-193.

American Psychiatric Association (APA). 2002. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

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

Barrick, C.; Connor, G.J. 2002. Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders. *Therapy in Practice* 18(8): 583-594.

Barros, H.M.T.; Santos, V.; Mazoni, C.; Dantas, D.C.M.; Ferigolo, M. 2008. Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. Drug and Alcohol Dependence 98: 270-274.

Beck, A.T.1972. *Depression: Causes and Treatment*. University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T. 1976. *Cognitive therapy and emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A. T.; Wright, J.H.; Newman, C.F.; Liese, B.S. 2011. *Cognitive therapy of substance abuse*. Guilford Press.

Brandon, T.H.; Vidrine, J.I.; Litvin, E.B. 2007. Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology* 3:257-284.

Fernandes, S.; Ferigolo, M.; Benchaya, M.C.; Moreira, T.C.; Pierozan, P.S.; Mazoni, C.G.; Barros, H.M.T. 2010. Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. *Addictive Behaviors* 35:750-755.

Gilburt, H.; Burns, T.; Copello, A.; Coulton, S.; Crawford, M.; Deluca, P.; Godfrey, C.; Parott, S.; ose, A.K.; Sinclair, J.M.A.; Wright, C.; Drummond, C. 2012. Assertive community treatment for alcohol dependence (ACTAD): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 13:19.

Hsu, S.H.; Collins, S.E.; Marlatt, G.A. 2013. Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive Behaviors* 38:1852-1858.

Hughes, J.R.; Solomon, L.T.; Fingar, J.R.; Naud, S.; Helzer, J. E.; Callas, P.W. 2013. The natural history of efforts to stop smoking: a prospective cohort study. *Drug and Alcohol Dependence* 128:171-174.

Knapp, P. & Bertolote, J.M. eds. 1994. Prevenção da recaída: *um manual para pessoas com problemas pelo uso de álcool e das drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Larimer, M.E.; Palmer, R.S.; Marlatt, G.A. 1999. Relapse prevention: an overview of Marlatt´s cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health* 23(2): 151-160.

Maehira, Y.; Chowdhury, E.I.; Reza, M.; Drahozal, R.; Gayen, T.K.; Masud, I.; Afrin, S.; Takamura, N.; Azim, T. 2013. Factors associated with relapse into drug use among male and female attendees of a three-month drug detoxificarion-rehabilitation programme in Dhaka, Bangladesh: a prospective cohort study. *Harm Reduction Journal* 10:14.

Marlatt, G.A. 1978. Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive–
behavioral analysis. In: Nathan, P.E., Marlatt, G.A, Loberg, T., eds. *New directions*

in behavioral research and treatment. New York: Plenum Press.

Marlatt, G.A.; Donavan, D.M. 2009. Prevenção da recaída: *estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. eds. Porto Alegre: Artmed.

Mottillo, S.; Filion, B.K.; Bélisle, P.; Joseph, L.; Gervais, A.; O´Loughlin, J.; Paradis, G.; Pihl, R.; Pilote, L.; Rinfret, S.; Tremblay, M.; Eisenberg, M.J. 2009. Behavioural interventions for smoking of randomized controlled trials. *European Hearth Journal* 30:718-730.

Richter, C.; Effenberger, S.; Bschor, T.; Bonnet, U.; Haasen, C.; Preuss, U.W.; Heinz, A.; Forg, A.; Volkmar, K.; Glauner, T.; Schaefer, M. 2012. Efficacy and safety of levetiracetam for the prevention of alcohol relapse in recently detoxified alcohol-dependent patients: a randomized trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 32:558-562.

Rigotto, S. D.; Gomes, W. B. 2002. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 18(1): 95-106.

Rundio Jr, A. 2013. Implementing an evidence-based detoxification protocol for alcoholism in a residential addictions treatment facility. Nursing Clinics of North America 48: 391-400.

Shiffman, S.; Paty, J. A.; Gnys, M., Kassel, J. D.; Hickcox, M. 1996. First lapses to
smoking: Within-subjects analysis of real-time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 366–379.

Silva, C.J.; Serra, A.M. 2004. Terapias cognitivas e cognitiva-comportamental em dependência química. Revista Brasileira de Psiquiatria 26(1):33-39.

Sinhá, R. 2001. How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology* 158:343–359.

Souza, M.F.; Kohlrausch, E.R.; Mazoni, C.G.; Moreira, T.C.; Fernandes, S.; Dantas, D.C.M.; Ferigolo, M.; Barros, H.M.T. 2008. Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 30(3):182-191.

Stöffelmayr, B.; Wadland, W.C.; Pan, W. 2003. An examination of the process of relapse prevention therapy designed to aid smoking cessation. Addictive Behaviors 28: 1351-1358.

Usser, M.; Beard, E.; Abikoye, G. 2013. Urge to smoke over 52 weeks of abstinence. Psychopharmacology 226: 83-89.

Vandrey, R.G.; Budney, A.J.; Moore, B.A.; Hughes, J.R. 2005. A cross-study comparison of cannabis and tobacco withdrawal. *American Journal on Addiction* 14: 54-63.

Wright, J.H.; Baso, M.R.; Thase, M.E. 2008. Aprendendo a terapia cognitive-comportamental: *um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.

Table 1 - Demographic characteristics and time of abstinence of ex-users who participated in the study (n= 34)

Variables	N	%
Sex		
Male	29	85.3
Female	5	14.7
Age		
Up to 35 years	22	64.7
More than 35 years	12	35.3
Marital Status		
Single	20	58.8
Married	11	32.4
Separate	3	8.8
Educational Level		
Fundamental or less	23	67.6
Medium or more	11	32.3
Occupation		
Retired	1	2.9
Standalone	3	8.8
Unemployed	4	11.8
Home	3	8.8
Student	2	5.9
Health Professional	1	2.9
Professional another area	20	58.8
Family Income		
Up to R$3,000.00	29	85.3
Above R$3,000.00	5	14.7
Time of abstinence		
1 Month up to 1 year	17	50
More than 1 year	17	50
Drugs used before the abstinence *		
Alcohol Base	28	82.4
Crack	21	61.8
Cocaine	20	58.8
Tobacco	19	55.9
Marijuana	16	47.1
Solvents	2	5.9

* The majority of abstinent consumed more than one drug

Basal – First Intervention

1. Ask about lapses and relapses

2. Instruct the patient how to predict the possibility of relapse and recognizing hazards, as well as dealing with these sites:

    a. Begin explaining how relapse occurs
    b. List risk situations and, for each, working coping strategies
    c. Working with the patient's Relapse Prevention Model (Marlatt & Donovan, 2009)
    d. Working accountability of the patient by maintaining abstinence; their choice to remain abstinent depends on your commitment to this step of monitoring.

3. Check the self-efficacy and motivation of patients to use coping strategies worked in risk situations using a scale of 1-10

4. Prepare strategies to increase the patient's sensation of its domain and skills to deal with places that contribute to lapse.

Intervention 60 days

1. Checks whether the coping strategies worked in the previous link were effective

    a. If it has been effective:

        i. Reinforce the continued use of the strategies and attention to hazards that existed and that may arise.

        ii. Reinforce its accountability for maintaining abstinence and success attained.

    b. If it has not been effective

        i. Check what did not work and redesign coping strategies, focusing on situations of risk and responsibility for the maintenance of abstinence.

2. Working around the moment the abstinent is passing, using psychoeducation
3. Check for new risk situations

    a. If new risk situations: list them and work for them coping strategies
    b. If there are no new risk situations: Congratulate and remind the patient who will contact other times to follow up

Intervention 90 days

Note: intervening in 90 days, you must observe the same processes utilized in the intervening 60 days.

Figure 1 – Intervention for Prevention of Relapse by use of telephone

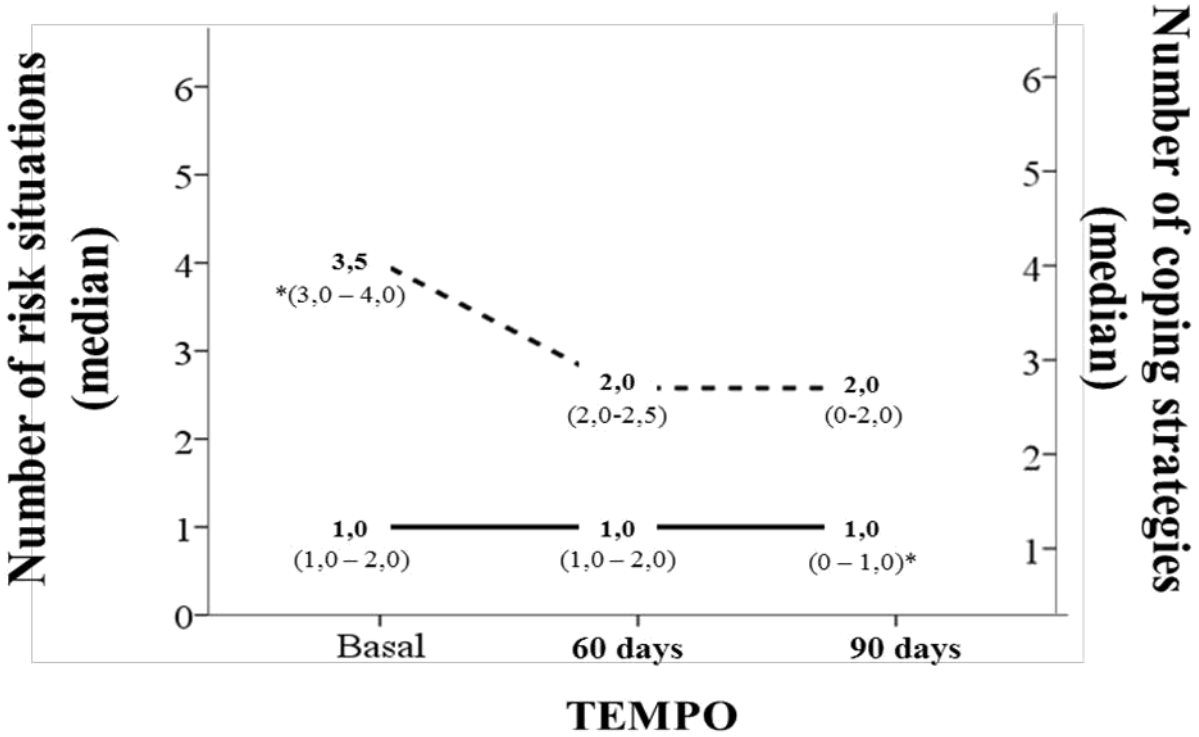
Frame 1 - Categories based on cores in the speeches of abstinent for situations of risk for the use of drugs and coping strategies, from the content analysis.

Risk situations for relapse

Intermediate Categories	**Final Categories**
Stressfuls Situations and concerns	Interpersonal Conflict
People using or offering	Social Pressure
Idle Time	Idle Time
Losses	Negative emotional States
Have dreams related to use	Dreams with use
Thoughts of permissive use	Test of personal control
Have money	Have money

Coping Strategies

Intermediate Categories	**Final Categories**
Accessing Internet; Tidy up the house; Watch television; eating; converse; Caring for pigeons and birds; dance; Strolling; Distract himself with another activity; Write about his feelings; Listen to music; sing; study; Making crafts; Exercise; Volunteering; Going to the movies; Go do another activity that needed; Playing cards; read; Occupy yourself with extra work; Organize the house; Bathing; work; Yoga practice; play video games; walk	Distraction
Get a girlfriend; Playing with the children; Search for the family; Chat with friends; Talk to the wife; Talk to others; Talk to people who are not users; Invite a friend to play volleyball; Staying with non user girlfriend; Staying in the family house; Go to self-help groups; Go to the recovery room to "let off steam"; Call the Family; Connecting to fellow CAPS; Call the godfather of AA; Call psychologist; Staying close to others; Asking his girlfriend to drink non-alcoholic drink with him; Exit accompanied by family members; Hang out with friends from church.	Social Support
Avoid going to parties; Shun people who use; drink something non alcoholic; Find other things to replace the feeling of loss; Say no; Not going to places of use; Staying with another drink in hand, that is not alcoholic; Staying at home; Staying in the little party; Skip home; Leave early; Leave when I feel comfortable; Get out of it; Go down a different street	Avoidance
Watch the Gospel channel; Talking with the Father; Go to church, Read the Bible, to pray; take refuge in God to keep calm; Use your faith	Religiosity
Do the balance decision-making; Remember bad moments; think of the child and the family; think of losses; Thinking that is already worn; Thinking that they I do not want be ashamed to no one; Rethink the reasons.	Reflect on the use
Be with non-users; Avoid old friends; Exchange of friendships	Change cycles of friendship
Have a healthier life; Works well; Go Back to studying	Change in lifestyle
Take medication	Use of medication
Talk to yourself that it is not good; think good things; think of someone who does not want disappointment; consider other priorities; think of those who are worse off; Thinking of goals for the future, thinking that this is not a goal; Thinking that does not want to be on drugs	Self-motivation



Number of risk situations experienced (continuous line) and coping strategies used by addiction to drugs (dashed line) in three moments.
* P<0.05 (Test of Analysis of Variance for Repeated Measures in Ranks - Friedman).

Figure 2: Number of risk situations experienced and coping strategies used by ex-users over the 90 days.

Table 2. Changes in risk situations of baseline data for the data for 60 days or 90 days, related to the use of drugs in accordance with the perception of ex-user (McNemar's test).

Interpersonal Conflict				
Basal	60 Days (p= 0.012)		90 Days	
	Yes	Not	Yes	Not
Yes (n= 12)	2 (16.7 %)	**10 (83.3 %)**	4 (33.3 %)	8 (66.7 %)
No (n= 22)	**1(4.5 %)**	21 (95.5 %)	5 (22.7 %)	17 (77.3 %)
Total	3(8.8 %)	31 (91.2 %)	9 (26.5 %)	25 (73.5 %)
Social Pressure				
Basal	60 Days		90 Days (p= 0.035)	
	Yes	Not	Yes	Not
Yes (n= 18)	5 (27.8 %)	13 (72.2 %)	6 (33.3 %)	**12 (66.7 %)**
No (n= 16)	6 (37.5 %)	10 (62.5 %)	**3 (18.8 %)**	13 (81.3 %)
Total	11(32.4 %)	23 (67.6 %)	9 (26.5 %)	25 (73.5 %)

The numbers in bold show the statistical differences between the use of risk situations in basal conditions, in 60 days and 90 days, with the respective p values.

Table 3. Changes in coping strategies, the baseline data to the data for 60 days or 90 days, related to the use of drugs in accordance with the perception of ex-user (McNemar's test).

Avoidance				
Basal	60 Days (p= 0.000)		90 Days (p= 0.001)	
	Yes	Not	Yes	Not
Yes (n= 27)	11 (40.7 %)	**16 (59.3 %)**	13 (48.1 %)	**14 (51.9 %)**
No (n= 7)	**1 (14.3 %)**	6 (85.7 %)	**1 (14.3 %)**	6 (85.7 %)
Total	12 (35.3 %)	22 (64.7 %)	14 (41.2 %)	20 (58.8 %)
Social Support				
Basal	60 Days (p= 0.013)		90 Days (p= 0.004)	
	Yes	Not	Yes	Not
Yes (n= 26)	12 (46.2 %)	**14 (53.8)**	10 (38.5 %)	**16 (61.5 %)**
No (n= 8)	**3 (37.5 %)**	5 (62.5 %)	**3 (37.5 %)**	5 (62.5 %)
Total	15 (44.1 %)	19 (55.9 %)	13 (38.2 %)	21 (61.8 %)
Distraction				
Basal	60 Days (P= 0.013)		90 Days (P= 0.003)	
	Yes	Not	Yes	Not
Yes (n= 26)	7 (26.9 %)	**19 (73.1)**	9 (34.6 %)	**17 (65.4 %)**
No (n= 8)	**4 (50.0 %)**	4 (50.0 %)	**3 (37.5 %)**	5 (62.5 %)
Total	11 (32.4 %)	23 (67.6 %)	12 (35.3 %)	22 (64.7 %)
Religiosity				
Basal	60 Days (p= 0.013)		90 Days (p= 0.000)	
	Yes	Not	Yes	Not
Yes (n= 13)	1 (7.7 %)	**12 (92.3)**	1 (7.7 %)	**12 (92.3 %)**
No (n= 21)	**3 (14.3 %)**	18 (85.7 %)	**0 (0 %)**	21 (100 %)
Total	4 (11.8 %)	30 (88.2 %)	1 (2.9 %)	33 (97.1 %)

The numbers in bold show the statistical differences between the use of risk situations in basal conditions, in 60 days and 90 days, with the respective p values.

Artigo 2: Progression in drug use: a cross-sectional study in a service telehealth

(submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva)

Simone Fernandes[1]; Maristela Ferigolo[2]; Luciana Signor[3]; Taís de Campos Moreira[4]; Luciana Rizzieri Figueiró[5]; Helena Maria Tannhauser Barros[6]

[1]Psychologist, MS and PhD Candidate in Clinical Pharmacology and Therapeutics, Graduate Program in Health Sciences, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA), Supervisor of the National Information and Guidelines Service for the Prevention of Drug Use (Ligue 132), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil

[2]Pharmacist, PhD in Medical Sciences, Coordinator of Ligue 132, Pharmacist, UFCSPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil

[3]Pharmacist, MS and PhD Candidate in Clinical Pharmacology and Therapeutics, Graduate Program in Health Sciences, UFCSPA, Supervisor of Ligue 132, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil

[4]Speech Language Pathologist, MS and PhD Candidate in Clinical Pharmacology and Therapeutics, Graduate Program in Health Sciences, UFCSPA, Supervisor of Ligue 132, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil

[5]Biomedical doctor, MS in Clinical Pharmacology and Therapeutics, Graduate Program in Health Sciences, UFCSPA, Doctoral Candidate, Investigative Pathology, Graduate Program in Pathology, UFCSPA, Supervisor of Ligue 132, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil

[6]PhD in Neuropsychopharmacology, Professor, Department of Pharmacology, UFCSPA, Coordinator of Ligue 132, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil

ABSTRACT

Objective: To identify the sequence of drug use in the five regions of the country, perform sociodemographic and consumption profiling, and identify the age at which the use of each drug began and at what age it progressed. **Methods:** A cross-sectional study sampling individuals using marijuana, alcohol, tobacco, cocaine/crack, solvents, ecstasy and amphetamines who called in to a national telehealth service. **Results**: The sequence of use from alcohol to illicit drugs was 40.7%, and 17.8% of these users progressed to

marijuana. For tobacco, the percentage of progression was 55.6%. The progression from tobacco to illicit drugs was 24.2%, and of these users, 14% progressed to marijuana. The progression to alcohol was 70%. Of those users who started with marijuana, 77.6% progressed to other illicit drugs, and 16.4% progressed to alcohol or tobacco. **Conclusion**: It is necessary to focus on appropriate treatments for "gateway" drugs. These results point to alcohol and tobacco as the first drugs consumed by most users, and it is useful to note that public actions to prevent and identify the use of these drugs in health care in general are important to prevent the population from consuming "harder" drugs.

Keyword: Drug abuse, Epidemiology, Illicit drugs

INTRODUCTION

The main theory regarding drug use progression is that use begins with legal drugs (alcohol and tobacco) and continues to marijuana, and then progression may continue to other illicit drugs[1,2,3,4]. Otherwise, it can start directly with the use of marijuana and is followed by other illicit drugs[5]. The main drugs considered "gateway" drugs in the literature are therefore alcohol among the legal drugs and marijuana among illicit drugs[6]. In this context, the gateway theory compares the use of drugs to a gate leading to several other gates. Each new gate represents a new drug. When starting to consume a drug, the individual may experiment with new drugs or use them progressively. As drug consumption begins, there is an increased chance of progressing to other drugs with greater addictive potential; however, progression is not inevitable[4].

The gateway theory can be understood as a causal relationship and one with predictive effect. The first element of this theory contextualizes cigarette smoking, for example, as a cause of the use of marijuana, and in turn, the use of marijuana as a cause of the use of drugs considered "hard" such as cocaine. In the same example, the second element is that cigarette smoking can predict marijuana use and that the use of marijuana in turn can predict the use of drugs such as cocaine. There is, however, no direct cause-and-effect[7] relationship. This theory involves three propositions: sequence of use - assuming that the use of one substance is regularly started before another; association of start of

use - starting with one substance increases the likelihood of using a 2nd substance; and a causal relationship - use of the first substance actually leads to consumption of the second substance[8].

The discussion on the progression of drug use is important because it can assist in formulating use prevention policies[9]. Proving the existence of a sequence of progression of use can help in prevention in relation to drugs that serve as "gateway" drugs. Such findings also lead to reconsideration of the issue of drug legalization. Once a "gateway" drug is legalized, it may lead to the increased use of subsequent drugs due to the increased access provided by legalization[7,2]. So, following the logic that the most common sequence found in studies is alcohol, tobacco, marijuana and other illicit drugs, or marijuana and other illicit drugs, the liberalization of marijuana for legal use would increase the use of cocaine, for example, and if cigarette smoking was restricted in some way, it would cause marijuana use to decrease [7].

The present study aimed to identify the sequence of drug use in the five regions of the country, tracing sociodemographic and user consumption profiles. It also aimed to identify the age at which use of each drug began and the age at which progression in the use of drugs occurred.

METHODS

This study was cross-sectional with a non-probabilistic sample consisting of individuals using marijuana, alcohol, tobacco, cocaine/crack, solvents, ecstasy and amphetamines who called in to a national telehealth service, Ligue 132 (Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas). This call center offers free telephone counseling with guaranteed anonymity and is open to the general Brazilian population[10]. Data were collected by 40 university students from the health area trained for this purpose[11].

The students explained the intentions of the study and read the informed consent form. Once the individuals had given authorization for their participation in the study they were asked the following questions regarding progression of use of different types of drugs:

a) "What was the first drug you used?"
b) "How old were you when you first used it?"

c) "Do you still consume this drug?"

These questions were formulated as often as necessary to exhaust the different types of drugs used.

Afterward, an instrument was applied to evaluate drug consumption. The National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA)[12] consumption evaluation questionnaire was used, which was adapted for use with the telemedicine service[13]. After the data had been collected, they were recorded using software specific to the phone service, recovered and entered into a Microsoft Excel database. Data on sociodemographic characteristics were also collected. The collection period included calls made between January and December 2011. All of the protocols that contained information about the progression of drug use were included, and the protocols in which the individual was under the influence of drugs were excluded. The study included 735 drug users.

Sociodemographic variables (sex, age group, educational level, occupation, household income and marital status) and consumption variables (use of licit and illicit drugs) were summarized in a table containing frequencies and percentages. Progression of use analyses were performed for all of the drugs reported as the first drug used by study participants (alcohol, tobacco, marijuana, cocaine, crack, solvents, ecstasy and amphetamines), and the data were analyzed according to frequency, mean and standard deviation. Risk analysis and the chi-squared test were performed to ascertain the significance of the results. The significance level used in this study was $p \leq 0.05$. Bivariate analysis was performed on addiction and continued use data and analyzed using T Student Test. The statistical program used for the analyses was IBM SPSS version 19.

The study was approved by the UFCSPA ethics committee (019/05).

RESULTS

The sample consisted of 735 participants interviewed on the first occasion that they called the call center. According to the sociodemographic data analysis, 30,5% of the study participants initiated drug use over the age of 25 years old. Well over half of the sample (81%) were still using the first drug that

they had consumed in their life, and 82% of the sample were dependent users of some substance. Most of the study subjects (74.6%) were male. The distribution of sociodemographic data according to the first drug used is described in more detail in Table 1.

In terms of the distribution of data across the Brazilian regions, initial use of alcohol was most prevalent in most regions, except for the southern region, where the highest initial prevalence was tobacco. The relationships between drug consumed and region of the country, mean age at onset and standard deviation are shown in Figure 1.

Regarding drug use, 85% of subjects first consumed a licit drug, alcohol being the most prevalent among them (52%). Tobacco was consumed by 33% of subjects initially, and marijuana was the most frequent illicit drug used for the first time (10%). Cocaine and crack were consumed first by 2.7% and 1.6% of study participants, respectively. Only 1.04% of the study participants first used other drugs (0.8% solvents, 0.12% ecstasy and 0.12% amphetamines).

Regarding progression, the sequence of use from alcohol to illicit drugs was 40.7%, and 17.8% of these progressed to marijuana. The percentage of progression to tobacco was 55.6%. Progression from tobacco to illicit drugs was 24.2%, and of these, 14% progressed to marijuana. The progression to alcohol was 70%. Of those who started with marijuana, 77.6% progressed to other illicit drugs, and 16.4% progressed to alcohol or tobacco.

The mean age of starting to use these 3 drugs was approximately 14 years old, with progression of use starting at approximately 15 to 16 years of age when subjects progressed to alcohol, tobacco or marijuana and approximately 17 to 22 years old when they progressed to cocaine or its derivatives (crack, merla, oxy and pasta base). When use began with cocaine or crack, the mean age was 19 years old, and when solvent was the first drug used by the individual, the mean age was 13 years old. In this sample, only 6 users began using solvents, and progression was 4 individuals to alcohol who then progressed to tobacco; the other 2 individuals progressed from solvent to tobacco and, thereafter, 1 progressed to alcohol and 1 to marijuana. Regarding the use of ecstasy, only 1 study participant reported having started using this drug and did not progress in consumption. A similar situation occurred with the use of amphetamines; only 1 subject started using this drug, but the subject's

progression was to alcohol and then to tobacco. Among subjects who started with the consumption of ilicit drugs, 16.2% progressed to marijuana. Those subjects who progressed to other illicit drugs after marijuana had a probability of progression of 0.1 (95% CI: 0.05-0.2). The other data on progression of use are shown in Figures 2, 3 and 4.

DISCUSSION

The data analyzed in this study in part corroborated the literature on progression of use because in most cases (85%), when consumption began with licit drugs, there was progression to illicit drugs[1,4,3]. However, this progression to illicit drugs was not predominantly toward marijuana; for example, when the first drug was alcohol, the rate of progression to illicit drugs was higher for cocaine and its derivatives. When the initial drug was tobacco, almost 5 times more individuals progressed to alcohol compared with progressed to marijuana. Similarly, when alcohol was initially used, almost 3 times more people progressed to tobacco than to marijuana. Likewise, when consumption began with marijuana, it did not necessarily progress to other illicit drugs. Our data showed that progression to licit drugs was higher (7.8%) than progression to cocaine and its derivatives (1.4%) and ecstasy (0.1%) even in these cases, a result that differed from the general literature[5,6]. In terms of individuals who did not progress in use, it is important to note those subjects who initially consumed illegal drugs, especially cocaine and crack users. Of these, 15% of cocaine users and 25% of crack users remained on these drugs without progressing, although the small number of crack and cocaine users in the sample (3 subjects for each drug) was a limitation of the study. Both subjects starting with alcohol consumption and subjects starting with tobacco had a low percentage of non-progression compared with subjects who started with marijuana, cocaine and crack. Following the logic of the gateway theory, this would be explained by having started with the use of "harder" drugs. Drugs such as cocaine and crack may produce more pleasurable effects for some

people, but we have no information on which to base definitive statements. This issue could be studied at a later date.

These results should spur reflection on some important issues, one of which is the very sequence of drug use and the need to focus on appropriate treatments for "gateway" drugs. Because the results point to alcohol and tobacco as the first drugs consumed by most users, it is useful to note that public actions of prevention and identification of the use of these drugs in health care in general are of importance in preventing the population from consuming "harder" drugs.

The onset of drug use and its progression occurred early for most participants, which warns of an important issue involving consumer information and prevention for children and adolescents. Think about how to reach the younger can be quite appropriate policies to control drug use and treatments to population.

Considering the limitations of the study, it is important to note that extrapolation of the data for the Brazilian population may be impaired due to the sample is characterized by a specific group of people who called for the telehealth service. Moreover, we should reflect on the possible recall bias due to the time that has passed since the onset of drug use to involvement in the study.

Another issue to consider is the legalization of marijuana. Based on the understanding that licit drugs are consumed more and lead to the risk of progression to illicit drugs, legalization would not be justified as a measure to reduce consumption because it would become an easily accessed drug, potentially increasing the number of users. It therefore seems that the illegality somehow deters use, although we cannot conclude anything about this because there are many factors involved in making decisions about initiating drug use and the choice of which drug will be consumed. It was not possible to call marijuana a "gateway" drug for "harder" substances in our study, only alcohol. It should be noted that users of all substances were included and not just those dependent on marijuana to not focus on a single drug and thereby skew the results. More comprehensive data collection is needed that takes other variables into account such as the various risk and protective factors for

drug use, which were not included in this study. This would allow us to reach firmer conclusions on the subject.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank the Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) and the Associação Mário Tannhauser de Ensino, Pesquisa e Assistência (AMTEPA) for financial support for the operation and the research developed at Ligue 132 in addition to the PhD scholarships (S.F., L.S.). The support of the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) is also acknowledged for the Productivity Research scholarship 1C (H.M.T.B.), and the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) for PhD scholarships (T.C.M. and L.R.F.). The authors would also like to thank psychologist Cássio Machado for contributing to the graphical figures of the article; the search assistants Jamyly da Silva Rodrigues and Vitória Magalhães Guasque for contributing to the database; and finally the Ligue 132 consultants for data collection.

CONFLICTS OF INTEREST

There were no conflicts of interest.

REFERENCES

1. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. Journal of Studies on Alcohol. 1992; 53:447-457.

2. Degenhardt L, Chiu WT, Conway K, Dierker L, Glantz M, Kalaydjian A, et al. Does the ‘gateway’ matter? Associations between the order of drug use initiation and the development of drug dependence in the National Comorbidity Study Replication. Psychological Medicine. 2009; 39(1):157–167.

3. Degenhardt L, Dierker L, Chiu W T, Medina-mora ME, Neumark Y, Sampson N, et al. Evaluating the drug use “gateway” theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. Drug and Alcohol Dependence. 2010; 108:84-97.

4. Ours JCV. Cannabis use when it´s legal. Addictive Behaviors. 2007; 32(7): 1441-1450.

5. Fergusson DM, Horwood LJ. Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? Addiction. 2000; 95(4):505-520.

6. Kirby T, Barry AE. Alcohol as a gateway drug: a study of US 12th graders. Journal of School Health. 2012; 82(8):371-379.

7. Beenstock M, Rahav G. Testing gateway theory: do cigarette prices affect illicit drug use? Journal of Health Economics. 2002; 21:679-698.

8. Kandel DB. Does marijuana use cause the use of other drugs? JAMA. 2003; 289(4): 482-483.

9. Valenzuela E, Fernández M. The sequence of drug use: testing the gateway hypothesis in Latin America. The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research. 2011; 1(1):1-8.

10. Souza MF, Kohlrausch ER, Mazoni CG, Moreira TC, Fernandes S, Dantas DCM, et al. Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ [Profile of VIVAVOZ drug abuse telehealth service users]. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2008; 30(3):182-191.

11. Barros HMT, Santos V, Mazoni CG, Dantas DCM, Ferigolo M. Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. Drug Alcohol Dependence. 2008; 98:270-74.

12. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1999) National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services.

13. Fernandes S, Ferigolo M, Benchaya MC, Moreira TC, Pierozan PS, Mazoni CG, Barros HMT. Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. Addictive Behaviors. 2010; 35:750-755.

Table 1 – Distribution of sociodemographic data according to first drug consumed.*

Sociodemographic variables							
	Alcohol	**Tobacco**	**Marijuana**	**Cocaine**	**Crack**	**Solvents**	**Other drugs[a]**
				n (%)			
Age[**]							
Up to 25	371(97.4)	236(97.1)	70(100)	19(100)	9(75)	6(100)	1(100)
Older than 25	10(2.6)	7(2.9)	-	-	3(25)	-	-
Sex[***]							
Male	299(79.5)	156(64.5)	58(81.7)	14(70)	10(83.3)	5(83.3)	1(100)
Female	77 (20.5)	85(35.5)	13(18.3)	6(30)	2(16.7)	1(16.7)	-
Marital status							
Single	229(69)	127(62.9)	41(65.1)	12(66.7)	8(72.7)	4(66.7)	1(100)
Married	103(31)	75(37.1)	22(34.9)	6(33.3)	3(27.3)	1(20)	
Educational level							
Elementary school or Lower	98(30.2)	83(42.6)	25(40.3)	6(33.3)	6(54.5)	2(40)	1(100)
Middle school or Higher	226(69.8)	112(57.4)	37(59.7)	12(66.7)	5(45.5)	3(60)	
Occupation							
Unemployed	128(38.9)	79(39.7)	30(47.6)	2(18.2)	1(100)	2(40)	1(100)
Employed	201(61.1)	120(60.3)	33(52.4)	9(81.8)	-	3(60)	
Family income							
1-5 minimum wage	275(87)	177(91.7)	57(95)	15(83.3)	11(100)	4(100)	1(100)
More than 5 minimum wage	41(13)	16(8.3)	3(5)	3(16.7)	-		

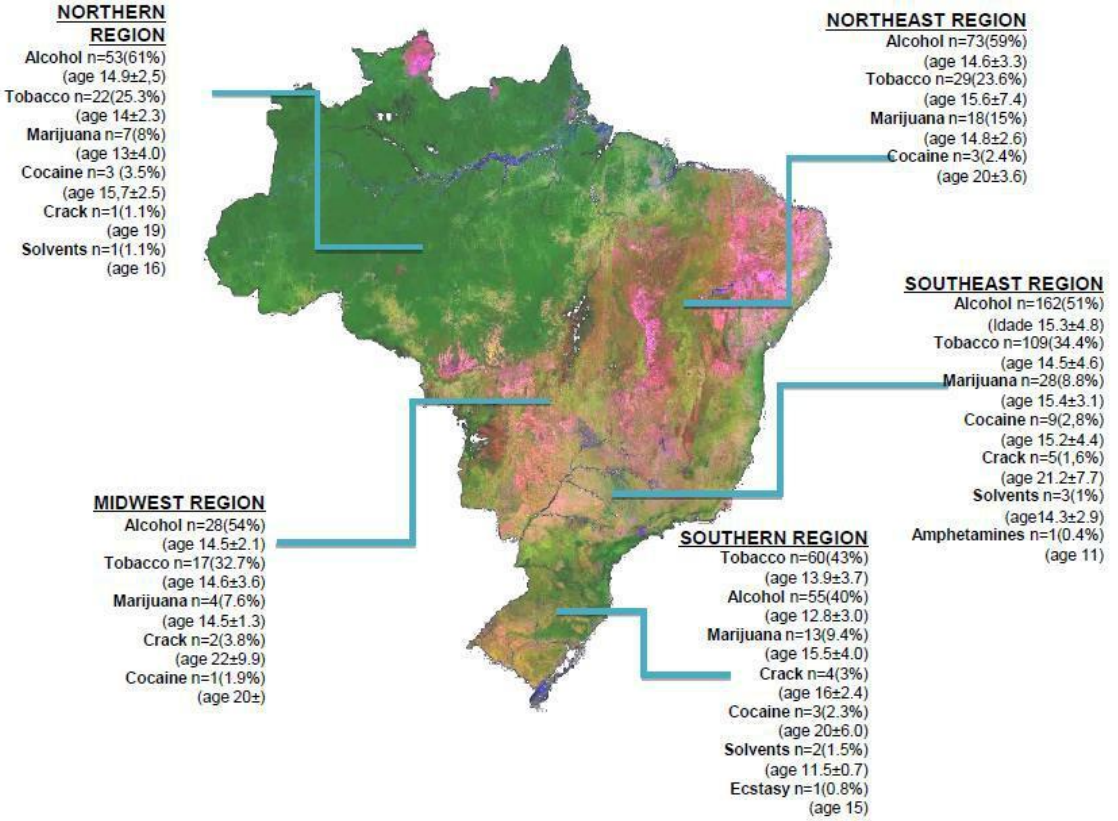
*Some participants did not respond to all of the questions, therefore the calculation was made according to the total number of responses for each variable

[a] *Other drugs* refers to ecstasy and amphetamines

**There was a significant difference ($p<0.05$) in the age variable.

***There was a significant difference ($p<0.05$) in the variable sex.

Figure 1 – Data for prevalence of first use and mean age of starting use of each drug according to region of the country (n=717*).



* Calculations were made using a total of 717 individuals because some participants did not respond to the question about the region of the country in which they lived.

Figure 2 – Distribution of data on progression of drug use when the initial drug used was alcohol (n=381).

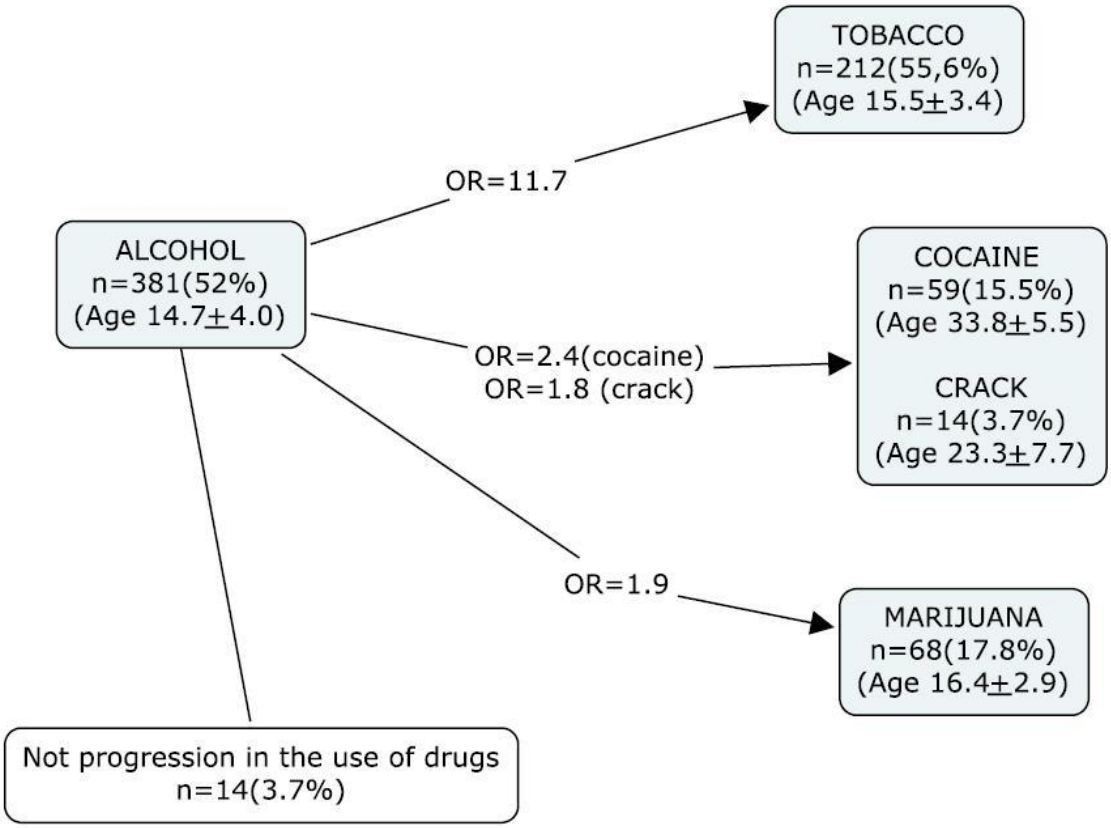


Figure 3 – Distribution of data on progression of drug use when the initial drug used was tobacco (n=242).

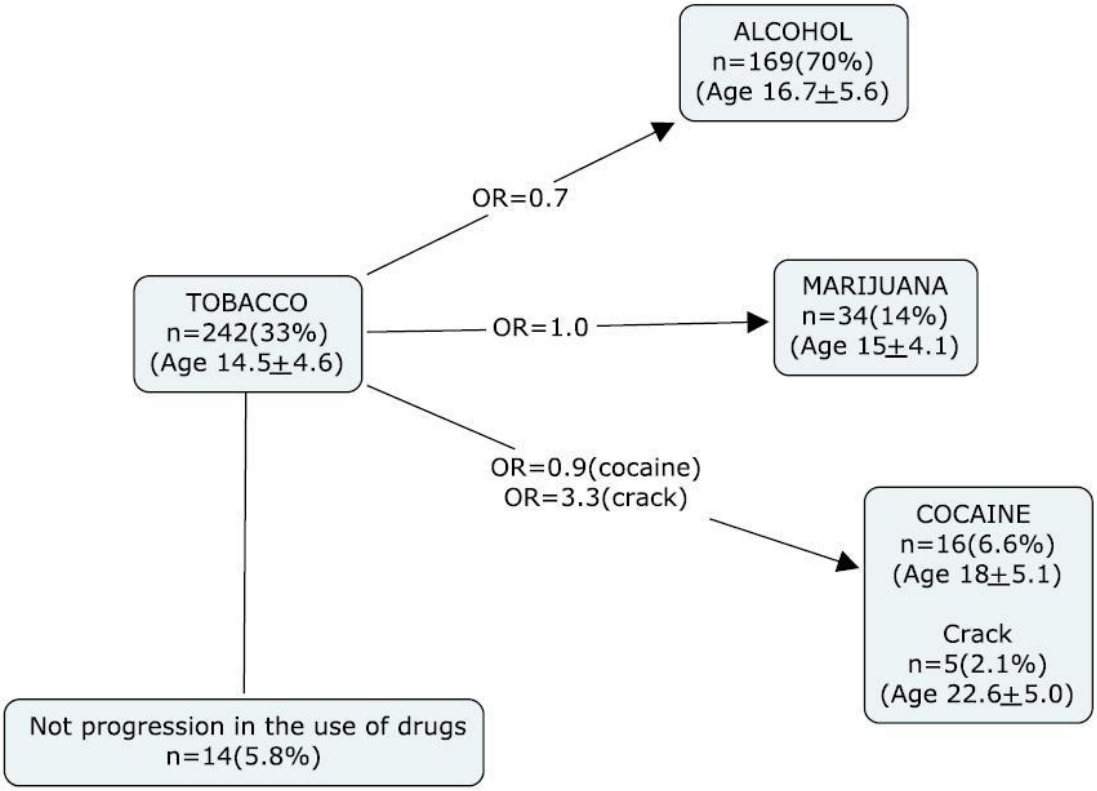
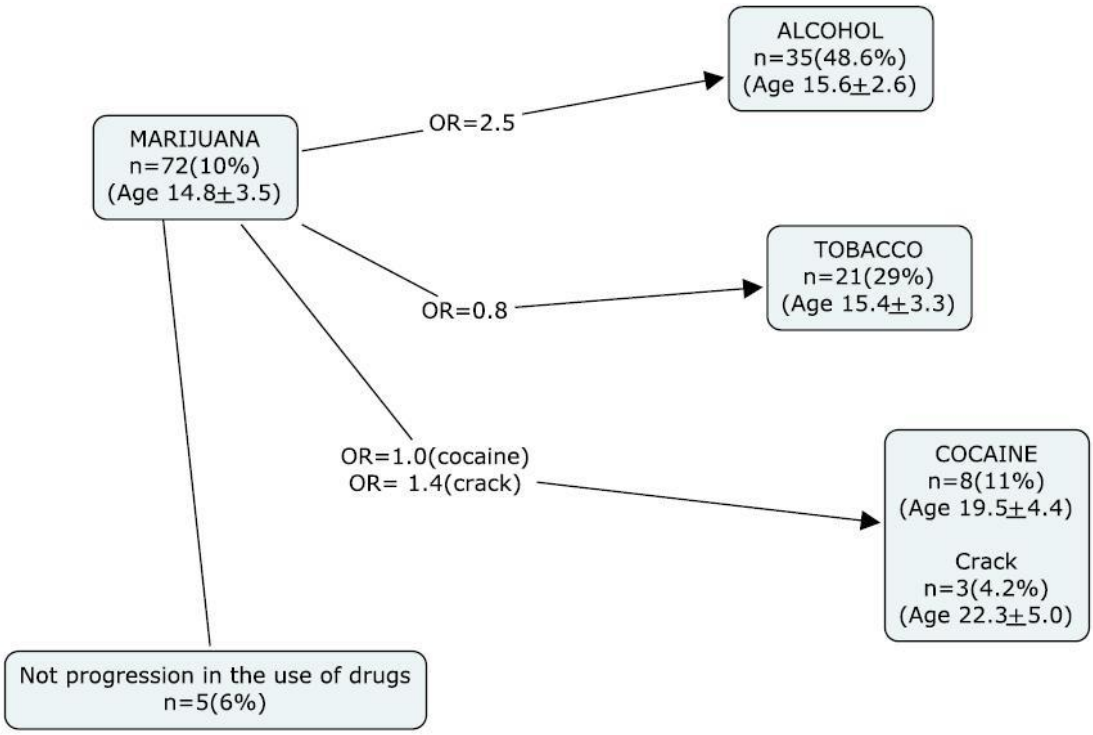


Figure 4 – Distribution of data on progression of drug use when initial use was marijuana (n=72).



Artigo 3: Estratégias de enfrentamento e situações de risco para recaída percebidas por ex-usuários de drogas

(será submetido à revista Health Education Research)

Simone Fernandes, Ernani Bohrer da Rosa, Jamyly da Silva Rodrigues, Vitória Guasque, Maristela Ferigolo, Helena M.T. Barros

RESUMO

Manter a abstinência do uso de drogas utilizando a prevenção da recaída, com foco nas estratégias e situações de risco, como tratamento das adições tem mostrado resultados positivos. O presente artigo identificou as principais situações de risco e estratégias de enfrentamento utilizadas por ex-usuários de drogas em um serviço de telessaúde, o perfil sociodemográfico dos ex-usuários e seu padrão de consumo anterior a parada. Delineou-se um estudo transversal constituído por ex-usuários de drogas que ligaram para um serviço nacional de telessaúde. O estudo foi composto por 80 ex-usuários; 53% estavam abstinentes do uso de todas as drogas há mais de 6 meses e, a maioria, não apresentou episódios de recaída ou lapso no período de abstinência. Antes de tornarem-se abstinentes, os indivíduos da amostra eram, em sua maioria, poliusuários. Quanto às situações de risco, a partir da análise de conteúdo obtivemos 3 categorias relatadas como vividas pelos ex-usuários; e, sobre as estratégias de enfrentamento para manter a abstinência, obtivemos 8 categorias. Manter a abstinência é tão importante quanto conseguir atingi-la. Com isso, podem-se diminuir danos sociais, familiares, financeiros e jurídicos causados pela recaída, o que proporciona o retorno as atividades cotidianas da vida pessoal e profissional, fazendo com que ele seja inserido no contexto sóciofamiliar novamente.

Palavras-chave: abstinência; prevenção da recaída; drogas; estratégias de enfrentamento; situações de risco.

INTRODUÇÃO

Manter a abstinência do uso de drogas utilizando a prevenção da recaída, com foco nas estratégias e situações de risco, como tratamento das adições tem mostrado resultados positivos[1]. Esta abordagem é colaborativa e flexível, tornando possível realizar um planejamento e adaptação da mesma conforme as necessidades específicas do ex-usuário[2]. O principal objetivo da prevenção

da recaída é ensinar os indivíduos a prevenir a ocorrência do comportamento de consumo, antecipando as situações de risco e enfrentando-as, ao estabelecer um compromisso com a mudança de comportamento[3].

A atenção do indivíduo às situações de risco para o uso de substâncias e estratégias de enfrentamento para o problema influencia diretamente o aumento da autoeficácia do sujeito, auxiliando na mudança de crenças e expectativas a respeito do uso de drogas[4]. O entendimento dos momentos pelos quais o ex-usuário passa e o trabalho com as situações de risco, é o principal foco da prevenção da recaída na manutenção de abstinência[5,3,6,7]. A prevenção da recaída é realizada a partir do uso de técnicas para monitorar as habilidades de enfrentamento do indivíduo, avaliar e reforçar sua autoeficácia e fatores em seu estilo de vida. Isto porque estes são elementos que podem aumentar as chances de retornar ao consumo de drogas[3,4].

Além disso, para o acompanhamento do ex-usuário é importante a utilização da terapia cognitiva, pois seus conceitos e técnicas estão relacionados ao processo de abstinência. A psicoeducação, a reestruturação cognitiva, controle de sentimentos negativos (como tristeza, ansiedade, estresse, preocupações, etc) e dos pensamentos permissivos do paciente em relação a consumir a droga auxiliam tanto na manutenção da abstinência quanto na prevenção da recaída[8].

Os efeitos duradouros da prevenção de recaída sugerem que haja melhora continuada, e efeitos a longo prazo na manutenção da abstinência[9]. A partir de estudos que apontam os bons resultados obtidos com a prevenção da recaída, é pertinente mencionar formas de facilitar o alcance da população a esta abordagem de tratamento [10]. A utilização de serviços de telessaúde é uma forma de acesso gratuito e que pode manter o anonimato do usuário de drogas[11]. Estes serviços fornecem atendimento a diferentes classes sociais e conseguem democratizar a informação a toda população, disponibilizando atendimento para pessoas isoladas por diferenças econômicas ou geográficas[12]. Neste contexto, a utilização de intervenções para cessar o consumo de drogas oferecidas pela telessaúde já se mostrou eficaz na população brasileira[13,14]. Portanto, aliar a prevenção da recaída a um serviço de telessaúde pode ser uma alternativa para alcançar a população que necessita de auxílio para a manutenção da abstinência.

Desta forma, considerando o aumento do uso de drogas e a dificuldade de acesso da população aos centros de tratamento, mostram-se a importância de estudos direcionados para o processo de abstinência e prevenção da recaída. Por esta razão, o presente artigo identificou as principais situações de risco e estratégias de enfrentamento utilizadas por ex-usuários de drogas em um serviço de telessaúde, o perfil sociodemográfico dos ex-usuários e seu consumo de substâncias psicoativas.

MÉTODOS

Delineou-se um estudo transversal constituído por ex-usuários de drogas que ligaram para um serviço nacional de telessaúde. Este Serviço oferece orientação e informação sobre uso de drogas lícitas e ilícitas para a população do país[11]. Foram selecionados indivíduos com características sociodemográficas diversas, de acordo com a demanda recebida pelo Serviço, que ligaram para falar sobre seu processo de abstinência e declararam estar sem consumir drogas há pelo menos um mês. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar do estudo. O termo de consentimento livre esclarecido verbal foi obtido de todos os participantes. Assim que o ex-usuário autorizou sua participação no estudo, iniciou-se a coleta de dados. Quando o ex-usuário recusou-se a participar do estudo, ele foi encaminhado para o atendimento padrão[11].

Os dados foram coletados por universitários da área da saúde, treinados para o atendimento telefônico e para a metodologia do estudo. A capacitação incluiu orientações sobre o estudo (objetivos e metodologia), leitura e simulação da coleta de dados. Durante o atendimento telefônico de coleta de dados, os universitários conversaram com os ex-usuários sobre o processo de manutenção da abstinência e prevenção da recaída, incluindo informações sobre situações de risco e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos mesmos. Foram coletados, também, dados sobre características sociodemográficas e padrão de consumo de drogas antes da abstinência. O período de coleta foi de janeiro de 2011 a maio de 2013.

As variáveis sociodemográficas (sexo, escolaridade, ocupação, renda familiar e estado civil) foram resumidas em tabelas contendo frequência e

porcentagem; foi utilizada a média de idade. O nível de significância adotado neste estudo foi de P≤ 0,05. As análises foram realizadas utilizando-se o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 12. Para se chegar a uma identificação objetiva e sistemática de características específicas do conteúdo coletado[5] e organizar categorias para os relatos de situações de risco e estratégias de enfrentamento, foi utilizada a análise de conteúdo[15], que compreende a pré-análise dos dados; a exploração do material; o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação dos dados. As etapas da análise de conteúdo incluíram: a) listagem das falas dos abstinentes; b) identificação do núcleo das frases pelo conteúdo relacionado às situações de risco para recaída e estratégias de enfrentamento para não voltar ao consumo. O processo de análise de conteúdo proporcionou a identificação de categorias que caracterizam as situações de risco e as estratégias de enfrentamento trazidas pelos ex-usuários. De acordo com o tema principal das falas, obtivemos 3 categorias finais de situações de risco: a) Determinantes interpessoais: desejo e tentações; b) Determinantes interpessoais: pressão social; c) Determinantes interpessoais: estados emocionais negativos. As categorias de situações de risco foram embasadas na descrição do modelo de prevenção da recaída de Marlatt[16]. Para estratégias de enfrentamento, obtivemos 8 categorias: a) Distração; b) Evitação; c) Suporte social; d) Religiosidade; e) Refletir sobre o uso; e) Automotivação; f) Mudar ciclos de amizade; g) Controle sobre o dinheiro.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (processo nº 1145/10).

RESULTADOS

O estudo foi composto por 80 ex-usuários, com idade média de 31 anos, verificando entre a maioria da amostra (83,1%) indivíduos do sexo masculino. Sobre a atividade ocupacional dos participantes do estudo, 62,7% estavam empregados. Foram ainda coletados dados sobre estado civil, nível educacional, renda familiar e região do país onde o indivíduo morava. Estes dados estão apresentados na tabela 1.

Em relação ao tempo de abstinência, 53% estavam abstinentes do uso de todas as drogas há mais de 6 meses e, a maioria (71,1%), não apresentou episódios de recaída ou lapso no período de abstinência, sendo a média de recaídas, quando ocorreram, de 1,54. Antes de tornarem-se abstinentes, os indivíduos da amostra eram, em sua maioria (51,8%), poliusuários (consumiam mais de 3 drogas); enquanto 14,47% eram monousuários (1 era usuário exclusivamente de maconha, 4 utilizavam apenas álcool, 2 eram monousuários de tabaco, 3 faziam o uso isolado da cocaína e 2 utilizavam somente o *crack*). A associação com 2 drogas foi referida por 20,48% dos abstinentes e o consumo de 3 drogas chegava a 13,25%. Outros dados de consumo, autoeficácia e motivação estão apresentados na tabela 2.

Quanto às situações de risco, a partir da análise de conteúdo obtivemos 3 categorias relatadas como vividas pelos ex-usuários. No quadro 1 estão apresentadas as categorias intermediárias que deram origem às categorias finais. E, sobre as estratégias de enfrentamento para manter a abstinência, obtivemos 8 categorias, apresentadas no quadro 2. É importante acrescentar que não haviam restrições quanto ao número de situações de risco ou estratégias encontradas por cada usuário.

Dos indivíduos que compuseram a amostra, 59,3% referiram ter buscado algum tipo de ajuda para manter a abstinência, sendo que o apoio espiritual foi buscado por 20,8%. O uso de tratamento farmacológico foi utilizado por 18,8% e 14,6% buscaram ajuda psicossocial. Alguns indivíduos procuraram apoio para manter-se abstinente em grupos de autoajuda (12,5%). Na figura 1 estão descritos os dados sobre auxílio para manter a abstinência e prevenir a recaída.

DISCUSSÃO

Na amostra estudada, poucos abstinentes perceberam seus pensamentos permissivos quanto ao uso de drogas como um risco à recaída. No entanto, a predisposição ao abuso ou dependência de substâncias está relacionada a existência de uma estrutura cognitiva disfuncional que, após o transtorno instaurado, é responsável por pensamentos permissivos que levam à recaída e estes passam a ocorrer com grande frequência[17]. Assim, torna-se importante psicoeducar os pacientes a respeito de seus pensamentos e

crenças para que aumentem seu conhecimento sobre os fatores que podem configurar maior risco para retornar ao consumo. Segundo Araujo[18], promover a psicoeducação informando o usuário quanto as suas distorções cognitivas é de extrema importância, pois motiva o usuário a conseguir e manter a abstinência do uso de drogas. Além disso, referem que quanto mais bem sucedida for a identificação de um situação de risco, mais efetiva poderá ser a prevenção a recaída. Da mesma forma, os usuários devem, a partir das situações de risco, antecipar e criar estratégias de enfrentamento para tais situações.

As situações de risco citadas pelos ex-usuários são expressivas de seu cotidiano, pois envolvem falar sobre drogas, ter pensamentos permissivos, frequentar locais de uso, e ter sentimentos negativos como estresse, tristeza e preocupações. Ao categorizá-las, foram representativas de categorias de situações de risco já descritas por Marlatt[16,3]. Portanto, já há muitos anos, as categorias finais encontradas: desejo e tentação para consumo; pressão social para consumo e estados de humor negativos, foram identificados como principais riscos para a interrupção da manutenção da abstinência.

Sobre as categorias de estratégias para enfrentamento do uso de drogas, nossos dados corroboram alguns achados de Chaves[19], que encontrou estratégias como comer e praticar esportes, além de evitar o contexto social do uso da droga, o que em no presente estudo foram citadas na categoria distração e na categoria evitação, respectivamente. As estratégias de distração estão relacionadas a ter atividades para ocupar o tempo ocioso (como escutar música, ler, cuidar da casa, praticar exercícios físicos e tomar ou comer algo). Ao envolver-se com estas atividades, o indivíduo afasta-se de pensamentos e comportamentos que podem levar a recaída (comportamentos de risco)[20]. O uso frequente das estratégias de evitação talvez seja explicado por um mecanismo neurobiológico citado por Volkow[21]. Em usuários de cocaína, que sofrem um estimulo relacionado ao uso, há aumento da liberação de dopamina e predisposição a usar a droga novamente. Ao evitar o contato com pessoas que utilizavam as drogas e não frequentar os locais de uso, o abstinente estaria evitando estímulos dopaminérgicos de lembranças que pudessem levá-los a recaída.

O processo de manter a abstinência do uso de drogas envolve vários

fatores, que interligados, formam uma rede de apoio ao usuário. Dentre eles estão a motivação do indivíduo em parar de usar as drogas, o apoio de serviços de saúde, apoio de familiares e amigos e uso de medicações psicotrópicas[22]. O apoio é fundamental para o processo de manutenção da abstinência, pois o usuário sente que existem pessoas que estão ao seu lado neste processo[23]. O uso da rede de apoio pelos abstinentes ficou evidente em nosso estudo, uma vez que mais de 50% fez uso de algum acompanhamento.

Os resultados deste estudo representam a população de abstinentes que ligou de forma espontânea para um serviço de telessaúde, o que caracteriza indivíduos com interesse em ter informações e acompanhar seu processo de abstinência. A amostra foi composta por um número pequeno de indivíduos (n=83), porque o serviço no qual foi feita a coleta, divulga que presta atendimento a usuários e familiares, não enfatizando os abstinentes, por esta razão não foi possível fazer generalizações dos resultados. Apesar das limitações encontradas, os dados permitem delinear um panorama inicial das situações de risco percebidas por abstinentes e estratégias de enfrentamento utilizadas por eles para manter a abstinência e prevenir a recaída.

Manter abstinência é tão importante quanto conseguir atingi-la. Com isso, pode-se diminuir danos sociais, familiares, financeiros e jurídicos causados pela recaída, o que proporciona o retorno as atividades cotidianas da vida pessoal e profissional, fazendo com que ele seja inserido no contexto sóciofamiliar novamente. A prevenção da recaída auxilia o indivíduo a refletir sobre seu comportamento e como lidar com a abstinência atual, desenvolvendo um planejamento e automonitoramento de situações de risco atuais e futuras, que se não forem organizadas podem tornar-se desencadeadoras de uma recaída.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Associação Mário Tannahuser de Ensino, Pesquisa e Assistência (AMTEPA);
Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD).

CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

COLABORADORES

Concepção e projeto (S.F; E.B.R; J.S.R; V.G; M.F; H.M.T.B.); análise e interpretação dos dados (S.F; E.B.R; J.S.R; V.G); redação do artigo (S.F; E.B.R; J.S.R; V.G); revisão crítica relevante do conteúdo intelectual (S.F; M.F; H.M.T.B); aprovação final da versão a ser publicada (S.F; E.B.R; J.S.R; V.G; M.F; H.M.T.B.).

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) e Associação Mário Tannhauser de Ensino, Pesquisa e Assistência (AMTEPA) pelo apoio financeiro e pelas bolsas de doutorado (S.F) e de iniciação científica (E.B.R; J.S.R; V.G). Reconhece-se também o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por intermédio de bolsa de Produtividade de Pesquisa 1C (H.M.T.B.).

REFERÊNCIAS

1. Araujo RB, Pansard M, Boeira BU, Rocha NS. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. Rev HCPA. 2010 30(1):36-42.

2. Romanini M, Dias ACG, Pereira AS. Grupo de prevenção de recaídas como dispositivo para o tratamento da dependência química. Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde. 2010 11(1):115-132.

3. Marlatt GA, Donovan DM. Prevenção da Recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

4. Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention an overview of Marlatt´s cognitive-beraviohal model. Alcohol Research and Health. 2009 23(2): 151-160.

5. Brandon TH, Vidrine JI, Litvin EB. Relapse and relapse prevention. Annual Review of Clinical Psychology. 2007 (3):257-284.
6. Silva CJ, Serra AM. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2004 26(l): 33-39.

7. Mottillo S, Filion BK, Bélisle P, Joseph L, Gervais A, O´Loughlin J., et al. Behavioural interventions for smoking of randomized controlled trials. European Hearth Journal. 2009 30:718-730.

8. Beck AT, Wright JH, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse. 2011 New York: Guilford Press.

9. Carrol K M, Rousaville B, Gawin FH. A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. Am. J. Drug Alcohol Abuse. 1991 17(3): 229-247.

10. Andrade MV, Maia AC, Clareci SC, Alkmim MB, Ribeira ALP. Custo-benefício do serviço de telecardiologia no estado de Minas Gerais Telecardio. Arq. Bras. Cardiol. 2011 97(4): 307-316.

11. Souza MF, Kohlrausch ER, Mazoni CG, Moreira TC, Fernandes S, Dantas, DCM, et al. Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2008 30:182– 191.

12. Machado FSN, Carvalho MAP, Mataresi A, Mendonça ET, Cardoso LM, Yogi MS, et al. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. Ciên. Saúde Coletiva. 2010 15(1): 247-254.

13. Fernandes S, Ferigolo M, Benchaya MC, Moreira TC, Pierozan PS, Mazoni CG, et al. Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana use. Addictive behaviors. 2010 35:750-755.

14. Signor L, Pierozan PS, Ferigolo M, Fernandes S, Moreira TC, Mazoni CG, et al. Efficacy of the telephone-based brief motivational intervention for alcohol problems in Brazil. Rev Bras Psiq. 2013 35:254-261.

15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

16. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention**:** maintenance strategies in the treatment of addictive behavios**.** 1ed. Nova Iorque:Guilford Press; 1985.

17. Ribeiro M, Laranjeira R. O tratamento do Usuário de Crack. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

18. Araujo RB, Oliveira MS, Piccoloto LB, Magrinelli M, Szupszynski K. A abordagem Cognitivo-Comportamental dos sonhos de alcoolistas. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2004 26(1):70-77.

19. Chaves TV, Zila MS, Ribeiro LA, Nappo SA. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. Rev. Saúde Pública. 2011 45(60): 1168- 1175.

20. Neves ACL, Miasso AI. “Uma força que atrai”: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010 18:589-597.

21. Volkow ND, Wang GJ, Telang F, Fowler JS, Logan J, Childress AR, et al. Cocaine cues and dopamine in dorsal striatum: mechanism of craving in cocaine addiction. J Neurosci. 2006 26:658-88.

22. Schenker M, Minayo MCS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública. 2004 20(3):649-59.

23. Rigotto SD, Gomes WB. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. Psic. Teor. e Pesq. 2002 18(1):95-106.

Tabela 1. Distribuição sociodemográfica dos dados da amostra de acordo com a faixa-etária dos indivíduos (n=80)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	66	82,5
Feminino	14	17,5
Idade		
até 30 anos	46	57,5
mais que 30 anos	34	42,5
Estado civil		
Solteiro	29	36,3
Casado	45	56,3
Separado	6	7,5
Nível educacional		
Ensino fundamental incompleto	27	33,8
Ensino fundamental completo	7	8,8
Técnico	2	2,5
Ensino médio incompleto	21	26,3
Ensino médio completo	14	17,5
Superior incompleto	7	8,8
Superior completo	2	2,5
Ocupação		
Aposentado	1	1,3
Autônomo	10	12,5
Desempregado	8	10
Do lar	5	6,3
Estudante	3	3,8
Profissional da saúde	1	1,3
Profissional de outra área	52	65
Renda		
Menor que R$1499,00	54	67,5
Entre R$1.500,00 e R$2.999,00	15	18,8
Acima de R$3.000,00	11	13,8
Regiões do País		
Nordeste	23	29
Norte	6	7,6
Centro-oeste	8	10,1
Sudeste	29	36,1
Sul	14	17,6

Quadro 1 - Categorias criadas a partir dos núcleos das falas dos abstinentes para situações de risco para recaída, a partir da análise de conteúdo.

Situações de Risco para Recaída

Categorias Intermediárias	Categoria Final
Pensar na droga; falar sobre drogas; sonhar com a droga; ter dinheiro; tempo ocioso; pensamentos facilitadores; sexta-feira de tardezinha; de manhãzinha; finais de semana; tomar café; objetos; filmes e cenas de violência;	Determinantes interpessoais: desejo e tentações
Lugares de uso e venda; alguém oferecendo; pessoas usando; amigos usuários; Festa; Sair à noite.	Determinantes interpessoais: pressão social
Estresse; incomodado; ansiedade; alegria; nervoso; solidão; preocupações; vulnerável; tristeza; raiva; frustração; irritação; angústia; rejeição; medo; sentir-se seguro; humor deprimido; mudança de humor; falta de paciência; perda familiar; perda; perda do controle; Brigas; brigas com a família.	Determinantes interpessoais: estados emocionais negativos

Quadro 2 - Categorias criadas a partir dos núcleos das falas dos abstinentes para estratégias de enfrentamento para não recair, a partir da análise de conteúdo.

Estratégias de Enfrentamento

Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Evitar estar em locais de uso; evitar estar com pessoas que usavam; dizer não; evitar amigos antigos; não dar conversa; mudar o caminho para não passar nos locais nos quais usava; fingir que não conhece a pessoa; não pegar a droga, ficar mais em casa.	**Evitação**
Escutar uma música; leu um livro; acessar a internet; assistir televisão; jogar vídeo game; pensar em coisas agradáveis; pensar em comida; escrever sobre o que está sentindo; fazer artesanato; jogar cartas; sair para conversar com alguém; brincar com os filhos; arrumar a casa; fazer dança de salão; limpar a casa; limpar o quintal; mexer na horta; pintar quadros; cuidar dos pombos e passarinhos; andar de bicicleta; fazer caminhada; fazer exercícios; jogar bola; tomar água ou suco; mascar chiclete; comer; trabalhar; voltar a estudar.	**Distração**
Conversar com alguém; buscar a família; buscar ajuda de amigos; ligar para a família, ligar para o padrinho do AA; ir a grupo de autoajuda; sair acompanhado; sair com amigos da Igreja.	**Suporte Social**
Ir à igreja; ler a Bíblia; ouvir o louvor;	**Religiosidade**
Pensar nos motivos pelos quais parou; lembrar-se das consequências; lembrar de todo o sofrimento; pensar nos malefícios da droga; pensar entes de agir; pensar em alguém que não quer decepcionar.	**Refletir sobre o uso**
Afirmar pras pessoas que parou; ajudar o próximo com palestras; usar cartões de enfrentamento; falar que é forte; falar para si mesmo o que é bom; pensar positivo; pensar que usar não é a solução	**Automotivação**
Faz novos amigos; estar com alguém que não consome; frequentar lugares onde não tem bebida; procurar os antigos amigos que não usam.	**Mudar os ciclos de amizades**
Usar o dinheiro rapidamente; dar o dinheiro para alguém para administrar; tentar não pegar o dinheiro; comprar as coisas necessárias; pagar as contas.	**Controle sobre o dinheiro**

Tabela 2 - Distribuição dos dados de consumo, motivação e autoeficácia da amostra (n=80)

Variáveis	n	%
Tempo de abstinência		
Até 6 meses	37	46,3
Mais que 6 meses	43	53,8
Autoeficácia		
Menor que 5	2	2,5
Maior que 5	78	97,5
Motivação		
Menor que 5	3	3,8
Maior que 5	77	96,3
Drogas utilizadas*		
Álcool	67	83,8
Tabaco	54	67,5
Crack	49	61,3
Cocaína	43	53,8
Maconha	42	52,5
Solventes	5	6,3
Medicamentos	3	3,8
Extase	1	1,3
Opioides	1	1,3
Número de recaídas antes de ligar para o VIVAVOZ		
Média (dp)	1,35 ± 0,8	

*A maioria dos abstinentes utilizava mais de uma droga

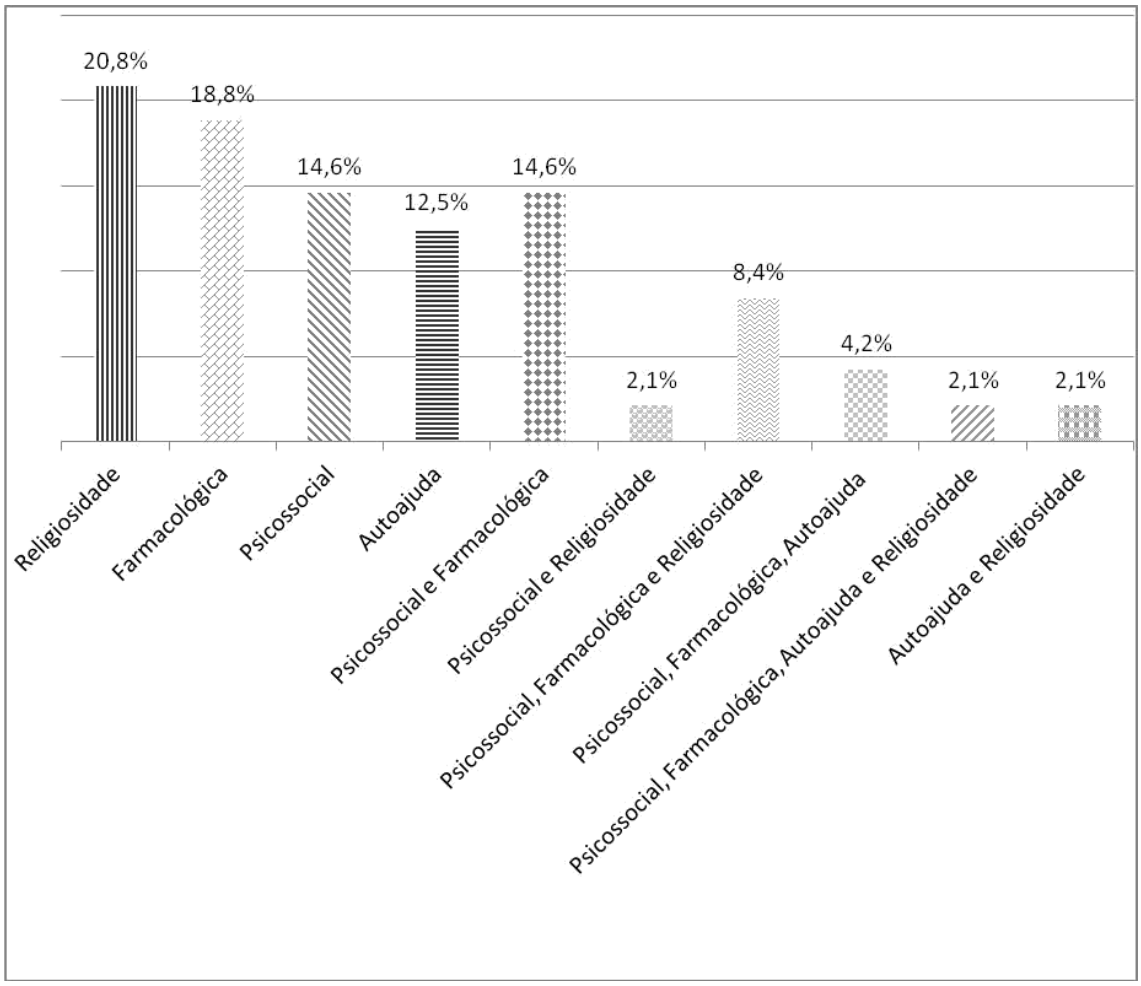


Figura 1 – Tratamentos utilizados pelos ex-usuários para permanecer em abstinência

Artigo 4: Ex-usuários de drogas: benefícios percebidos com a parada do consumo

(será submetido à revista Journal of Mental Health)

Simone Fernandes, Bruna Athanazio Dolejal, Dhiordan Cardoso da Silva, Maristela Ferigolo, Helena Maria Tannhauser Barros

RESUMO

Este artigo se propõe a entender se há relação entre os benefícios relatados pelos ex-usuários de drogas atendidos em um serviço de teleatendimento sobre dependência química após a parada do uso de substâncias com o perfil sociodemográfico destes. Trata-se de uma pesquisa fundamentada no método de análise de conteúdo, onde foram agrupados os benefícios em parar com o uso da substância em categorias, que serão descritas detalhadamente ao longo do trabalho. A partir dos dados obtidos foi possível observar que as categorias denominadas, apoio social e sentimentos positivos foram os mais relatados entre os ex-usuários, abrindo possibilidades de pensar modelos de tratamento, visando o fortalecimento desses fatores no indivíduo.

Descritores: abstinência de drogas; benefícios; uso de droga

ABSTRACT

This article proposes to understand whether there is a relationship between the benefits reported by ex-drug users attending a telephone service on addiction after stopping the use of substances with the demographic profile of these. It is one based on the method of content analysis where the benefits stop substance use into categories, which will be described in detail throughout the work were grouped query. From the data obtained it was observed that the categories namely, social support and positive feelings were the most common among former users, opening up possibilities of thinking treatment models aimed at strengthening these factors.

Keywords: drug withdrawal; benefits, drug use

INTRODUÇÃO

Uma parte importante do tratamento da dependência química é a fase de prevenção da recaída, que configura a forma como o indivíduo se manterá abstinente do consumo. Quando negligenciada, esta fase pode atrapalhar o bom andamento do tratamento (Marlatt & Donovan, 2009; Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt 2011). As técnicas utilizadas no modelo socioeducativo de Marlatt intencionam antecipar ou prevenir situações de risco utilizando estratégias de enfrentamento para não recair e fortalecendo o indivíduo quanto a sua autoeficácia (Marlatt & Donovan, 2009; Pedroso, Kessler & Pechansky, 2013). A autoeficácia, como a percepção do indivíduo sobre suas capacidades para executar uma determinada atividade (Bandura, 1977), é um dos principais componentes do modelo de prevenção a recaída. Além disso, componentes como efeito de violação da abstinência (EVA), que é um estado emocional no qual o indivíduo se encontra logo após a recaída, caracterizado pelo arrependimento por não ter conseguido manter-se abstinente; componentes cognitivos e afetos negativos também fazem parte do trabalho de prevenção da recaída (Marlatt & Donovan, 2009). No que tange a abstinência, entende-se que há um padrão idiossincrático para os motivos que levam um indivíduo a ter uma recaída (Romani, Dias & Pereira, 2010), sendo necessário identificar algo comum entre estes fatores, a fim de auxiliar no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (Litman & Stapleton, 1983).

A partir do momento que o indivíduo cessa o uso de uma determinada droga que lhe causava danos, os benefícios começam a ser percebidos em um

curto período de tempo (Lahmek, Berlin, Michel, Berghout, Meunier & Aubin, 2009).

Com o entendimento de que perceber os benefícios da parada do uso pode ser um fator motivador para manter a abstinência, o objetivo deste artigo foi descrever os benefícios relatados pelos ex-usuários a partir da parada do uso de substâncias relacionando com o perfil sociodemográfico e de consumo dos abstinentes.

METODOLOGIA

Delineou-se um estudo transversal, com ex-usuários de drogas que ligaram para um serviço nacional de telessaúde. Este serviço de telessaúde oferece orientação e informação sobre uso de drogas lícitas e ilícitas para a população do país, além de outras atividades prestadas (Souza et al, 2008). Os ex-usuários foram convidados a participar do estudo a partir da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram incluídos os ex-usuários que declararam estar sem consumir nenhuma substância há pelo menos 30 dias e, excluídos aqueles que não aceitaram participar do estudo e menores de 18 anos. Assim, que o ex-usuário autorizou sua participação no estudo iniciou-se a coleta de dados. Quando este recusou-se a participar do estudo, foi encaminhado para o atendimento padrão do Serviço (Souza et al, 2008).

Os dados foram coletados por universitários das áreas da saúde capacitados para o atendimento telefônico e para a metodologia do estudo (Barros et al, 2008). A capacitação incluiu orientações sobre o estudo (objetivos e metodologia), leitura e simulação da coleta de dados. Utilizou-se para a

coleta dos dados um modelo de entrevista estruturada, além das perguntas previamente elaboradas, foram também utilizadas as falas do indivíduo, e quando surgiam dúvidas quanto ao processo de abstinência, as devidas orientações eram repassadas para o ex-usuário. A entrevista era transcrita em um protocolo específico do ex-usuário. Foram coletados dados sobre características sociodemográficas e de consumo de drogas anterior a abstinência. O período de coleta foi de janeiro de 2011 a maio de 2013.

Para obter a percepção do indivíduo em relação aos benefícios alcançados com a parada do consumo, os universitários que coletaram os dados fizeram a seguinte pergunta: “Que benefícios você tem percebido desde que parou de consumir a(s) droga(s)?”. Assim que o abstinente respondia, era anotada a resposta em um banco de dados. Os benefícios em relação à parada do uso variaram entre os indivíduos, por isso foram agrupados todos os itens relatados pelos indivíduos em categorias. Para a organização das categorias de benefícios percebidos pelos abstinentes desde a parada do uso foi utilizada a análise de conteúdo (Bardin, 2011). As etapas da análise de conteúdo incluíram: a) listagem das falas dos abstinentes; b) identificação do núcleo das frases pelo conteúdo relacionado aos benefícios de parar de usar drogas. A partir disso, foram criadas as categorias de benefícios percebidas pelos ex-usuários de acordo com o tema principal das frases, que totalizaram 6 categorias: a) Categoria I - Melhora na Saúde; b) Categoria II - Sentimentos Positivos; c) Categoria III - Melhora de Desempenho; d) Categoria IV - Apoio Social; e) Categoria V - Economia de Dinheiro; f) Categoria VI - Religiosidade. Não havia restrições quanto ao número de benefícios relatados por cada indivíduo.

As variáveis sociodemográficas foram resumidas em tabelas contendo frequência e porcentagem; para idade foi utilizada a categorização de faixa-etária da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1986). O nível de significância adotado neste estudo foi de $p \leq 0,05$. As análises foram realizadas pelo programa *IBM SPSS* (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 12.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (processo nº 1145/10).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 92 indivíduos. A maioria do sexo masculino (82,6%) e, mais da metade da amostra (59,8%) cursou o ensino médio ou mais. Dentre os indivíduos do estudo, 64,1% eram solteiros e a renda familiar predominante era de menos de R$ 3.000,00 (87%). Os resultados de dados sociodemográficos relacionados às categorias de benefícios com a parada do consumo de drogas estão descritos na tabela 1.

O consumo de drogas feito pelos indivíduos antes da abstinência era de 84,8% para álcool; 68,5% para tabaco; 54,3% para maconha; 56,5% para cocaína e 60,9% para crack. Demais drogas (solventes, êxtase, opioides, solventes e medicamentos sem prescrição médica), somaram juntas 12% do consumo dos indivíduos da amostra. Os dados que relacionam as drogas consumidas às categorias de benefícios estão apresentados na tabela 2.

Quanto ao tempo de abstinência, 67,4% da amostra estava até 1 ano sem consumir drogas e, quando relacionamos o tempo de abstinência dos indivíduos da amostra com as categorias de benefícios percebidos, verificamos que aqueles que estavam abstinentes até 1 ano relataram perceber mais benefícios em todas as categorias do que os abstinentes há mais de 1 ano.

Dentre as categorias de benefícios identificadas a partir da análise de conteúdo, a maior prevalência foi na categoria apoio social, a qual foi citada por 64,1% da amostra, seguido pela categoria sentimentos positivos (58,7%) e a categoria melhora na saúde (37%). As categorias que se referem a melhora de desempenho e economia de dinheiro tiveram prevalências de 32,6% e 19,6, respectivamente. A categoria de menor prevalência foi religiosidade, que foi percebida como benefício por 7,6% da amostra. Nota-se que as categorias sentimentos positivos e apoio social apresentaram resultados semelhantes quando relacionadas ao estado civil. Estar solteiro foi mais prevalente na categoria apoio social (63%), enquanto, ser casado apresentou maior prevalência em sentimentos positivos (68,5%), indicando uma relação inversa entre as categorias. No quadro 1, estão ilustradas as unidades de significado, as categorias intermediárias e as categorias finais obtidas pela análise de conteúdo realizada.

DISCUSSÃO

Dentre os benefícios citados pelos abstinentes depois da parada do consumo de drogas, pôde-se perceber que as categorias finais *sentimentos positivos* e *apoio social* foram aquelas de maior ocorrência entre os indivíduos. Estas categorias incluíram conteúdos como: “retomou a confiança da família”, “sente-se mais alegre”, que, por seu caráter emocional e de reestruturação social, são fatores de proteção eficazes na redução de comportamentos de risco e na manutenção da abstinência do uso (Garmendia, Alavarado, Montenegro & Pino, 2008).

Além de ser um fator de proteção, voltar a ter o apoio e confiança da

família e/ou pessoas próximas, aumenta positivamente os sentimentos em relação a parada do uso, e motiva o indivíduo a seguir o tratamento. Para a manutenção da abstinência é imprescindível que o usuário utilize a rede de apoio como auxílio na prevenção à recaída (Abdala, Rodrigues, Torres, Rios & Brasil, 2010; Rigotto & Gomes, 2002). Como observado nos resultados, houve uma relação inversa entre as categorias e sentimentos positivos e apoio social no que se refere ao estado civil. Os solteiros percebem mais o apoio social como benefício do que os casados; enquanto os casados percebem mais os sentimentos positivos como benefício do que o apoio social. Esta relação talvez possa ser explicada pela forma como ocorre a relação intrafamiliar de cada indivíduo. Se o casamento já proporciona o apoio social necessário é provável que não seja entendida como benefícios percebidos após a parada do consumo e, sim, como algo já presente na vida cotidiana. Por outro lado, os solteiros podem se perceber mais beneficiados pelo apoio social por não terem isso em sua vida cotidiana. No entanto, não podemos afirmar com embasamento de evidências, pois cada configuração familiar pode ter seu padrão único de relacionamento entre os membros da família.

As categorias melhora na saúde e melhora no desempenho são benefícios percebidos por muitos ex-usuários da amostra e tiveram semelhança entre os resultados para todas as variáveis sociodemográficas. Tais achados se assemelham aos resultados encontrados no estudo de Alvares (2013) no qual os ex-usuários de álcool responderam, dentre os fatores que favoreceram positivamente a abstinência, a melhora na saúde e a mudança favorável no trabalho. As duas categorias parecerem ser complementares, ou seja, possivelmente quando há melhora na saúde, o

indivíduo terá melhor desempenho em suas atividades. Portanto, parecem ajudar na motivação para manutenção da abstinência.

Com relação a droga anteriormente consumida e as categorias de benefício, os resultados da tabela 2 mostram que, ao contrário do que poderíamos pensar, as porcentagens entre as drogas são semelhantes. Para todas as drogas, as categorias melhora na saúde e melhora no desempenho, tiveram porcentagens parecidas e, o mesmo ocorreu entre as diversas drogas e as categorias sentimentos positivos e apoio social. Portanto, embora se confirme uma complementaridade entre as categorias citadas acima, as características específicas do consumo de cada uma das drogas não interferiram na percepção sobre os benefícios alcançados após a cessação do consumo.

Sobre as categorias economia de dinheiro e religiosidade, não foram percebidas como benefícios por muitos ex-usuários (18 e 7 vezes respectivamente). Embora não tenha sido o foco neste estudo entender a diferença de importância entre as categorias, parece que categorias como melhora na saúde, sentimentos positivos, melhora no desempenho e apoio social estão mais ligadas aos prejuízos do uso de drogas e a necessidade do indivíduo de retomar aspectos importantes de sua vida. Assim, melhoras nesta categoria são mais percebidas. Enquanto que as categorias economia de dinheiro e religiosidade podem não ser o foco neste momento de manutenção da abstinência.

Ressalta-se ainda que indivíduos que estavam abstinentes até 1 ano perceberam mais benefícios em todas as categorias do que os abstinentes há mais de 1 ano. É possível que aqueles que estão há mais tempo abstinentes já

não percebam os benefícios alcançados, pois já acostumaram com a condição atual de não uso. No entanto, aqueles que mais recentemente tornaram-se abstinentes, conseguem perceber os benéficos porque os prejuízos do uso estão mais presentes.

Entendemos com este estudo que, os ex-usuários de drogas conseguem identificar benefícios na parada de uso, este fato pode ser um fator de motivação na manutenção da abstinência. Por isso, em estudos futuros, será importante delinear a metodologia para identificar relações de importância entre as categorias a influência destas na motivação para manter a cessação do consumo.

Desta forma, o profissional de saúde que acompanha o ex-usuário de droga precisa levar em consideração os benefícios que o indivíduo alcançou em seu processo de manutenção da abstinência a fim de planejar um tratamento adequado e personalizado ao indivíduo.

Referências

1. Abdala, G., Rodrigues, W., Torres, A., Rios, M., Brasil, M. (2010). A Religiosidade/ Espiritualidade como Influência Positiva na Abstinência, Redução e/ou Abandono do Uso de Drogas. *Revista de Estudos da Religião.*

2. Alvarez, A.A. (2013). Fatores que favorecem a abstinência no alcoolismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 5*(12), 60-80.

3. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review,* 84, p. 191-215.

4. Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* 4ªed. *Lisboa: Edições*, *70*.

5. Barros, H.M.T.; Santos, V.; Mazoni, C.; Dantas, D.C.M.; Ferigolo, M. (2008). Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. Drug and Alcohol Dependence 98: 270-274.

6. Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, *136*(2), 169-178.

7. Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *6*(1), 1-17.

8. Lahmek, P., Berlin, I., Michel, L., Berghout, C., Meunier, N., & Aubin, H. J. (2009). Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *Int J Med Sci*, *6*(4), 160-167.

9. Litman, G., Stapleton, J., Oppenheim, A.N., Peleg, B.M. (1983). An Instrument for Measuring Coping Behaviours in Hospitalized Alcoholics: Implications for Relapse Prevention Treatment. *Addiction* 78 (3):269-276.

10. Marlatt, G.A, Donovan, D.M. **Prevenção de Recaída:** estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 358 p.

11. Pedroso, R. S., Kessler, F., & Pechansky, F. (2013). Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *35*(1), 36-45.

12. Rigotto, S e Gomes, W. (2002). Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 18 n. 1, pp. 095-106.

13. Romanini, M., Dias, A. C. G., & Pereira, A. S. (2010). Grupo de Prevenção a Recaídas como dispositivo para tratamento da dependência química. *Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria*, *11*(1), 115-132.

14. Souza, M.F; Kohlrausch, E.R; Mazoni, C.G; Moreira, T.C; Fernandes, S; Dantas, D.C.M; Ferigolo, M; Barros, H.M.T. (2008). Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,* 30, 182 – 191.

15. World Health Organization. (1986). Young people's health-a challenge for society: report of a WHO Study Group on Young People and" Health for All by the Year 2000"[meeting held in Geneva from 4 to 8 June 1984].

Tabela 1- Distribuição sociodemográficas dos dados da amostra segundo as categorias de benefícios citadas pelos ex-usuários de drogas

Variáveis sociodemográficas	Categorias de benefícios					
	Melhora na Saúde	Sentimentos Positivos	Melhora no Desempenho	Apoio Social	Economia de Dinheiro	Religiosidade
			n (%)			
Sexo						
Masculino	31 (91,2)	43 (80)	25 (83,3)	49 (83)	13 (72)	5 (71,4)
Feminino	3 (8,8)	11 (20)	5 (16,7)	10 (17)	5 (28)	2 (28,6)
Idade						
Jovem	6 (17,6)	8 (15)	5 (16,7)	10 (17)	1 (5,5)	0
Adulto	28 (82,4)	46 (85)	25 (83,3)	49 (83)	17 (95)	7 (100)
Estado civil						
Solteiro	23 (67,6)	17 (31,5)	21 (70)	37 (63)	8 (44,5)	4 (57)
Casado	11 (32,4)	37 (68,5)	9 (30)	22 (37)	10 (55,5)	3 (43)
Nível educacional						
Fundamental ou menos	15 (44,1)	19 (35,2)	12 (40)	24 (41)	7 (39)	1 (14)
Médio ou mais	19 (55,9)	35 (64,8)	18 (60)	35 (59)	11 (61)	6 (86)
Ocupação						
Aposentado	0	2 (3,7)	0	1 (1,7)	0	0
Autônomo	5 (14,7)	7 (13)	5 (16,7)	8 (13,5)	5 (28)	0
Desempregado	4 (11,6)	8 (15)	4 (13)	8 (13,5)	1 (5,5)	0
Do lar	1 (2,9)	2 (3,7)	1 (3,3)	4 (6,8)	2 (11)	0
Estudante	1 (2,9)	3 (5,5)	2 (6,7)	2 (3,4)	1 (5,5)	1 (14)
Profissional da saúde	1 (2,9)	1 (2)	1 (3,3)	1 (1,7)	0	1 (14)
Profissional de outra área	22 (65)	31 (57)	17 (57)	35 (59)	9 (50)	5 (71,4)
Renda						
Até R$3.000,00	33 (97)	48 (89)	26 (87)	51 (86,5)	16 (89)	5 (71,4)
Acima de R$3.000,00	1 (3)	6 (11)	4 (13)	8 (13,5)	2 (11)	2 (28,6)
Total*	34 (100)	54 (100)	30 (100)	59 (100)	18 (100)	7 (100)

* as análises foram feitas pelo número total de vezes que cada categoria foi citada.

Tabela 2 - Categorias de benefícios citadas pelos ex-usuários de acordo com a droga que consumiam

Droga	Benefícios																	
	Melhora na saúde			Sentimentos positivos			Melhora no desempenho			Apoio social			Economia de dinheiro			Religiosidade		
	M	%	DP	M	%	DP	M	%	DP	M	%	DP	M	%	DP	M	%	DP
Maconha	1,56	44	0,501	1,32	68	0,471	1,68	32	0,471	1,34	66	0,478	1,78	22	0,418	1,92	8	0,274
Álcool	1,62	37,2	0,486	1,35	64,1	0,482	1,64	35,9	0,482	1,32	67,9	0,469	1,7	21,8	0,415	1,92	7,7	0,268
Tabaco	1,6	39,7	0,493	1,38	61,9	0,489	1,66	33,3	0,475	1,31	68,3	0,469	1,79	20,6	0,407	1,92	7,9	0,272
Cocaína	1,66	40,4	0,495	1,42	57,7	0,498	1,63	35,5	0,486	1,34	65,4	0,48	1,84	15,4	0,354	1,92	7,7	0,269
Crack	1,66	33,9	0,477	1,35	64,3	0,483	1,66	33,9	0,477	1,32	67,9	0,471	1,76	23,2	0,426	1,92	7,1	0,259
Outras drogas	1,28	71,4	0,487	1,42	57,1	0,534	1,28	71,4	0,487	1	1	0	1,71	28,6	0,487	2	100	0,487

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção da recaída é parte fundamental do tratamento da dependência química à medida que no período de manutenção da abstinência o indivíduo enfrenta as dificuldades de não recair. As estratégias utilizadas em momentos de tentação ao uso e na síndrome de abstinência são importantes fatores para manter a cessação do uso de drogas. O que cria a necessidade de que a prevenção da recaída não inicie somente após a interrupção do uso de drogas, mas seja uma meta importante durante todo o tratamento.

A partir deste estudo, constatamos que o acompanhamento do ex-usuário pode fazer diferença em seu processo de parada de consumo e manutenção da abstinência. Conhecer as características dos usuários de drogas, os principais riscos que podem levar a recaída para cada indivíduo e elaborar estratégias adequadas a cada situação será o diferencial para uma mudança no estilo de vida e para o fortalecimento da autoeficácia do indivíduo para manter-se abstinente do uso de drogas. Pudemos identificar, com este estudo, que os indivíduos iniciaram o consumo quando se tornaram adolescentes, progrediram para várias outras drogas ao se tornarem jovens e fizeram a parada do consumo na idade adulta. Neste momento, iniciaram o contato telefônico em busca de orientações para identificar situações de risco para recaída e estratégias de enfrentamento para manter a abstinência. Esta trajetória está ilustrada na linha de tempo abaixo:

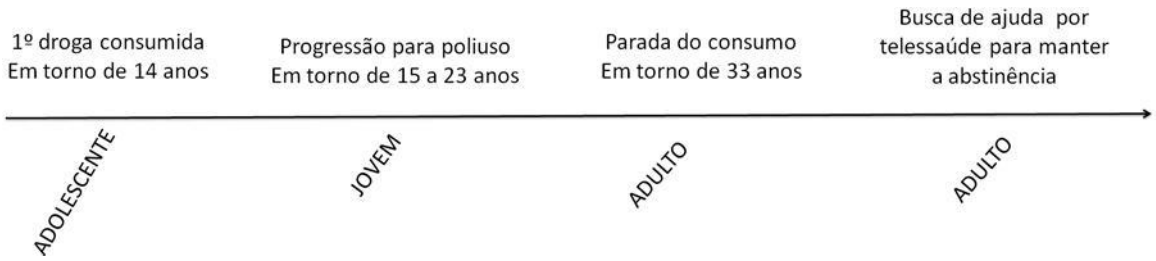


Figura 3 – linha do tempo da progressão no uso de drogas até a manutenção da abstinência.

*Faixas-etárias segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1986).

Portanto, o planejamento do tratamento do dependente químico envolve o acompanhamento das situações cotidianas de sua vida para assim, produzir a mudança do comportamento problema para um estilo de vida mais equilibrado que inclui ressocialização, retorno ao trabalho ou estudo e melhora em suas relações familiares. Pudemos perceber que os benefícios observados pelos ex-usuários são motivadores a sua manutenção da abstinência e envolvem vários aspectos da sua vida, como saúde física, psicológica, organização financeira entre outros. Manter uma intervenção personalizada que ofereça atenção e cuidados psicoeducativos, assim como a reconstrução do entendimento do uso de drogas e da manutenção da cessação do consumo traz benefícios à vida do ex-usuário.

Assim, torna-se primordial desenvolver intervenções focadas na prevenção da recaída e planejar um acompanhamento para além da cessação do consumo como forma de auxiliar na organização da vida do indivíduo. Em estudos futuros, sugere-se o desenvolvimento de uma metodologia que compare a intervenção proposta neste estudo com uma intervenção padrão, a fim de se obter medidas de eficácia e efetividade da mesma.