



FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

Monografia

Análise dos factores psicossociais percebidos como influenciadores para a reincidência no consumo de drogas no Centro Remar: um especial olhar às percepções dos gestores, reincidentes e familiares dos reincidentes

Hilário Alexandre Ubisse

Maputo, Outubro de 2024



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA**

**ANÁLISE DOS FACTORES PSICOSSOCIAIS PERCEBIDOS COMO
INFLUENCIADORES PARA A REINCIDÊNCIA NO CONSUMO DE DROGAS NO
CENTRO REMAR: UM ESPECIAL OLHAR ÀS PERCEPÇÕES DOS GESTORES,
REINCIDENTES E FAMILIARES DOS REINCIDENTES**

Hilário Alexandre Ubisse

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação em cumprimento dos requisitos parciais para a obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia com orientação Social e Comunitária.

Supervisor: Mestre Alcídio Celestino Cumbe

Maputo, Outubro de 2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

Esta monografia foi julgada suficiente, como um dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia com orientação Social e Comunitária e aprovada na sua forma final pelo Curso de Psicologia com orientação Social Comunitária na Faculdade de Educação, Departamento de Psicologia da Universidade Eduardo Mondlane.

Director do Curso de Licenciatura em Psicologia

(dr. Francisco Cumaio)

O júri da Avaliação

O Presidente do júri

O Examinador

O Supervisor

(Msc. Alcídio Celestino Cumbe)

Maputo, _____/_____/2024

AGRADECIMENTOS

Ao concluir este trabalho lembro-me de todos que contribuíram para a materialização da minha licenciatura.

Primeiramente agradeço a Deus Pai e Deus Mãe pelo dom da vida. Endereço também os meus sinceros agradecimentos ao meu supervisor Mestre Alcídio Celestino Cumbe pela disponibilidade, interesse, paciência e dedicação demonstradas no processo da elaboração deste trabalho.

Khanimambo a todos docentes que fizeram parte da minha iniciação científica no curso de Licenciatura em Psicologia com orientação Social e Comunitária.

Um agradecimento especial a minha família, ao meu pai Alexandre Dinis Ubisse, à minha querida mãe Cipriana Tembe, aos meus irmãos, Rasma Ubisse, Isabel Ubisse, Honorário Ubisse, Mendes Ubisse, Benilde Ubisse, e a minha gémia Aldovanda Ubisse.

Aos membros do meu clube de voluntariado, José Chirindza, Edmilson Tovele, Leonardo Adolfo, Paulo Marrengula, Adolfo, Ernesto Lennon, Texeira, Nilton, Cláudia Safrão, Emanuela, Cleusia, Camila, Joana, Arlete.

Agradeço ao Centro Remar que me acolheu para a coleta de dados desse trabalho, aos internados no Centro e suas respectivas famílias.

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE

Declaro por minha honra que esta monografia nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau acadêmico e que a mesma constitui o resultado do meu trabalho individual, estando indicados ao longo do texto as referências bibliográficas e todas as fontes utilizadas.

(Hilário Alexandre Ubisse)

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	3
RESUMO	4
CAPÍTULO I: ELEMENTOS INTRODUTÓRIOS.....	5
1.1. Contextualização	5
1.2. Formulação do problema.....	5
1.3. Objectivos da pesquisa	7
1.3.1. <i>Geral</i>	7
1.3.2. <i>Específicos</i>	8
1.4. Perguntas de pesquisa	8
1.5. Justificativa do estudo.....	8
CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1. Factores psicossociais	10
2.2. Reincidência no consumo de drogas	11
2.3. Droga.....	12
2.3.1. Drogas licitas e ilícitas	12
2.3.2. Dados mundiais sobre o consumo de drogas.....	13
2.4. Dependência Química.....	14
2.4.1. Factores de risco e protecção na reincidência no consumo de drogas.	15
2.5. Factores de reincidência.....	16
2.6. Reabilitação no consumo de drogas.....	17
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	18
3.1. Descrição do local do estudo.....	18
3.2. Abordagem metodológica	19
3.3. População e Amostragem.....	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolha de dados	20
3.4.1. Técnicas de recolha de dados	20
3.4.2. Procedimentos de análise de dados	20
3.6. Limitações do estudo.....	22
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	23
4.1. <i>Apresentação</i>	23
4.2. <i>Discussão</i>	39
CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E SUGESTÕES	42
5.1. Conclusões.....	42

5.2. Sugestões	43
Referências bibliográficas	44
Anexos	48
Apêndices	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10 Classificação Internacional de Doenças
CMT Centro Mineiro de Toxicomania
DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSPA Dependência de Substâncias Psicoativas
F Familiar do Reincidente
G Gestor do Centro Remar
INALUD Instituto Nacional de Luta Contra a Droga
INS Instituto Nacional de Saúde

MISAU Ministério da Saúde
ONGs Organizações não-governamentais
OPAS/OMS Organização Mundial da Saúde
R Reincidente
REMAR (Reabilitação de Marginalizados)
UN United Nations
UNODC United Nations Office on Drugs and Crime
GCPCD Gabinete Central de Prevenção e Combate às Drogas

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar os fatores psicossociais percebidos como influenciadores na reincidência do consumo de drogas no Centro Remar (Reabilitação de Marginalizados), onde foi aplicada uma abordagem mista com maior pendor qualitativo. Os dados quantitativos foram analisados com base na análise descritiva e os dados qualitativos, com base na análise de Bardin (2014). Este estudo é descritivo, na vertente de estudo de caso, tendo-se realizado a recolha de dados através de um questionário e uma entrevista semi-estruturada, aplicados a 13 participantes, dos quais 4 eram gestores do Centro, 5 reincidentes e 4 familiares dos reincidentes. Os principais resultados encontrados relativamente aos fatores psicossociais percebidos como influenciadores da reincidência no consumo de drogas no Centro são: o tempo de permanência e o empenho no processo de reabilitação (Gestores); a influência das amizades, a falta de ocupação, a falta de apoio familiar no processo de reinserção social, questões não resolvidas ou mal resolvidas relacionadas com os relacionamentos amorosos e a desconexão espiritual (Reincidentes); e a influência das amizades do indivíduo (Familiares dos reincidentes). O tempo de permanência, a dedicação ao processo de reabilitação e a influência das relações interpessoais foram destacados como os principais fatores. Relativamente às sugestões apresentadas para minimizar os níveis de reincidência, foram ressaltados quatro (4) pontos: o comprometimento com o processo de reabilitação; a assistência contínua na reinserção social; a promoção do apoio familiar e do acompanhamento psicológico; e a necessidade de ocupação e formação profissional no Centro.

Palavras-chave: Droga; Factores psicossociais; Reincidência

CAPÍTULO I: ELEMENTOS INTRODUTÓRIOS

1.1. Contextualização

O uso de substâncias psicoactivas é uma prática antiga, influenciada por factores culturais, religiosos, económicos, políticos e sociais. Ao longo da história, diversas culturas e sociedades viram o consumo de drogas lícitas ou ilícitas como uma expressão cultural e humana, no entanto, nas últimas décadas esta prática vem trazendo preocupações devido ao número crescente de consumidores de drogas ilícitas que se verifica ano após ano, além das consequências adversas que tem causado a nível individual, familiar e comunitário (Almeida, Santos, Brito, Silva & Nappo, 2018).

O Relatório Mundial sobre Drogas divulgado aos 26 de Junho de 2023 pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) destaca a alarmante escalada na adesão ao consumo de drogas ilícitas que vem atingindo níveis sem precedentes devido as redes de tráfico cada vez mais ágeis que vem agravando crises globais. Segundo dados de 2021, aproximadamente 13,2 milhões de pessoas injetaram drogas, um aumento de 18%, e 296 milhões usaram drogas globalmente, representando um aumento de 23% em relação à década anterior. Além disso, o número de pessoas com transtornos relacionados ao uso de drogas aumentou para 39,5 milhões, registrando um crescimento de 45% em 10 anos (UNODC, 2023).

Na América Latina e África, a maioria das pessoas em tratamento por problemas relacionados ao uso de drogas tem menos de 35 e em muitos países, os jovens estão aderindo ao consumo de drogas em níveis superiores aos da geração anterior (UNODC, 2022).

Em Moçambique, segundo dados do Gabinete Central de Prevenção e Combate às Drogas (GCPCD, 2020), houve um registo total de 9.788 internamentos hospitalares devido ao consumo de drogas ilícitas o que corresponde ao aumento de 7.9% em relação ao ano anterior (Lusa, 2021).

1.2. Formulação do problema

Moçambique tem sido alvo do consumo ilegal de drogas desde os anos 90, o que tem vindo a trazer impactos negativos no âmbito familiar, no trabalho, nas ruas e na disseminação do vírus HIV/SIDA, especialmente entre os usuários de drogas injetáveis, contribuindo para o

aumento da criminalidade, entre outros, representando custos significativos para a sociedade moçambicana (Moçambique, 2003, Boletim da República, Série I, Número 20).

Nesta senda, diversas organizações e centros têm evidado esforço afim de tratar questões ligadas a reabilitação de toxicod dependentes e ainda assim há relatos de casos de reincidência ao consumo das drogas pós tratamento. E por ser verdade, o Centro REMAR (Reabilitação de Marginalizados) - Moçambique que é tomado como referência a nível do país, também relata casos recorrentes de reincidência pós tratamento (Charas, 2011).

Este fenómeno está presente a nível dos Centros de reabilitação do mundo, tal que os dados da Pesquisa Mundial sobre Drogas indicam lacunas significativas na implementação e acessibilidade de programas de tratamento (UNODC, 2021). Tal realidade deixa a desejar em termos de eficácia das políticas e intervenções existentes, destacando a necessidade de avaliação crítica e aprimoramento das intervenções existentes a nível do mundo, afim de reduzir o número crescente de consumidores das substâncias psicoactivas.

A presente problematização se propõe a explorar, de maneira aprofundada, as dimensões individual, familiar e institucional relacionadas à reincidência no consumo de drogas, visando não apenas identificar os desafios existentes, mas também sugerir abordagens mais eficazes e holisticamente integradas.

A compreensão das motivações individuais que levam à reincidência no consumo de drogas é crucial para o desenvolvimento de estratégias preventivas personalizadas. Autores como Brownell, Marlatt, Lichtenstein e Wilson (1986) citados por Marlatt e Witkiewitz (2004) destacam a importância das chamadas "armadilhas de recaída", momentos críticos em que os indivíduos enfrentam desafios específicos que aumentam a probabilidade de retomada do uso de substâncias. O reconhecimento desses gatilhos individuais é fundamental para a concepção de intervenções preventivas mais assertivas (Marlatt & Witkiewitz, 2004).

Além disso, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam uma crescente prevalência de transtornos psicológicos relacionados ao uso de substâncias, enfatizando a urgência de abordagens inovadoras e eficazes para prevenir a reincidência. Este cenário global reforça a necessidade de investigar como as experiências individuais, associadas a fatores socioeconômicos e culturais, influenciam a trajetória de recuperação e as taxas de reincidência em diferentes contextos (OPAS/OMS, 2024).

A interação entre o indivíduo e sua família desempenha um papel crucial na prevenção da reincidência no consumo de drogas. A teoria dos sistemas familiares (Bowen, 1978 citado por Friori & Guisso, 2016) ressalta a importância de analisar as dinâmicas familiares como um todo para entender como padrões de comunicação, apoio emocional e relações interpessoais podem impactar positiva ou negativamente o processo de recuperação. A pesquisa de Hawkins, Catalano e Miller (1992) citados por UN (2003) destaca a influência protetora de ambientes familiares coesos na prevenção de comportamentos de risco, incluindo o uso recorrente de substâncias.

Contudo, a realidade contemporânea mostra um aumento nas dinâmicas familiares fragmentadas, o que pode contribuir para a vulnerabilidade dos indivíduos em recuperação. Dados do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2022) indicam uma correlação entre instabilidade familiar e taxas mais altas de reincidência. Assim, a análise da influência familiar torna-se crucial para o desenho de estratégias preventivas e de apoio social que atendam às necessidades específicas dos indivíduos em recuperação.

Diante da persistência global do desafio representado pela reincidência no consumo de drogas e da incerteza quanto à eficácia das intervenções existentes, surge a necessidade crítica de aprofundar a compreensão dos fatores envolvidos. A complexidade desse fenômeno sugere a importância de investigações mais aprofundadas para orientar estratégias mais eficazes de prevenção e tratamento.

Daí que surge a seguinte questão:

Que fatores psicossociais são percebidos pelos gestores, reincidentes e familiares dos reincidentes como influenciadores para a reincidência no consumo de drogas no Centro Remar?

1.3. Objectivos da pesquisa

1.3.1. Geral

- Analisar os factores psicossociais percebidos pelos gestores, reincidentes e familiares dos reincidentes como influenciadores a reincidência ao consumo de drogas no Centro Remar

1.3.2. Específicos

- Identificar os factores psicossociais percebidos pelos gestores, reincidentes e familiares dos reincidentes como influenciadores a reincidência no consumo de drogas no Centro Remar
- Descrever os principais factores percebidos pelos gestores, reincidentes e familiares dos reincidentes como influenciadores na reincidência do consumo de drogas no Centro Remar
- Propor estratégias junto aos gestores, reincidentes e familiares das reincidentes drogas para minimizar o efeito dos factores da reincidência no Centro Remar

1.4. Perguntas de pesquisa

Que factores psicossociais são percebidos pelos gestores, reincidentes e familiares dos reincidentes como influenciadores a reincidência no consumo de drogas no Centro Remar?

Quais os principais factores da reincidência no consumo de drogas no Centro Remar?

Que estratégias podem minimizar o efeito dos factores da reincidência no consumo de drogas no Centro Remar?

1.5. Justificativa do estudo

O presente estudo surge da necessidade de compreender e abordar um problema complexo e delicado que afecta directamente a comunidade em que vivemos. O consumo de drogas e a reincidência têm consequências devastadoras para os indivíduos envolvidos, suas famílias e a sociedade como um todo. Diante deste fenómeno recai a responsabilidade de contribuir para encontrar soluções eficazes que possam oferecer suporte e intervenção adequada aos reincidentes, visando a sua reabilitação e reintegração na sociedade.

No âmbito académico a investigação sobre casos de reincidência no consumo de drogas em um centro proporcionará uma experiência prática valiosa, permitindo-nos utilizar métodos de pesquisa e análise para identificar padrões, factores de risco e potenciais intervenções. Além disso, aprofundar-se nesse tema desafiador contribuirá para o desenvolvimento de habilidades críticas e analíticas, essenciais para a nossa formação como profissionais comprometidos com o bem-estar da comunidade.

Em uma sociedade em que se fala pouco sobre o problema da reincidência no consumo de drogas, é fundamental conduzir este estudo para aumentar a conscientização e promover ações efetivas de prevenção e tratamento.

Ao trazer à tona as perspectivas do gestor, dos reincidentes e de suas famílias, o presente trabalho visa fornecer insights significativos que possam informar políticas públicas, programas de intervenção e serviços de apoio adequados. Ao abordar essa questão de forma empática e baseada em evidências, espera contribuir para a construção de uma sociedade mais inclusiva, saudável e solidária, onde todos tenham a oportunidade de superar desafios e alcançar seu potencial máximo.

CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo aborda a análise da literatura relacionada às principais e pertinentes ideias que, de certa maneira, buscam respaldar o tema da pesquisa. A revisão da literatura envolve uma síntese abrangente, procurando abordar o trabalho e os dados relevantes para o tema de forma lógica, conforme proposto por Marconi e Lakatos (2003).

A análise literária aborda os seguintes temas: Fatores psicossociais; Reincidência no consumo de Drogas; Drogas; Dependência química; Reabilitação; e Fatores de reincidência no consumo de drogas.

2.1. Fatores psicossociais

O termo "psicossocial" deriva da combinação das palavras "psico", que diz respeito à mente e aos processos mentais, e "social", que refere-se à interação entre indivíduos e grupos. Assim, "psicossocial" se refere à interação entre os aspectos mentais e sociais da vida humana (SÓ ESCOLA, 2023)

No Glossário de Psicologia os fatores psicossociais são definidos como elementos que resultam da interação entre aspectos psicológicos e sociais, que afetam o comportamento humano e influenciam o pensamento, os sentimentos (Glossário de Psicologia de A a Z, s/d).

Por outro lado, Binik (1985) citado por Martins (2004) emprega o conceito psicossocial para abranger diversos elementos psicológicos e sociais relacionados à saúde mental, ou seja, características individuais, traços de personalidade, mecanismos de defesa, estados emocionais e cognitivos, além dos fatores socio ambientais.

Ademais, Martins (2004) associa fatores psicossociais a conexão entre os aspectos psicológicos e o ambiente social, destacando que os comportamentos e reações de uma pessoa ao ambiente estão associados ao risco de desenvolver doenças mentais, mas esse risco é influenciado pelo contexto social em que ela está inserida.

Ao examinar os conceitos apresentados pelos autores, compreende-se que os fatores psicossociais se referem a elementos resultantes da interação entre aspectos psicológicos e sociais, que desempenham um papel significativo no comportamento humano, influenciando o pensamento e os sentimentos. Esses fatores abrangem uma ampla gama de características individuais, traços de personalidade, mecanismos de defesa, estados emocionais e cognitivos, juntamente com influências socio ambientais relacionadas à saúde mental.

Além disso, os fatores psicossociais estão intimamente ligados à conexão entre os aspectos psicológicos e o ambiente social, onde os comportamentos e reações de uma pessoa ao ambiente estão associados ao risco de desenvolver doenças mentais, sendo esse risco influenciado pelo contexto social em que ela está inserida. Em resumo, os fatores psicossociais representam uma intersecção complexa entre aspectos individuais e ambientais que moldam o bem-estar psicológico e a saúde mental.

2.2. Reincidência no consumo de drogas

A concepção de reincidência no contexto do consumo de drogas diz respeito ao ato de consumir uma substância após ter decidido pela abstinência (Ferreira-Borges & Filho, 2004 citados por Bonito & Bone, 2016). Contudo, Marlatt (1993) descreve a reincidência como um processo de transição, uma sequência de eventos que pode ou não ser seguida por um retorno aos níveis básicos de comportamento observável antes do tratamento. Em outras palavras, essa condição não é necessariamente um ponto de "não retorno" durante o processo de desintoxicação, podendo representar um estado pontual que não implica obrigatoriamente um retorno ao estágio inicial do tratamento.

Por outro lado, Serrat (2001) citado por Ferreira e Bortolon (2016) define a reincidência como sendo um fenômeno em que uma pessoa retoma o uso abusivo de substâncias psicoativas. Durante esse processo, existem sinais indicadores que podem ser interrompidos por meio de estratégias e habilidades específicas. Ao explorar essas estratégias e habilidades, é possível que o usuário de drogas reverta o processo de recaída e retome o controle de sua recuperação.

Analisando os conceitos apresentados, podemos perceber que a reincidência no contexto do consumo de drogas pode ser compreendida como o retorno ao uso de substâncias psicoativas após um período de abstinência, caracterizado por um processo dinâmico e multifacetado. Este processo envolve uma sequência de eventos que podem ou não resultar em um retorno aos níveis anteriores de comportamento observável, representando um estágio transitório que não necessariamente implica em um retrocesso ao início do tratamento. Durante a reincidência, existem sinais indicadores que podem ser interrompidos por meio de estratégias específicas, oferecendo a oportunidade para os indivíduos recuperarem o controle de sua jornada de recuperação e retomarem um estado de abstinência e saúde.

2.3. Droga

A definição da droga pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme mencionado por Fonte (2006), refere-se a qualquer substância que, devido à sua composição química ou origem natural, tem impacto na estrutura e funcionamento do organismo.

Escohotado citado por Fonte (2006), argumenta que as drogas, independentemente de serem psicoativas ou não, são percebidas como substâncias que, ao contrário de serem processadas e assimiladas pelo corpo como simples nutrientes, têm a capacidade de subjugar o corpo. Mesmo em doses extremamente pequenas em comparação com alimentos convencionais, essas substâncias podem desencadear significativas alterações tanto no aspecto físico quanto no psicológico.

Em linguagem comum, o termo "droga" geralmente se refere a substâncias ilegais que causam dependência, afetam o Sistema Nervoso Central e alteram as sensações e o comportamento do indivíduo. Também pode se referir a substâncias legais, permitidas por lei, como álcool, tabaco e medicamentos que requerem prescrição médica e têm uma tarja preta em sua embalagem (Enciclopédia Significados)

Do que se explica sobre o conceito drogas, pode se compreender que embora classifiquem-nas em diversas categorias, todas elas são descritas como substâncias que causam alteração no funcionamento normal do SNC.

2.3.1. Drogas lícitas e ilícitas

Existem várias maneiras de categorizar as drogas, algumas baseadas nas características farmacológicas das substâncias, outras nos efeitos que causam e ainda outras na forma como os consumidores as percebem. A intensidade desses efeitos pode mudar conforme a quantidade da substância usada, as características individuais da pessoa, as expectativas em relação à droga, o período de uso, o método de administração e o contexto em que são consumidas (Fonte, 2006).

As principais substâncias psicoativas são aquelas que afetam o funcionamento do cérebro, provocando alterações no estado mental e no psiquismo. Nem todas essas substâncias têm o potencial de causar dependência, mas mesmo aquelas aparentemente inofensivas em produtos domésticos podem levar a esse problema.

A Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), no capítulo V (Transtornos Mentais e de Comportamento), lista diversas substâncias, incluindo álcool, opioides, canabinoides, sedativos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, tabaco e solventes voláteis.

Quanto à classificação legal, as drogas podem ser categorizadas como lícitas ou ilícitas. As lícitas podem ser comercializadas com restrições, como bebidas alcoólicas e tabaco, enquanto as ilícitas são proibidas por lei.

Com base nas ações das drogas no Sistema Nervoso Central (SNC) e nas alterações observáveis na atividade mental ou no comportamento, elas podem ser classificadas como depressoras, estimulantes ou perturbadoras da atividade mental.

2.3.2. Dados mundiais sobre o consumo de drogas

Segundo a (UNODC), o consumo de substâncias psicoativas pode manifestar-se em diversos ambientes e situações. Não há distinções com base em gênero, idade, condição econômica, emprego ou local de residência. Tanto homem quanto mulher, jovem e idoso, rico e pobre, empregado ou desempregado, urbano ou rural podem estar sujeitos ao uso de drogas.

O Relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) (2023) destaca a crescente oferta de drogas ilícitas e redes de tráfico mais ágeis, que intensifica crises globais e desafia os serviços de saúde e a aplicação da lei. Dados de 2021 revelam que cerca de 13,2 milhões de pessoas em todo o mundo injetaram drogas, um aumento de 18% em relação ao ano anterior.

O uso global de drogas atingiu mais de 296 milhões de pessoas em 2021, representando um aumento de 23% em relação à década anterior. Além disso, o número de pessoas com transtornos associados ao uso de drogas aumentou para 39,5 milhões, refletindo um aumento de 45% em 10 anos. O relatório inclui um capítulo especial sobre tráfico de drogas e crimes ambientais na bacia amazônica, bem como seções sobre testes clínicos com psicoativos e uso medicinal de cannabis, uso de drogas em contextos humanitários, inovações em tratamento de drogas e serviços relacionados, além de drogas e conflitos.

O UNODC enfatiza a influência das desigualdades sociais e econômicas nos desafios relacionados às drogas, a degradação ambiental e violações dos direitos humanos ligadas às atividades econômicas ilícitas de drogas, e o aumento da prevalência de drogas sintéticas. Ademais, aponta a lacuna no tratamento de transtornos associados ao uso de drogas permanece significativa, com apenas uma em cada cinco pessoas recebendo tratamento em 2021, ligado a isso, as disparidades no acesso ao tratamento entre diferentes regiões do mundo estão aumentando, sendo a população jovem a mais vulnerável e afetada pelos transtornos associados ao uso de drogas, especialmente na África, onde 70% das pessoas em tratamento têm menos de 35 anos.

2.4. Dependência Química

O DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994), Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, caracteriza a dependência como a presença de sintomas que indicam o uso compulsivo de uma ou mais substâncias, mesmo diante dos problemas resultantes desse comportamento. Em outras palavras, trata-se de um comportamento que foge ao controle do indivíduo.

No entanto, é importante notar que os comportamentos relacionados à busca e autoadministração de drogas não são automáticos nem inatos; eles são aprendidos e demandam planejamento. Isso cria uma aparente contradição ao sugerir que um comportamento fora de controle pode ser, na verdade, aprendido e planejado. Esse paradoxo surge da suposição subjacente à definição de dependência, que assume que as pessoas, quando saudáveis, têm liberdade para escolher seus comportamentos, implicando que o controle do comportamento está dentro do indivíduo. Essa suposição foi fundamental nas primeiras definições de dependência.

O abuso repetido de substâncias psicoativas pode levar ao surgimento de uma síndrome de dependência. Essa síndrome é caracterizada pela manifestação de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, que se desenvolvem como resultado do uso contínuo dessas substâncias. Geralmente, ela leva a uma dificuldade em controlar o consumo, mesmo diante das consequências negativas associadas. A preferência pelo uso da droga muitas vezes prevalece sobre outras atividades, e pode ocorrer o aumento da tolerância, além de, em alguns casos, um estado de abstinência física (OMS).

O papel da atenção psicossocial na prevenção do uso de drogas envolve o desenvolvimento e aplicação de estratégias destinadas a reduzir os fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção (BRASIL, 2004).

2.4.1. Factores de risco e protecção na reincidência no consumo de drogas.

Segundo Schenker e Minayo (2004), o risco é uma consequência que surge quando alguém toma a decisão consciente de se expor a uma situação visando alcançar um objetivo ou desejo, mesmo sabendo que existe a possibilidade de sofrer algum tipo de dano físico, material ou emocional ao longo do caminho.

De acordo com McCrimmond e Werhrung (1986) citados por Schenker e Minayo (2004), três condições são necessárias para definir risco: (1) a chance de ocorrer uma perda; (2) a possibilidade de obter um ganho; e (3) a capacidade de aumentar ou reduzir a magnitude da perda ou dos danos.

Na área da saúde, o conceito de risco refere-se ao perigo de uma pessoa ou comunidade ser afetada por doenças e danos, com base no conhecimento e na experiência acumulados. Este é um conceito central na epidemiologia e se relaciona com situações que podem resultar em efeitos adversos devido à exposição a certos fatores. Os alertas epidemiológicos, derivados de análises coletivas, visam informar a população sobre medidas preventivas e de cuidados. O termo "fatores de risco" é usado para descrever condições ou variáveis que estão associadas à probabilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, bem-estar e desempenho social (Newcomb 1986 & Jessor 1995 citados por Schenker & Minayo, 2004)

Para Schenker & Minayo (2004), proteger é um conceito fundamental nas relações interpessoais e nas políticas sociais. Em essência, significa fornecer as condições necessárias para o crescimento, desenvolvimento e apoio da pessoa em formação.

Factores que influenciam o risco e a protecção podem ser agrupados em três níveis, conforme uma classificação proposta pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2012), sendo eles:

- Fatores Individuais de Risco e Protecção: envolvem características pessoais, estratégias de enfrentamento e crenças dos adolescentes.
- Fatores Familiares de Risco e Protecção: referem-se à dinâmica familiar, destacando a relação entre os pais e o adolescente.
- Fatores Ambientais de Risco e Protecção: relacionam-se com questões socioculturais do ambiente em que o adolescente está inserido.

2.5. Factores de reincidência

Marlatt e Gordon (1980, 1985) citados por Baus (1999) argumentam que a recaída é influenciada pela interação entre situações ambientais condicionadas de alto risco, habilidades para lidar com essas situações, o nível percebido de controle pessoal (autoeficácia) e a antecipação dos efeitos positivos do álcool. Após analisar 48 episódios, observou-se que a maioria das recaídas estava associada a três situações de alto risco: a) frustração e raiva; b) pressão social; e c) tentação interpessoal.

A recaída não acontece isoladamente; diversos fatores contribuem para a sua ocorrência, e há sinais de alerta que indicam que um paciente pode estar prestes a retornar ao abuso de substâncias (Gorski & Miller, 1993 citados por Álvarez, 2007). Não é apenas o retorno ao padrão de abuso da substância, mas também um processo em que surgem indicadores antes do retorno ao uso.

Jungerman e Laranjeira (1999) citados por Oliveira, Laranjeira, Araujo, Camilo & Schneider (2003) enfatizam que a recaída deve ser vista como um estado de transição, que pode ou não ser seguido por uma melhora. Faz parte do processo de mudança e, muitas vezes, é essencial para que a pessoa aprenda com a experiência e recomece de maneira mais consciente. O modelo de estágios de mudança proposto por Prochaska e DiClemente (1982) citados por Szupszynski e Oliveira (2008) é esclarecedor nesse sentido.

Marlatt e Gordon (1985) citados por Álvarez, (2007) ressaltam que a recaída começa muito antes do reinício do consumo de álcool. Pessoas com respostas ineficazes a situações de alto risco experimentam falta de confiança, que, juntamente com as expectativas positivas em relação ao consumo de álcool, pode levar ao consumo, gerando sentimentos de culpa que, com os efeitos positivos do álcool, incentivam a continuação do consumo. Esses fatores podem ser classificados como determinantes imediatos, como situações de alto risco, e antecedentes ocultos, como estilo de vida, estratégias de enfrentamento ao estresse e sistema de crenças, que mediam a resposta aos fatores imediatos.

2.6. Reabilitação no consumo de drogas

A reabilitação, de acordo com alguns especialistas, está associada à redefinição dos objetivos pessoais (Edwards, Marshall & Cook, 1999 citados por Cunha, Carvalho, Kolling, Silva & Kristensen, 2007), à capacidade de lidar com situações de risco (Marlatt & Gordon, 1993 citados por Coelho & Pérez-Ramos, 2008) e à mobilização de recursos adequados (Gossop, 1997 citado por Coelho & Pérez-Ramos, 2008). Esses indicadores podem explicar a manutenção da abstinência e a adoção da redução de danos.

Para entender a complexidade da conquista da abstinência, mencionam-se os cinco estágios propostos por Prochaska e Di Clemente: pré-contemplação (interesse, mas inconsistência em relação à abstinência); contemplação (conscientização e pensamentos voltados para desistir das drogas); preparação (disposição para a abstinência e compromisso com ela); ação (abstinência ocorrendo e consciência do problema); e estabilização (evitação de recaídas e consolidação da autoeficácia) (Edwards, Marshall & Cook, 1999 citados por Cunha, Carvalho, Kolling, Silva & Kristensen, 2007).

A análise das recaídas ao longo do tempo revela, segundo alguns especialistas, que a estabilização da abstinência na dependência de substâncias psicoativas (DSPA) começa a ocorrer desde o seu início (Hunter, Barbet & Brauch, 1971 citados por Coelho & Pérez-Ramos, 2008). No entanto, trabalhos como o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), destacam que os primeiros doze meses de abstinência ainda são considerados de alto risco para a recidiva ao uso de drogas. Portanto, existem divergências em relação à estabilização desse comportamento em estudo.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

Este capítulo faz a apresentação da metodologia que foi usada para a realização do estudo, desde a a) Descrição do local de estudo; b) Abordagem metodológica; c) Amostragem; d) Técnicas de recolha e análise de dados; e) Questões éticas; f) Limitações do estudo.

3.1. Descrição do local do estudo

O Centro de Reabilitação Remar localiza-se na Cidade de Maputo, R. 4691, no bairro Costa do Sol. O mesmo tem enfoque na realização de actividades de cunho social, tais como: a) assistência a crianças órfãs, abandonadas, mães solteiras, toxicodependentes, doentes com HIV, viúvas e idosos, que são acolhidos de forma gratuita para o processo de reabilitação física e psíquica.

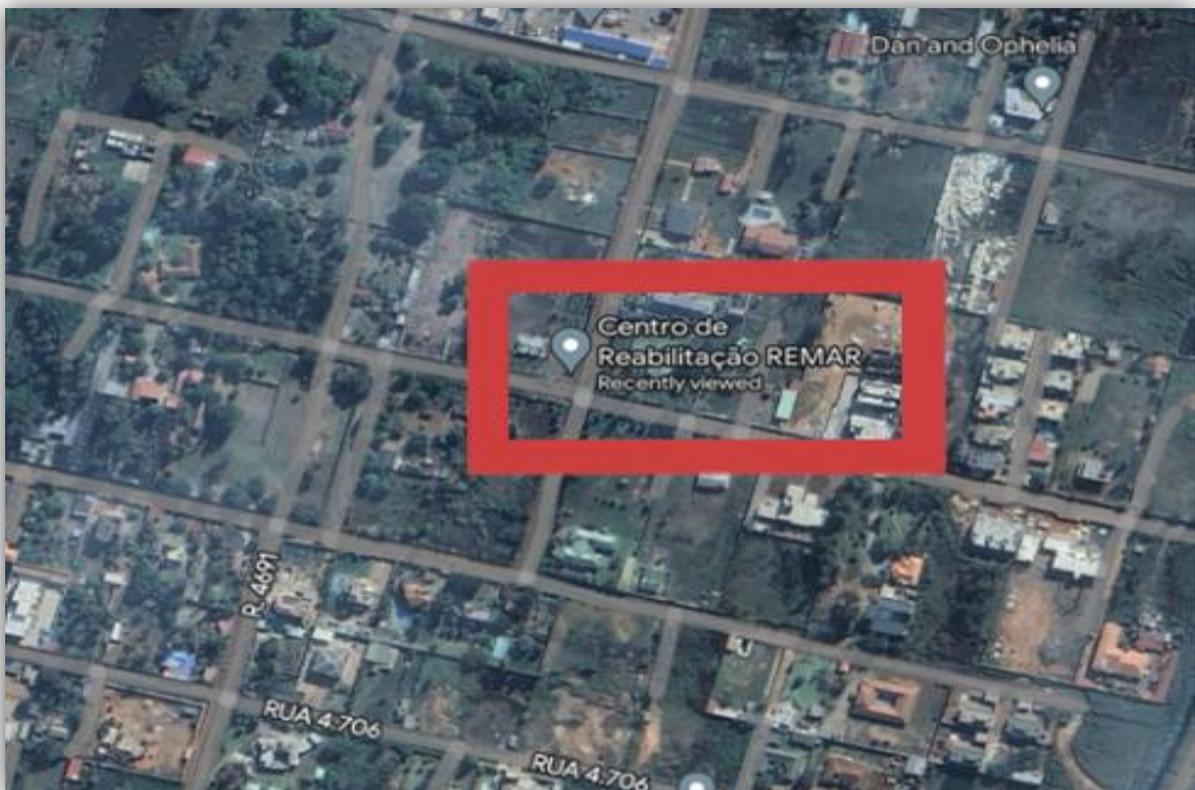


Fig. 3.1. Localização geográfica do Centro de Reabilitação Remar (Google Maps, quinta-feira, 01 de fevereiro, 2024 15hrs da tarde.)

3.2. Abordagem metodológica

Afim de alcançar os objectivos traçados que consistia em identificar os factores psicossociais influenciadores na reincidência do consumo de drogas no Centro Remar, descrever os principais factores percebidos e propor junto dos gestores, famílias e consumidores de drogas estratégias para minimizar o efeito dos factores da reincidência no Centro Remar. O presente estudo foi realizado com base na abordagem mista, com maior pendor qualitativo.

A abordagem mista é aplicada em pesquisas de carácter social, como se pode constatar no presente trabalho. Freixo (2011) salienta que o estudo misto engloba tanto a abordagem quantitativa assim como a qualitativa, o que resulta na relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o objectivo e a subjectividade do sujeito.

Em relação ao objectivo, a presente pesquisa é descritiva, que segundo Selltiz (1965) citado por Oliveira (2011), busca descrever um fenómeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos.

Quanto ao procedimento, o presente é um estudo de caso, pois, o mesmo é uma investigação empírica examina um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real tal como mencionado por Yin (2005) citado por Langa (2020), onde são estudadas situações humanas de vida real, baseando-se em trabalho de campo onde o pesquisador é o principal instrumento de recolha de dados, abrangendo o processo completo desde planeamento, enfoques específicos à coleta e análise de dados, tal como se verificou neste trabalho.

3.3. População e Amostragem

Segundo Matuda (2009), população é o conjunto de habitantes em um certo espaço geográfico. Para o presente, levou-se em conta os gestores do Centro Remar, reincidentes e familiares dos reincidentes.

Uma amostra é uma parte selecionada da população com base em critérios específicos de representatividade (Mutimucuo, 2008 citado por Langa, 2020). Para o presente estudo, adotou-se amostragem intencional onde os elementos são escolhidos com base num dado critério para compor a amostra. Este tipo de amostragem é útil neste estudo porque permite ao pesquisador selecionar participantes que correspondam às características que deseja investigar, resultando em uma amostra mais específica e direcionada. Isso possibilita uma análise mais aprofundada das questões de pesquisa em foco (Figueiredo & Figueiredo, s/d)

Este estudo contou com a participação de 13 indivíduos, cujas idades variavam entre 26 e 57 anos, todos com níveis de escolaridade pré-universitária e superior (Tabela 1,2,3 e 4). Durante o processo de coleta de dados, foi observado que as respostas dos entrevistados apresentavam uma certa redundância à medida que as entrevistas avançavam. Esse padrão indicou que foi atingida a saturação teórica, momento em que não se verificou mais a necessidade de continuar a coleta de dados, uma vez que as informações adicionais não contribuiriam significativamente para o desenvolvimento da pesquisa.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

As técnicas de coleta de dados consistem em procedimentos ou métodos empregados por uma ciência para obter informações relevantes, representando a parte prática do processo de coleta de dados (Marconi & Lakatos, 2003)

3.4.1. Técnicas de recolha de dados

De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a entrevista é um encontro entre duas pessoas com o objetivo de uma delas obter informações sobre um determinado assunto através de uma conversa profissional, nesta ordem, Cabral (2016) define o questionário como sendo uma série de perguntas colocadas com o fim de extração de dados sócio-demográficos.

Para conduzir o presente estudo, foi empregada a técnica da entrevista semi-estruturada, na qual, conforme descrito por Mutimuciuo (2008) citado por Langa (2020), o entrevistador tem a liberdade de incluir novas perguntas de acompanhamento, se necessário, para melhor compreensão e adequação dos dados coletados ao longo da entrevista.

Ademais, foi elaborado um questionário com perguntas referentes aos dados sócio-demográficos e um guião de entrevista composto por seis (6) para cada grupo alvo (gestores do Centro, reincidentes e familiares dos reincidentes), sendo que, as duas (2) primeiras visavam suprir ao primeiro objectivo, as duas seguintes o segundo objectivo, e as duas últimas o terceiro objectivo, afim de captar ideias próprias dos entrevistados, conhecimentos e percepções sobre o fenómeno da reincidência do Centro Remar, sendo que as primeiras O método da entrevista semi-estruturada é vantajoso pois permite preparar questões de forma prévia, além da possibilidade de acrescentar questões para o aprofundamento da ideia do entrevistado.

3.4.2. Procedimentos de análise de dados

Os dados qualitativos do estudo foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2014). Esta abordagem envolve várias etapas para extrair significados

dos dados coletados, conforme explicado por Bardin (2014), que divide o processo em três etapas: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados.

Na etapa de *pré-análise*, o material coletado é organizado para tornar as ideias iniciais do referencial teórico operacionais e estabelecer indicadores para a interpretação das informações. Nesta fase inicial, os dados foram analisados para entender como estavam organizados e foram reorganizados de acordo com os objetivos da pesquisa. Posteriormente, os dados foram agrupados com base nas similaridades das respostas dos entrevistados em relação aos objetivos do estudo.

O *tratamento dos resultados* envolve a identificação dos conteúdos expressos em todo o material coletado, incluindo entrevistas, documentos e observações. A análise comparativa é feita ao sobrepor as várias categorias identificadas em cada análise, destacando as semelhanças e diferenças entre elas.

A *técnica de análise de conteúdo* proposta por Bardin se alinha com a amostragem por saturação teórica aplicada no estudo. Isso ocorre porque as entrevistas foram utilizadas como método de coleta de dados e as perguntas feitas durante essas entrevistas buscavam provocar respostas reflexivas, que pudessem ser categorizadas.

Enquanto que os dados quantitativos foram analisados tem em conta a análise descritiva que segundo Reis e Reis (2002), visa organizar, resumir e descrever aspectos importantes de um conjunto de características observadas, sendo possível representa-las em gráficos e tabelas.

3.5. Questões éticas

A ética representa o fundamento essencial de qualquer empreendimento de pesquisa, no qual o investigador se compromete com a busca pela verdade em todas as fases do processo investigativo. Isso engloba o respeito pela privacidade e confidencialidade dos participantes, além do compromisso com o anonimato e a preservação da integridade das informações obtidas. A validade ética de um estudo somente é alcançada quando os participantes concordam voluntariamente em participar, após terem recebido explicações claras e objetivas sobre os propósitos e procedimentos da pesquisa (Bogdan & Biklen, 1994; Mutimucuiu, 2008).

Para assegurar a observância das questões éticas durante a coleta de dados, foram utilizadas as seguintes ferramentas: o termo de consentimento da autoria do pesquisador, e as credenciais fornecidas pela Faculdade de Educação e pelo Centro de Reabilitação REMAR (consulte os Anexos).

- a) A credencial emitida pela Faculdade de Educação desempenhou o papel de solicitar formalmente a permissão para a coleta de dados junto à Direção do Centro REMAR.
- b) A credencial emitida pela Direção do Centro REMAR foi utilizada como meio de identificação do pesquisador durante a realização da coleta de dados no local.
- c) Todos os participantes desta pesquisa receberam informações detalhadas sobre a confidencialidade dos dados fornecidos, garantindo assim a privacidade e a proteção das informações compartilhadas. E nesta ordem foi concedido a cada participante um termo de consentimento que autorizava a coleta de suas informações além da utilização de nomes fictícios.

3.6. Limitações do estudo

O presente estudo aborda questões ligadas aos factores psicossociais da reincidência no consumo de drogas do Centro Remar, com uma amostra maioritariamente masculina. Essas restrições podem afetar os resultados, uma vez que a representatividade da amostra pode estar comprometida pela exclusão de mulheres e pela limitação à experiência de uma única instituição. Dessa forma, é importante reconhecer essas limitações ao interpretar os resultados e considerar a necessidade de estudos futuros que incluam uma amostra mais diversificada em termos de gênero e acesso a múltiplas casas de reabilitação, a fim de obter uma compreensão mais completa e representativa das questões em análise.

A recolha de dados do presente estudo foi antecedida de uma longa espera de aprovação da credencial, tendo durado um (1) semestre inteiro. A aprovação antecipada permitiria um estágio residente com duração de três (3) meses que propiciaria uma exploração mais satisfatória do campo de estudo, no entanto, foi permitida apenas a recolha de dados dentro de um mês.

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo destina-se à exposição e análise dos dados recolhidos no Centro de Reabilitação REMAR, com o propósito de alcançar os objetivos delineados previamente. Para tal, inicialmente, procedeu-se à análise do perfil sociodemográfico dos entrevistados, considerando variáveis como género, idade, escolaridade, profissão, estado civil e tempo de reabilitação e/ou cuidados com os internados.

A apresentação e análise de dados foi feita tendo em conta os objectivos previamente traçados, seguindo a seguinte ordem: Identificar os fatores psicossociais percebidos como influenciadores na reincidência no consumo de drogas no Centro Remar; descrever Principais fatores percebidos como influenciadores na reincidência do consumo de drogas no Centro Remar; e Estratégias propostas pelos gestores, famílias e consumidores de drogas para minimizar o efeito dos fatores de reincidência no Centro Remar.

4.1. Apresentação

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos gestores do centro REMAR. Fonte: Pesquisador

<i>Identificação</i>	<i>Gênero</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Tempo de trabalho</i>
G1	Masculino	25	Ensino Médio	Tecnico de HST	Solteiro	8 Meses
G2	Masculino	29	Ensino Médio	Pintor	Solteiro	4 Meses e 3 Semanas
G3 ¹	Masculino	40	Ensino Médio	Serralheiro	Casado	1 Ano
G4 ²	Masculino	57	Ensino Médio	Desempregado	Solteiro	Mais de 2 Anos

A “tabela 1” apresenta os dados sociodemográficos dos participantes do estudo realizado no Centro de Reabilitação REMAR. Os participantes, identificados como G1, G2, G3 e G4, são predominantemente do sexo masculino e possuem idades variadas, com uma faixa etária que vai dos 25 aos 57 anos de idade, quanto à escolaridade, todos possuem formação até o Ensino Médio, Suas ocupações abrangem uma diversidade de áreas, incluindo Técnico de HST, pintor, serralheiro e desempregado.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria (75%) dos gestores são solteiros, quanto ao tempo do exercício da sua função no Centro REMAR, os participantes variam de 4 meses e 3 semanas até mais de 2 anos. Esses dados fornecem uma visão abrangente das características sociodemográficas dos participantes, fundamentais para a compreensão dos fatores que influenciam a reincidência ao consumo de drogas neste contexto de reabilitação.

Tabela 2: Dados sociodemográficos dos reincidentes do centro REMAR.

<i>Identificação</i>	<i>Gênero</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Tempo de permanência actual</i>	<i>Número de vezes que reincidiu</i>
R1	Masculino	26	Superior Incompleto	Contabilista	Solteiro	6 Meses	Mais de 5 vezes
R2	Masculino	29	Superior	Eng. Informático	Solteiro	4 Semanas	Mais de 6 vezes
R3	Masculino	35	Ensino Médio	Técnico de HST	Solteiro	4 Meses	16 vezes
R4	Masculino	40	Ensino Médio	Serralheiro	Solteiro	1 Ano e 3 Meses	1 vez
R5	Masculino	57	Ensino Médio	Desempregado	Solteiro	Mais de 2 Anos	2 vezes

A “tabela 2” descreve participantes, identificados como R1, R2, R3, R4 e R5. Todos os participantes são do sexo masculino e apresentam uma variedade de idades, variando de 26 a 57 anos, no que diz respeito à educação, observa-se uma diversidade, com alguns participantes tendo formação superior incompleta e outros com ensino médio completo. Suas ocupações incluem contabilista, engenheiro informático, técnico de HST e serralheiro, além de um participante que está desempregado. Todos os participantes estão solteiros. Quanto ao tempo de permanência atual no Centro de Reabilitação REMAR, varia de 4 semanas a mais de 2 anos.

Tabela 3: Dados sociodemográficos dos familiares dos reincidentes do centro REMAR. Fonte: Pesquisador.

<i>Identificação</i>	<i>Gênero</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Relação com o reincidente</i>
F1	Masculino	24	Superior Incompleto	Estudante	Solteiro	irmão
F2	Feminino	24	Superior Incompleto	Estudante	Solteira	irmã
F3	Feminino	25	Superior Incompleto	Estudante	Casada	irmã
F4	Feminino	45	Ensino Médio	Doméstica	Casada	mãe

A “tabela 3” descreve participantes, identificados como F1, F2, F3 e F4. Entre eles, há uma distribuição equitativa de gênero, com dois participantes do sexo masculino e dois do sexo feminino. As idades dos participantes variam de 24 a 45 anos. Quanto à escolaridade, todos têm educação superior incompleta, exceto o participante F4, que concluiu o ensino médio. Suas ocupações incluem estudantes e doméstica. No que diz respeito ao estado civil, observa-se uma diversidade, com participantes solteiros e casados. Além disso, há uma relação específica com o reincidente, sendo irmão no caso dos participantes F1 e F2, irmã no caso do participante F3, e mãe no caso do participante F4. Esses dados fornecem uma compreensão detalhada das características sociodemográficas dos participantes.

a) Factores psicossociais percebidos pelos gestores, reincidentes e familiares dos reincidentes como influenciadores a reincidência no consumo de drogas no Centro Remar

No primeiro objectivo da nossa pesquisa pretendíamos identificar os factores psicossociais percebidos como influenciadores a reincidência no consumo de drogas no Centro Remar, pelo que, na Q1, questionamos aos gestores do centro remar sobre a experiência em relação ao tratamento de consumidores de drogas e casos reincidência, ao que, tivemos os seguintes argumentos:

“[...] os que voltam aqui, é porque não ficaram tempo suficiente. [...]”

“[...] quando sua aparência muda a família pensa que esta tudo bem, eles próprios também pensam o mesmo. [...] mas, depois, quando estão lá fora não conseguem se controlar [...]” (G1)

“[...] a nossa base aqui é a palavra de Deus. Acreditas que alguns até esquecem de levar o que lhes ajudou a recuperar? [...] saem daqui e deixam as suas Bíblias para trás, e depois voltam a “casa” [...]” (G3)

“[...] dos casos que já vimos aqui, alguns fingem estar bem para convencer a família, começam a citar passagens enquanto é porque querem sair, depois não conseguem resistir e voltam, já que aqui um reincidente não precisa se inscrever novamente e a casa está sempre aberta [...]” (G4)

Tal como podemos observar, os gestores consideram que o incumprimento ao tempo de permanência no Centro, a insubmissão a palavra de Deus e a resistência ao tratamento como possíveis factores de casos de reincidência no Centro Remar.

Na mesma senda, questionamos aos reincidentes sobre sua experiência com o consumo de drogas e seu histórico de reincidência, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] comecei a consumir nos convívios com amigos, primeiro comecei com cannabis, depois heroína, cocaína e por fim crack [...] fui internado no Remar pela primeira vez em 2018[...] já passei por muitos Centros [...] desta vez estou há 5 meses, antes interrompi a reabilitação depois de 6 meses [...]” (R1)

“[...] más amizadas, no principio era só álcool e cigarro, depois passei para cocaína, crack e por fim heroína [...] passei por 6 centros e nunca conclui o tratamento, sempre que chegava na metade, fazia drama para me tirarem [...] já dormi na rua, já roubei por causa das drogas [...] estou há 4 semanas desta vez, ao fim do tratamento vou ao encontro da minha mãe na Inglaterra [...]” (R2)

“[...]eu já consumi de quase tudo, cigarro, heroína, metafinamina, AX, Soruma, Cocaína, heroína [...] tive uma vida de muita liberdade adolescente, era muito indisciplinado [...] essa é minha 16ª reabilitação [...] quando fui internado pela primeira vez em 2014, sai depois de 5 meses. Minha ex veio me visitar, sai por ela, mas, tudo se estragou quando descobri que ela estava com outro, por isso voltei as drogas [...] no Centro me envolvi com grupinhos que ainda consumiam [...] doutra vez minha família me rejeitou, então voltei as drogas [...] vivi na rua 3 meses por causa das drogas [...] desta estou há 4 meses, veremos no que vai dar.” (R3)

“[...] talvez seja pela natureza do trabalho, amigos [...], vi a necessidade de voltar por causa da família[...] consumia cocaína, heroína [...] estou agora há 1 ano e 3 meses, quando me sentir pronto, vou sair [...]” (R4)

“[...]fui reabilitado, tentei recomeçar, mas a desconfiança me fez cair novamente [...] meu problema e com álcool [...] já que o Centro esta sempre de portas abertas e permite que a pessoa reabilitada volte quando não tem abrigo, estou aqui novamente [...]” (R5)

Em relação a mesma temática, os reincidentes destacam em seus comentários, a pressão do convívio com amigos consumidores, experiências prévias de tratamento sem sucesso, dificuldades emocionais e obstáculos na reintegração social como fatores significativos para a vulnerabilidade à recaída.

Nesta ordem, questionamos aos familiares dos reincidentes sobre sua experiência de convivência com um consumidor de drogas e seu histórico de reincidência, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] não é nada fácil [...]” “[...] já não sabemos o que vamos fazer[.]” “[...] se desta vez não der certo, já não poderei ajudar [...]” “[...] ele não era assim, mas de repente mudou, já não escutava ninguém, desapareceu de casa ficamos preocupados sem notícias dele durante meses. Isso passou a fazer parte da nossa rotina [...]” (F1)

“[...] já pedimos ajuda em muitos lugares, gastamos dinheiro e não mudou nada [...] toda vez que o internávamos saía sem terminar o tratamento [...]” “[...] logo que ele sair, deve ficar longe das amizades dele, eu como mãe já estou cansada, o que posso fazer? [...]” (F4)

Os relatos evidenciam a angústia das famílias diante da luta contra a dependência química de um familiar, descrevendo a exaustão das tentativas anteriores de tratamento e a preocupação constante com seu bem-estar. A falta de sucesso nos tratamentos anteriores e a influência das amizades do indivíduo são destacadas, enfatizando a natureza desafiadora e muitas vezes frustrante da dependência química.

Ainda no âmbito do primeiro objectivo da nossa pesquisa, na Q2, questionamos aos gestores do centro remar sobre as possíveis causas dos casos de reincidência no Centro Remar, ao que, tivemos os seguintes argumentos:

“[...] a falta de entrega ao tratamento é uma das causas de casos de reincidência, quando a família vem lhes internar pensam que vai ficar bem automaticamente, mas, isso só será possível se ele mesmo quiser se transformar [...]” (G1)

“[...] o tempo de permanência no Centro é muito importante para o fazer estar consciente de que pode viver sem a droga. Mas, como o Centro não força ninguém a ficar, quando eles entendem podem sair antes de cumprir o mínimo que são seis (6) meses [...]” (G4)

Aquando da segunda questão, os gestores ressaltam a importância da entrega pessoal ao tratamento para superar a dependência de drogas, destacando que a falta de comprometimento é uma causa significativa de reincidência, além disso, a necessidade do cumprimento do tempo de permanência em centros de reabilitação para internalizar a ideia de viver sem droga.

Na mesma senda, questionamos aos reincidentes sobre fatores que os mesmos acreditam que contribuíram para sua reincidência no consumo de drogas após passar pelo Centro Remar, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] você pode imaginar, quando sai daqui encontrei as minhas velhas amizades. No início, até poderia conseguir aguentar, mais depois, sempre existe aquele pensamento de que será apenas naquele dia, mas, já sabes [...]” (R1)

“[...] eu creio que para mim é a falta de apoio familiar. Mesmo que tentasse recomeçar, se pedisse dinheiro para investir em algum tipo de negócio, sempre havia desconfiança de que provavelmente usaria o dinheiro para consumir algum tipo de droga, por isso, voltei por frustração [...]” (R2)

“[...] problemas amorosos, como disse ex parceira exerceu uma grande influência para a minha recaída. Como se não bastasse quando sai de novo minha família não queria saber de mim, por isso fui procurar meu bradas na “boca” [...]” (R3)

“[...] yah meu grande erro foi não aceitar deixar o cigarro e achar que era normal, e outra coisa importante é que não me entreguei a palavra de Deus. Quando sai ficou focado apenas em resolver outros assuntos e não me conectei a Deus [...]” (R4)

“[...] fiquei pouco tempo, devia ter ficado mais. Epah, quando você vê que está a ganhar um pouco de massa, e também a rotina daqui, dá impressão de que já está tudo bem [...] outro ponto negativo é querer aparecer [...]” (R5)

Os relatos dos reincidentes evidenciam uma série de desafios, incluindo a influência das antigas amizades, a falta de apoio familiar, problemas amorosos, comprometimento espiritual, e a dificuldade de reconhecer a necessidade contínua de tratamento, além de abordarem a questão da auto-ilusão e a busca por reconhecimento social, destacando a complexidade da recuperação e a importância de abordagens holísticas e suporte contínuo para enfrentar esses desafios.

Nesta ordem, questionamos aos familiares dos reincidentes sobre os factores que eles acham terem contribuído para reincidência no consumo de drogas, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] não ficou tempo suficiente, se ele tivesse ficado por mais tempo, teria melhorado e não voltaria a isso, o Centro pode lhe ajudar a estar longe das drogas[.]” “[...] ele deve deixar as suas amizades, a quele ciclo de amizades que tem não lhe faz bem, sempre que se encontra com eles depois temos que resolver problemas [...]” (F1)

“[...] ele não me diz nada, é difícil saber o que está acontecendo com ele, já se envolveu em muita coisa, perdemos muita coisa por causa desta situação dele [...]” “[...] parece feitiçaria, os irmãos dele não são assim [...] não sei que tipo de droga lhe deram [...]” (F4)

Com base nas afirmações fornecidas, surge uma preocupação com o bem-estar e comportamento de alguém ausente há muito tempo, cujo círculo de amizades é considerado prejudicial. Há uma sensação de desconexão e falta de comunicação, levando a especulações sobre sua situação, inclusive considerando possíveis influências negativas como drogas ou feitiçaria. Sugere-se que uma presença mais prolongada poderia ter evitado o retorno a esses problemas.

b) Principais fatores percebidos pelos gestores, reincidentes e familiares dos reincidentes como influenciadores na reincidência do consumo de drogas no Centro Remar

No segundo objectivo da nossa pesquisa pretendíamos descrever os principais fatores percebidos como influenciadores na reincidência do consumo de drogas no Centro Remar, pelo que, na Q3, questionamos aos gestores do centro remar sobre o principal factor de casos de reincidência, ao que, tivemos os seguintes argumentos:

“[...] tempo de permanência no Centro, a falta de cumprimento de todo processo, acaba gerando essa consequência. As portas dessa casa ficam sempre abertas para qualquer um que queira voltar [...]” (G1)

A afirmação destaca a ideia de que o tempo de permanência no Centro e a falta de cumprimento do processo resultam em consequências significativas. Sugere-se que existe um ciclo onde as portas da casa estão sempre abertas para aqueles que desejam retornar. Isso pode ser interpretado como uma reflexão sobre a dinâmica de reintegração ou reabilitação em

alguma instituição ou programa, onde a oportunidade de retorno é oferecida, apesar dos desafios enfrentados anteriormente. Isso também implica a importância do apoio contínuo e da disponibilidade de recursos para ajudar aqueles que estão tentando superar dificuldades.

Na mesma senda, questionamos aos reincidentes sobre os principais factores que o teria levado a reincidência, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] meu seio de amizades não é nada saudável, são pessoas que conheci nesses ambientes, outros são conhecidos de longa data que acabaram por se envolverem no vício também [...]” (R1)

“[...] a falta de ocupação e também sem apoio da família, cria frustração, você conhece as condições do nosso país [...]” (R2)

“[...] devido ao problema amoroso que tive, não tive tempo suficiente reabilitação, por isso acabei não sabendo como gerir a situação e caí nisto. Toda vez que tentasse levantar, um problema me perseguia. [...]” (R3)

“[...] não me entreguei a palavra de Deus. Quando saí, fiquei mesmo focado em resolver outras coisas e nem me liguei em conectar com Deus, percebes? Estava mais virado para desenrascar umas coisas, tipo, resolver os meus problemas e seguir em frente. Mas depois de um tempo, dei conta que essa ligação com algo maior, tipo ter Deus, faz toda diferença. [...]” (R4)

“[...] foram minhas amizades, quando você está em grupo, há uma tendência de querer mostrar que você é mais mais, esse é o resultado [...]” (R5)

As afirmações destacam uma variedade de factores que contribuem para situações desafiadoras, incluindo influências negativas do círculo social, falta de ocupação e apoio familiar, dificuldades emocionais não resolvidas, desconexão espiritual e pressão do grupo. Esses relatos ressaltam a complexidade das experiências individuais e a importância de abordagens holísticas para lidar com problemas, desde o suporte emocional e espiritual até a escolha cuidadosa das amizades e o acesso a recursos adequados para a reabilitação e a superação de dificuldades.

Nesta ordem, questionamos aos familiares dos reincidentes sobre os principais factores que o teriam levado a reincidência, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] o tempo de permanência no Centro, sem dúvidas. Embora possa ser difícil aceitar a ideia de que eles precisam de mais tempo longe de casa, entendo que isso é necessário para que possam realmente trabalhar em sua recuperação de forma eficaz [...]” (F1)

“[...] não sei, talvez as amigadas. É doloroso reconhecer que as pessoas ao redor de nosso ente querido possam estar contribuindo para suas lutas, mas é crucial que ele tenha tempo suficiente no centro para se afastar dessas influências negativas e fortalecer suas defesas contra elas. [...]” (F4)

As afirmações destacam o papel crucial do tempo de permanência em um centro de reabilitação para uma recuperação eficaz. Tanto a primeira quanto a segunda afirmação reconhece a importância de afastar-se de influências negativas, seja a dificuldade de aceitar a separação de casa ou a dor de reconhecer o impacto das amigadas. Ambas ressaltam a necessidade de um ambiente seguro e estruturado, onde o indivíduo possa fortalecer suas defesas contra essas influências, permitindo-lhe trabalhar efetivamente em sua recuperação. Esses relatos sublinham a importância crucial de um suporte emocional e estrutural para promover a cura e o crescimento pessoal durante o processo de reabilitação.

Ainda no âmbito do primeiro objectivo da nossa pesquisa, na Q4, questionamos aos gestores do centro sobre a influência desses factores na ocorrência de reincidência, ao que, tivemos os seguintes argumentos:

“[...] mesmo que o corpo esteja saudável, se não mudar o interior, mesmo que fique anos, voltará a consumir [...]” (G1)

“[...] o tempo de abstinência e terapia ocupacional os faz entender que não precisam da droga para viver, mas, se interrompem o processo não saem daqui fortalecidos o suficiente [...]” (G4)

As afirmações ressaltam a importância de mudanças internas e de um processo contínuo de reabilitação para uma recuperação sustentável. A primeira afirmação enfatiza que mesmo que o corpo esteja saudável, a mudança interior é essencial para evitar recaídas, destacando a necessidade de abordar não apenas os sintomas físicos, mas também as causas subjacentes do vício.

A segunda afirmação destaca o papel do tempo de abstinência e da terapia ocupacional para fortalecer a determinação e a capacidade do indivíduo de viver sem a droga, ressaltando que

interromper esse processo pode enfraquecer essa fortificação. Ambas as afirmações sublinham a importância da continuidade e da abordagem holística no processo de recuperação, evidenciando a necessidade de uma mudança interna e de apoio estruturado para promover uma vida livre do vício.

Na mesma senda, questionamos aos reincidentes sobre a influência desses factores na ocorrência de reincidência, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] faltou puxão de orelha quando criança, eles se deram conta enquanto já era tarde. Se tivessem me orientado, acredito que não estaria assim [...]” (R1)

“[...] faltou a presença de uma figura paterna, eu sou de pais separados, creio que se tivesse crescido com um pai, se calhar as coisas teriam tomado outro rumo [...]” (R3)

“[...] se eu tivesse saído e me entregado a palavra de Deus, estaria tudo bem comigo, desta vez tenho que fazer diferente [...]” (R4)

“[...] minhas antigas amizades exercem muita influencia sobre mim, acho que será melhor ficar longe deles desta vez, mas epah, sataná é terrível, direta ou indiretamente eles sempre voltam [...]” (R5)

As afirmações destacam diversas influências e experiências que moldaram as trajetórias individuais. A primeira e terceira afirmam a falta de orientação ou conexão espiritual como fatores que contribuíram para as dificuldades enfrentadas, sugerindo que uma orientação adequada desde a infância ou uma relação mais próxima com a fé poderiam ter evitado tais desafios.

A segunda afirmação aponta para a ausência de uma figura paterna como um fator determinante, indicando que uma estrutura familiar diferente poderia ter influenciado de forma positiva a vida do indivíduo. A quarta afirmação ressalta a influência persistente das antigas amizades e a dificuldade em afastar-se delas, evidenciando a complexidade das relações sociais e a luta contra tentações recorrentes. Todas as afirmações sublinham a importância das experiências passadas e das influências sociais e espirituais na formação da vida e das escolhas individuais.

Nesta ordem, questionamos aos familiares dos reincidentes sobre a influência desses factores na ocorrência de reincidência, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] se ficasse mais tempo, estaria bem. Acredito que existe alguma razão para que o centro estipulasse o tempo mínimo, não é [...]” (F1)

“[...] as pessoas que andam com ele são de má conduta[...] não tem boa influência [...]” (F4)

As afirmações destacam a relevância do tempo e da influência social na recuperação de indivíduos em processo de reabilitação. A primeira afirmação reconhece a importância do tempo de permanência no centro de reabilitação, sugerindo que o período estipulado não é arbitrário, mas baseado em razões significativas para promover uma recuperação eficaz. Isso indica a compreensão da necessidade de um processo estruturado e prolongado para abordar os desafios enfrentados pelo indivíduo.

Já a segunda afirmação ressalta a influência negativa das companhias do indivíduo, indicando que pessoas de má conduta ao seu redor não contribuem positivamente para seu processo de recuperação. Isso destaca a importância do ambiente social na manutenção de comportamentos saudáveis e na prevenção de recaídas, destacando a necessidade de uma rede de apoio positiva durante o processo de reabilitação. Ambas as afirmações sublinham a complexidade da recuperação e a importância de considerar o tempo e as influências sociais para promover uma recuperação bem-sucedida.

c) Estratégias propostas pelos gestores, reincidentes e familiares dos reincidentes para minimizar o efeito dos factores da reincidência no Centro Remar

No terceiro objectivo da nossa pesquisa pretendíamos propor junto dos gestores, famílias e consumidores de drogas estratégias para minimizar o efeito dos factores da reincidência no Centro Remar, pelo que, na Q5, questionamos aos gestores do centro remar sobre o que acham que devia ser feito para minimizar os níveis de Reincidência, ao que , tivemos os seguintes argumentos:

“[...] os internados devem se entregar mais ao processo de reabilitação. Devem tomar uma decisão certa e se dedicar, só assim será possível ver os resultados [...]” (G1)

A afirmação destaca a importância do comprometimento e da dedicação dos internados ao processo de reabilitação para alcançar resultados positivos. Ao enfatizar a necessidade de uma decisão firme e um esforço concentrado, ela sugere que a mudança eficaz requer uma participação ativa e responsável por parte dos indivíduos. Isso sublinha a importância do engajamento pessoal e da motivação interna como componentes fundamentais para o sucesso do tratamento de reabilitação.

Na mesma senda, questionamos aos reincidentes sobre o que acham que devia ser feito para minimizar os níveis de Reincidência, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] criação de condições para reintegração na sociedade [...]”

“[...] criação de oportunidades pós reabilitação, as pessoas te tratam como um criminoso, há muita discriminação [...]” (R1)

“[...] cumprimento do tempo necessário para a reabilitação. Todos devemos seguir a 100% como o plano de reabilitação [...]” (R2)

“[...] apegar-se a palavra de Deus. O nosso prato forte aqui é a palavra de Deus [...]” (R3)

“[...] ter uma ocupação. Ficar sem fazer nada abre espaço para esses deslises [...]” (R4)

“[...] ter uma formação profissional no Centro [...]” “[...] apoio familiar [...]” “[...] seria bom se tivéssemos atendimento psicológico [...]” (R5)

As afirmações abordam uma variedade de aspectos cruciais para o sucesso do processo de reabilitação. Enquanto a primeira destaca a importância da criação de condições favoráveis para a reintegração na sociedade e ressalta os desafios enfrentados devido à discriminação, a segunda enfatiza o cumprimento integral do tempo necessário para a reabilitação.

A terceira salienta o suporte espiritual como um elemento fundamental, enquanto a quarta destaca a necessidade de ocupação produtiva para evitar recaídas. Por fim, a quinta ressalta uma abordagem abrangente, incluindo formação profissional, apoio familiar e acesso à assistência psicológica, destacando a importância de uma rede de suporte multifacetada para promover uma recuperação bem-sucedida e duradoura.

Nesta ordem, questionamos aos familiares dos reincidentes sobre o que acham que devia ser feito para minimizar os níveis de Reincidência, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] cumprir com todo processo de reabilitação vai lhe fazer muito bem [...]” (F1)

“[...] deixar de andar com más influências vai melhorar a qualidade de vida dele, assim pode ter [...]” (F4)

As afirmações destacam elementos fundamentais para o sucesso do processo de reabilitação. Enquanto a primeira ressalta a importância de seguir todo o processo de reabilitação para promover o bem-estar, a segunda enfatiza o impacto positivo que o afastamento de más influências pode ter na qualidade de vida do indivíduo. Ambas destacam a necessidade de comprometimento e de um ambiente social saudável para uma recuperação eficaz, sublinhando a importância de fatores como adesão ao tratamento e influências sociais na jornada de reabilitação.

Ainda no âmbito do primeiro objectivo da nossa pesquisa, na Q6, demos espaço aos gestores do centro remar para destacar ou compartilhar sobre os esforços do Centro Remar em relação à prevenção da reincidência no consumo de drogas, ao que, tivemos os seguintes argumentos:

“[...] o que você tem para nos dar? [...]” “[...] essa casa vive de doações, por isso por vezes podemos ter dificuldades de alimento apropriado [...]” (G1)

“[...] além de trabalhar com consumidores de drogas, esse Centro também acolhe pessoas desfavorecidas [...]” “[...] será bom se pudermos ter mais apoio nesses termos [...]” (G4)

As afirmações ressaltam aspectos fundamentais relacionados ao suporte financeiro e à diversidade de serviços oferecidos por um centro de reabilitação. A primeira enfatiza a dependência do centro de reabilitação de doações para sua operação, indicando que às vezes pode haver dificuldades para fornecer alimentos adequados devido a essa dependência financeira. Isso destaca a importância do apoio contínuo para garantir que o centro possa atender às necessidades básicas dos indivíduos em reabilitação.

Por sua vez, a segunda afirmação realça a amplitude dos serviços oferecidos pelo centro, incluindo o acolhimento de pessoas desfavorecidas, além do trabalho com consumidores de drogas, destacando a necessidade de uma abordagem inclusiva e abrangente para lidar com uma variedade de desafios sociais e de saúde enfrentados pela comunidade. Ambas as afirmações sublinham a importância do apoio financeiro e do reconhecimento da diversidade de necessidades atendidas por centros de reabilitação.

Na mesma senda, demos espaço aos reincidentes para destacarem ou compartilharem sobre sua jornada de recuperação e reincidência, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] apelar a todos jovens que não entrem nessa vida [...]” (R1)

“[...] como posso estar mais próximo da minha mãe? Ela nunca desistiu de mim [...]” (R2)

“[...]eu vou me esforçar pela minha família [...]” (R3)

“[...] vou me aproximar mais de Deus [...]” (R4)

“[...] leia o livro de provérbios e vais adquirir muita sabedoria [...]”
(R5)

As afirmações abordam diferentes aspectos essenciais para a jornada de recuperação individual. Enquanto a primeira apela à prevenção e conscientização, alertando os jovens sobre os perigos do envolvimento com drogas, a segunda reflete sobre a importância dos laços familiares, expressando o desejo de reconectar-se e estar mais próximo da mãe como fonte de apoio inabalável. Por sua vez, a terceira afirmação destaca o compromisso com a família como motivador para a mudança e a recuperação, evidenciando a importância dos laços familiares como incentivo para a superação dos desafios.

A quarta ressalta a intenção de fortalecer a conexão espiritual como parte do processo de recuperação, reconhecendo a fé como uma fonte de força e orientação. Finalmente, a quinta afirmação destaca a busca pelo conhecimento e sabedoria através da leitura, sugerindo que a sabedoria encontrada nas escrituras pode ser uma ferramenta valiosa para guiar a jornada de recuperação. Todas as afirmações sublinham a importância do apoio social, familiar e espiritual no processo de recuperação, destacando diferentes aspectos que contribuem para a resiliência e o crescimento pessoal durante essa jornada.

Nesta ordem, demos espaço aos familiares para compartilharem suas experiências e desafios em relação à reincidência no consumo de drogas de um membro, ao que tivemos as seguintes respostas:

“[...] não é fácil conviver com alguém nessa condição. [...] dia a dia vivemos angustiado sem saber o que fazer, mas se nós lhe deixarmos, quem vai cuidar dele [...]” (F1)

“[...] que posso dizer? Se Deus quiser, vai dar certo. Espero que ele leve a sério o tratamento [...]” (F4)

As afirmações ilustram as complexidades emocionais enfrentadas pelos familiares de indivíduos em processo de recuperação. Enquanto a primeira expressa os desafios diários e a angústia de cuidar de alguém em condição vulnerável, também destaca o compromisso e a responsabilidade de cuidar desse ente querido, mesmo em meio às incertezas. Por outro lado, a segunda afirmação revela uma perspectiva de esperança e confiança no sucesso do tratamento, baseada na fé e na seriedade atribuída ao processo de recuperação. Ambas destacam a importância do apoio familiar e da esperança para enfrentar os desafios associados à jornada de recuperação.

4.2. Discussão

Ao analisar os factores psicossociais percebidos como influenciadores para a reincidência no consumo de drogas no Centro podemos identificar diversos elementos que contribuem para esse fenómeno.

As afirmações apresentadas pelos gestores (G1, G2, G3, G4) relevam o tempo de permanência e o engajamento ao processo de reabilitação do Centro como elementos cruciais para o sucesso da recuperação. De facto, o tempo de recuperação é de extrema importância no processo terapêutico, contudo, o mesmo não pode ser padronizado para todos os casos, pois assim como afirma Godoy (2024), o tempo é único para cada pessoa, e cada situação requer uma abordagem individualizada. Estudos conduzidos por (Bucher, 1996; Heather, 1992; Marlatt & George, 1984; Sannibale, 1990), constataram que a adesão aos programas de tratamento e aos métodos terapêuticos depende, pelo menos em parte, da motivação para mudança e de suporte estrutural, pelo que, além do tempo, há que se ter em conta a abordagem terapêutica do Centro durante o tempo de permanência.

Ademais, o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), destaca que os primeiros doze (12) meses de abstinência ainda são considerados de alto risco para a reincidência ao consumo de drogas, facto este que é violado pelo Centro ao conceder apenas um mínimo de seis (6) meses de permanência de forma genérica a todos internados. E, segundo a teoria psicanalítica, o processo terapêutico requer tempo para explorar e resolver os conflitos subjacentes que alimentam o uso de substâncias (Freud, 1905 *citado por* Sobrinho, 2005). Ou seja, cada caso merece especial atenção e o tempo de permanência deve ser observado em função da necessidade do internado.

Por outro lado, os relatos dos reincidentes (R1, R2, R3, R4, R5) apontam uma gama de factores desafiadores, como influência de amigos, falta de ocupação, falta de apoio familiar no processo de reinserção no meio social, questões ligadas aos relacionamentos amorosos não resolvidas ou mal resolvidos e desconexão espiritual.

Tais factores são apontados por Buchele, Marcatti e Rabelo (2004) como contribuintes para que o sujeito não alcance o sucesso esperado, entretanto, a desconexão espiritual é apontada pelos participantes como um factores da reincidência pelo facto do Centro se apoiar no uso da palavra de Deus em sua abordagem terapêutica. Soldara e colaboradores (2004) *citados por* Corrêa (2011), realizaram estudos em Campinas que identificam a educação religiosa como um dos factores protetores (apoio emocional) e facilitadores a disponibilidade financeira,

evidenciando o papel fundamental que a mesma pode exercer no processo de recuperação do indivíduo.

A análise anterior sugere também a interpretação de Bucher (1996). Segundo o autor, o fenômeno contemporâneo das drogas está no cerne da sociedade e é produzido por ela devido aos seus modos desequilibrados e injustos de organização e comunicação. Como destacado por Freud (1905) citado por Sobrinho (2005), os indivíduos podem recorrer ao uso de substâncias como uma maneira de lidar com conflitos emocionais não resolvidos ou traumas passados, frequentemente inconscientes para eles. Contudo, o modelo de intervenção adotado pelo Centro não inclui uma abordagem sistêmica e não leva em conta os conflitos emocionais ou traumas passados.

Além disso, as famílias (F1, F2, F3, F4) expressam angústia diante da luta contra a dependência, evidenciando a exaustão das tentativas anteriores de tratamento. Atribuem a falta de sucesso nos tratamentos anteriores à influência das amizades do indivíduo, a presença de estados emocionais negativos e pressão social.

As considerações dadas pelos familiares (F1, F2, F3, F4) remetem às três situações primárias destacadas na análise de recaída de Cummings, Gordon e Marlatt (1980): (1) exposição a situações de alto risco, como estar em ambientes onde a droga é facilmente acessível; (2) falta de habilidades de enfrentamento eficazes para lidar com estressores e desafios emocionais sem recorrer ao uso de substâncias; e (3) crenças disfuncionais, como a ideia de que uma pequena quantidade de uso não levará a uma recaída completa, o que pode resultar em comportamentos de risco.

Pelo que, a primeira situação requer em especial a atenção do Centro tendo que considerar os procedimentos levados a cabo para minimizar os níveis de exposição a ambientes que propiciem o acesso a droga, e a segunda e a terceira situação, evidenciam a necessidade da presença de um psicólogo que atue a nível individual e grupal no sentido de desconstruir as crenças disfuncionais e de orientar os internados no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento.

Em conjunto, esses resultados destacam a complexidade dos fatores psicossociais que contribuem para a reincidência no consumo de drogas e ressaltam a importância de abordagens terapêuticas holísticas que considerem não apenas os aspectos individuais da dependência, mas também as influências do ambiente social, familiar e do suporte estrutural. Uma compreensão desses fatores pode informar estratégias terapêuticas mais eficazes e

centradas no paciente, visando abordar as raízes profundas da dependência e promover a recuperação sustentada.

Por fim, eis aqui estão algumas sugestões apresentadas pelos gestores, consumidores e familiares:

O primeiro ponto ressalta a necessidade de fortalecer o comprometimento com o processo de reabilitação. Uma vez que a adesão aos programas de tratamento e aos métodos terapêuticos depende, pelo menos em parte, da motivação para mudança (Bucher, 1996; Heather, 1992; Marlatt & George, 1984; Sannibale, 1990). Ao fortalecer o compromisso com a reabilitação, as chances do sucesso do processo são de certo impulsionadas, pois, a entrega ao tratamento proporciona uma recuperação duradoura.

O segundo ponto destaca a necessidade de uma assistência contínua que garanta a reintegração na sociedade. Tal ponto ressalta a interpretação de Bucher (1996) que aponta a sociedade como o cerne e agente causador do fenômeno das drogas, o que elucida a necessidade de intervenções que incluam um trabalho com o meio social em que cada reabilitado encontra-se inserido.

O terceiro ponto diz respeito a promoção do apoio familiar e atendimento psicológico. Deveras, a interação entre o indivíduo e sua família desempenha um papel crucial na prevenção da reincidência no consumo de drogas. A teoria dos sistemas familiares (Bowen, 1978 *citado por* Friori & Guisso, 2016) ressalta a que o apoio emocional e relações interpessoais podem impactar positiva ou negativamente o processo de recuperação. O envolvimento da família é de facto crucial, pois, além do homem ser social por natureza, aqueles que participam do seu primeiro contacto com o mundo constituem base de suporte para fazer face as adversidades da vida. Ademais, a assistência psicológica para cada reabilitado permitirá uma exploração mais aprofundada de cada caso, o que poderá culminar com aplicação de métodos mais adequados e eficientes para sucesso da reabilitação.

O quarto e último ponto trata da necessidade de oferecer ocupação e formação profissional dentro do Centro Remar. Segundo White (2008), defensor proeminente da recuperação de dependência química, as oportunidades de educação e emprego são partes significativas para a recuperação de longo prazo, pois permitem ao indivíduo suporte necessário para seguir com sua vida de forma autónoma. De facto, tendo em conta a realidade do nosso país quanto a empregabilidade, o exercício de um ofício pode ampliar as possibilidades de sustento próprio, o que trará menos frustrações e outros problemas emocionais ligados a falta de emprego.

CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E SUGESTÕES

5.1. Conclusões

Os principais resultados encontrados relativamente aos factores psicossociais percebidos como influenciadores a reincidência no consumo de drogas no Centro Remar na perspectiva dos gestores (G), reincidentes (R) e familiares (F) dos reincidentes são os seguintes: o tempo de permanência e engajamento ao processo de reabilitação (G); influência de amizades, falta de ocupação, falta de apoio familiar no processo de reinserção no meio social, questões ligadas aos relacionamentos amorosos não resolvidas ou mal resolvidos e desconexão espiritual (R); e à influência das amizades do indivíduo (F).

As respostas destacam consistentemente a necessidade de os indivíduos se comprometerem com o processo de reabilitação e permanecerem tempo suficiente no tratamento para alcançar mudanças significativas, ressaltando a importância de abordagens terapêuticas que permitam tempo e espaço para explorar os problemas subjacentes e promover uma verdadeira transformação. Além disso, apontam para a influência significativa das relações interpessoais, tanto familiares quanto sociais, na recuperação dos indivíduos, onde o apoio familiar, a qualidade das relações sociais e as oportunidades de reintegração na sociedade desempenham um papel crucial na prevenção da reincidência.

Em relação aos principais factores, o tempo de permanência, a entrega ao processo de reabilitação e a influência das relações interpessoais foram destacados, e relativamente as sugestões apresentadas para minimizar os níveis de reincidência, quatro (4) pontos foram ressaltados: o comprometimento com o processo de reabilitação; assistência contínua na reinserção social; promoção do apoio familiar e atendimento psicológico; e a necessidade de ocupação e formação profissional no Centro.

As estratégias propostas para minimizar os efeitos dos factores de reincidência no consumo de drogas envolvem uma abordagem holística que considera não apenas os aspectos individuais, mas também os contextuais, ressaltando a importância de uma abordagem integrativa que combine intervenções psicológicas, sociais, familiares e espirituais para promover uma recuperação sustentada.

Ademais, as respostas destacam a importância do apoio psicológico tanto a nível individual quanto comunitário, evidenciando a necessidade de intervenções psicológicas adequadas, incluindo aconselhamento individual, terapia familiar e grupos de apoio, bem como serviços de psicologia comunitária para abordar os fatores de risco e proteção relacionados à reincidência no consumo de drogas.

5.2. Sugestões

- a) *Ajustar o tempo mínimo de permanência de seis (6) meses para doze (12) meses:* O DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), destaca que os primeiros doze (12) meses de abstinência ainda são considerados de alto risco para a reincidência ao consumo de drogas, facto este que é violado pelo Centro ao conceder apenas um mínimo de seis (6) meses de permanência de forma genérica a todos internados, evidenciando assim a necessidade de um acréscimo de pelo menos mais seis (6) meses totalizando doze (12) meses recomendados pela literatura;
- b) *Assistência contínua no processo de reinserção social:* promover a participação familiar e comunitária no processo de reabilitação do indivíduo, oferecendo programas de apoio, educação e aconselhamento durante e pós reabilitação; e
- c) *Contração de profissionais de saúde mental:* o que culminará com o aumento do acesso aos serviços de saúde mental e psicossocial no Centro, incluindo aconselhamento individual e em grupo, terapia familiar e programas de prevenção de recaídas.

Referências bibliográficas

- Almeida, R. B. F., Santos, N. T. V., Brito, A. M., Silva, K. S. B., & Nappo, S. A. (2018). *O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 22(66), 745-756. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0940>
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.). Autor.
- Álvarez, A. M. A. (2007). *Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo*. Faculdade de Psicologia, Universidade da Havana
- Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Lisboa.
- Baus, J. (1999). *Prevenção da recaída: um programa de ajuda para dependentes químicos em recuperação*. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, n.25, p. 162-168
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Aronson.
- Bonito, J., & Boné, J. (2016). *A abstinência e o consumo de álcool entre escolares: a influência das esferas pessoal, familiar e socio-cultural*. Millenium, Journal of Education, Technologies, and Health, 2(1), 107-120.
- Bogdan, R., & Bicklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em Educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas [SENAD]. (2012). *Relatório de políticas sobre drogas*.
- Bucher, R. (1996). *Drogas e sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Buchele, F., Marcatti, M., & Rabelo, D. R. (2004). *Dependência Química e Prevenção a "Recaída". Texto & Contexto Enfermagem*. Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Florianópolis, Santa Catarina. Recuperado de <http://redalyc.uamex.mx/redalyc/pdf/714/71413206.pdf>.
- Cabral, A. (2016). *A Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Educacionais*. Universidade Eduardo Mondlane - UEM
- Câmara, L. (2013). *Álcool e drogas*. O Tempo. <https://www.otempo.com.br/percentual-de-reincidentes-em-centro-de-recuperacao-e-de-83-1.726997>
- Charas, E. (2011). *Remar contra as drogas*. <https://verdade.co.mz/remar-contras-drogas/>
- Clínica MG. (2024). *Quanto tempo leva para se recuperar das drogas?* Recuperado de <https://clinicamg.com.br/quanto-tempo-leva-para-se-recuperar-das-drogas/>

Coelho, C., & Pérez-Ramos, A. Q. (2008). *Abstinência e a redução de danos no processo de recuperação dos dependentes de substâncias psicoativas*. Boletim Academia Paulista de Psicologia - Ano XXVIII, nº 01/08: 79-86

Cummings, C., Gordon, J., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Strategies of prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors* (pp. 31-56). Pergamon Press.

Cunha, S. M., Carvalho, J. C. N., Kolling, N. M., Silva, C. R., & Kristensen, C. H. (2007). *Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório*. Revista brasileira de terapias cognitivas, 2007 volume 3 nº 1

DW. (s/d). *Consumo de drogas: Uma crise silenciosa cresce em África*. <https://www.dw.com/pt-002/consumo-de-drogas-uma-crise-silenciosa-cresce-em-%C3%A1frica/a-62537672>

Edwards, G., Marshall, E. J., & Cook, C. H. (2005). *O tratamento do alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde* (4th ed.). Artmed. ISBN: 0-521-01714-9.

Enciclopédia Significados. (s/d). *Significado de droga*. <https://www.significados.com.br/droga/>

Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004). *Usos, abusos e dependências: Alcoolismo e toxicod dependência* (Manual 2). Climepsi Editores. ISBN: 972-796-150-9.

Reis, E. A & Reis, I. A. (2002). *Análise Descritiva de Dados*. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG. Disponível em: www.est.ufmg.br

Ferreira, A. L., & Bortolon, C. B. (2016). *As percepções de um usuário de substâncias psicoativas em abstinência sobre os motivos de recaída: um estudo de caso*. Aletheia 49, p.89-100

Freixo, M. J. (2011). (Cap. IV) – *Metodologia Científica*. 4ª ed, Revista AUMENTADA. <https://www.dspace.uevora.pt>

Figueiredo, A. M., & Figueiredo, F. O. (s/d). *Teoria da amostragem. Complementos de Estatística*. PDMA.

Fiorini, M. C., & Guisso, L. (2016). *Teoria familiar sistêmica: retrospectiva história e perspectivas atuais*. ISSN 1646-6977. <https://www.psicologia.pt>

Fonte, C. (2006). *Comportamentos aditivos: Conceito de droga, classificações de drogas e tipos de consumo*. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UFP.

Glossário de Psicologia de A a Z. (s/d). *O que é fatores psicossociais*. <https://glossario.psicologosemteresina.com.br/glossario/o-que-e-fatores-psicossociais/>

Godoy, L. (2024). *Tratamento e Recuperação da Dependência de Drogas*. <https://www.clinicamg.com.br/tratamento-da-dependencia-de-drogas/>

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention*. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64–105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>

Hospital Santa Mônica. (s/d). *Psicoativos: Quais são os tipos e riscos?* <https://www.hospitalsantamonica.com.br/psicoativos-qua-is-sao-os-tipos-e-riscos/>

Heather, N. (1992). *Addictive disorders are essentially motivational problems*. *British Journal of Addiction*, 87, 828-830.

Kulambela – Revista Moçambicana de Ciências e Estudos da Educação. (2015). Volume 02, Número 01.

Langa, V. C. B. (2020). *Avaliação das condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos de venda carne e o diagnóstico do nível de conhecimento dos comerciantes em relação a suas implicações na saúde pública: Um estudo de caso do mercado de Xipamanine na cidade de Maputo*

Marconi, A. M., & Lakatos, M. E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5th ed.). Atlas.

Marlatt, G. A., & Witkiewitz. (2004). *Problemas com álcool e drogas*.

Marlatt, A., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford.

Marlatt, A., & Gordon, J. (1993). *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Artes Médicas.

Matuda, N. S. (2009). *Introdução à demografia*. Departamento de Estatística - UFPR.

McCrimmond, K. R., & Wehrung, D. A. (1986). *Taking risk*. The Free Press.

Moçambique. (2003). Boletim da República, Série I, Número 20. Publicação Oficial de Moçambique. <https://archive.gazettes.africa/archive/mz/2003/mz-government-gazette-series-i-dated-2003-05-14-no-20.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde [OPAS/OMS]. (2024). *Abuso de substâncias*.

Oliveira, M. S., Laranjeira, R., Araujo, R. B., & Schneider, D. D. (2002). *Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2003, 16(2), pp. 265-270

Oliveira, M. F. (2011). *METODOLOGIA CIENTÍFICA: um manual para a realização de pesquisas em administração*. Catalão: UFG, 2011. 72 p.: il.

SOESCOLA. (2023). *Psicossocial: O que é, significado*. <https://www.soescola.com>

Sobrinho, R. W. (2005). *Reflexões sobre o alcoolismo e a neurose obsessiva*. Brasília/DF

Sannibale, C. (1990). *A prospective study of treatment outcome with a group of male problem drinkers*. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 236-243.

Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2004). *Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência*

Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2004). *A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: Uma revisão da literatura*. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 649-659.

Szupszynski, K. P. D. R., Oliveira, M. S. (2008). *O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química*. *Psicologia: Teoria e Prática* – 2008, 10(1):162-173

/glossario/psicossocial-o-que-e-significado

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2021). *Relatório Mundial sobre Drogas 2021 avalia que pandemia potencializou riscos de dependência*. https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc_-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-drogas--enquanto-os-jovens-subestimam-os-perigos-da-maconha-aponta-relatorio.html

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2022). *Relatório Mundial sobre Drogas 2022 do UNODC destaca as tendências da pós-legalização da cannabis, os impactos ambientais das drogas ilícitas e o uso de drogas por mulheres e jovens*. <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2022/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2022-do-unodc-destaca-as-tendencias-da-pos-legalizacao-da-cannabis-os-impactos-ambientais-das-drogas-ilicitas-e-o-uso-de-drogas-por-mulheres-e-jovens.html>

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2023). *Relatório Mundial sobre Drogas 2023 do UNODC alerta para a convergência de crises e contínua expansão dos mercados de drogas ilícitas*. <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2023/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2023-do-unodc-alerta-para-a-convergencia-de-criises-e-continua-expansao-dos-mercados-de-drogas-ilicitas.html>

United Nations [UN]. (2003). *Adolescent substance use: Risk and Protection*. Economic and social commission for Asia and Pacific United Nations Office On Drugs And Crime

White, W. L. (2008). *The mobilization of community resources to support long-term addiction recovery*. *Journal of Substance Abuse Treatment* 36 (2009) 146 – 158

Anexos

ASSOCIAÇÃO REMAR MOÇAMBIQUE

Associação de Reabilitação de Marginalizados

ESCRITÓRIOS CENTRAIS

Av. 24 de JULHO N° 3572, R/C

Alto Maé, Maputo

Tel. +258 84 641 4767

Tel. +258 84 025 9086 / **84 812 5477**

E-mail: remarmz@gmail.com / remarmocambiquerp@gmail.com

Web: www.remar.pt/mocambique / www.remar.org



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

Faculdade de Educação

Av. Julius Nyerere n°3453, Maputo Moçambique

Maputo, aos 21 de Março de 2024

N/Ref.: 026/ AMAHMR/DG/2024

ASSUNTO: Autorização para a realização da pesquisa académica científica e estágio de fim do curso

° Exmo. Senhor Diretor do curso de Psicologia sócia e comunitária da Faculdade de Educação -UEM

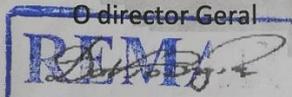
A Remar Moçambique recebeu no dia 16 de Agosto de 2023, a Credencial emitida no dia 14 de Agosto de 2023, a qual solicita junto da Remar Moçambique, autorização para a realização de Estagio acompanhado da pesquisa académica científica do final do curso nos seus Centros de Reabilitação a favor de Hilario Alexandre Ubisse, estudante finalista do curso de Licenciatura em Psicologia social, Comunitária, Desenvolvimento e Educação da Infância na FACED/UEM de acordo o documento que nos foi enviado. De referir que o tema de pesquisa que foi apresentada versa sobre "**Factores de Residência no consumo de drogas na perspectiva dos gestores de Centros de Reabilitação, consumidores e família**"

A Remar Moçambique sente-se honrada com a iniciativa da vossa instituição de ensino em Psicologia Social, Comunitária, Desenvolvimento e Educação de Infância em escolhe-la para ser o lugar de estágio e pesquisa académica do final do curso para os vossos estudantes. A Remar Moçambique serve-se desta para informar que a vossa carta foi acusada positivamente e com efeito imediato, podendo o estudante apresentar-se no Centro de Reabilitação a partir da sexta-feira dia 29 de Março do corrente ano.

Sem mais assunto do momento, subscrevemo-nos com elevada estima.

Atenciosamente

O director Geral



Assistente Social Senior Dário Rito

Tel. +258 84 641 4767

À

Associação REMAR

Maputo

N/Ref^o 960/FACED/23

Maputo, 14 de Agosto de 2023

CREDENCIAL

Para efeitos de realização de estágio académico do final do curso na vossa instituição, estão devidamente credenciados, **Hilario Alexandre Ubisse, Victor Aboo Victor Ualaica, Mércia Laura Pedro Cau e Elsa Zucule**, estudantes finalistas dos cursos de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária e de Desenvolvimento e Educação de Infância na FACED/UEM.

Sendo que o estágio decorrerá num período de 03 meses, com uma carga total de 720 horas divididas em horas de actividades na instituição e horas de estudo independente e, nas quartas-feiras, os estudantes tem uma disciplina obrigatória denominada "Seminários Especializados"

Importa referir que durante o processo de estágio os estudantes estarão sob supervisão dos docentes **Msc. Alcídio Cumbe e Dra. Isabel Hoguana**, docentes da Faculdade de Educação.

Cordiais saudações.

A Directora Adjunta para a Graduação


Mestre. Nilza Aurora Tarciso César
(Assistente Universitária) DA DE
DE EDUCAÇÃO



Moisés Isabela

VSB
Atenção do Director
Adm. para Qualidade
Chefe do Depto de Psicologia
Xaizungo
02.06.2023

ASSOCIAÇÃO REMAR MOÇAMBIQUE

Associação de Reabilitação de Marginalizados
ESCRITÓRIOS CENTRAIS
Av. 24 de JULHO Nº 3572, R/C
Alto Maé, Maputo
Tel. +258 84 641 4767
Tel. +258 84 025 9086
E-mail: remarmz@gmail.com
Web: www.remar.pt/mocambique / www.remar.org

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

Maputo, 23 de Maio de 2023

ASSUNTO: RESPOSTA A CARTA N/ Refª 481 / FACED / 23

Ex.mos Senhores

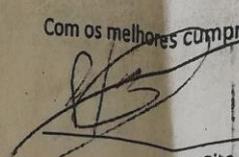
Em relação ao vosso pedido na carta por vós enviada no dia 5 de Maio de 2023 a solicitar vagas para estágios académicos no período de Junho a Novembro de 2023, temos a informar o seguinte referente aos pontos abaixo mencionados:

- 1) O número máximo de estudantes que podem ser acolhidos pela vossa instituição;
 - 4
- 2) A vertente por vos preferida dentro da vossa área de actuação
 - Psicologia Escolar e de Necessidades Educativas Especiais
 - Psicologia Social e Comunitária

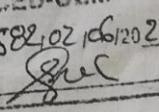
Os devidos estudantes tem de se apresentar com credências onde consta o nome e uma copia do pedido do estágio.

Antecipadamente grato pela atenção dispensada para com a ASSOCIAÇÃO REMAR MOÇAMBIQUE, um ministério de ajuda e compaixão pelo próximo.

Com os melhores cumprimentos,


REMAR
Associação de Reabilitação de Marginalizados
Escritórios Centrais
Av. 24 de Julho Nº 3572, R/C
Alto Maé, Maputo

Dario Rito
Director Geral
Cel: +258 84 641 4767

FACED-UEM
Entrada n.º 582.02 / 06 / 2023
Ass: 

ONGD Registada no Ministérios dos Negócios Estrangeiros e Cooperação sob o nº. EP/186/98

Apêndices

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTOD DE PSICOLOGIA

LINCENCIATURA EM PSICOLOGIA, ORIENTAÇÃO SOCIAL E COMUNITÁRIA

Questionário de Dados Sócio-Demográficos

Nome (Iniciais)_____

Gênero: Masculino__Feminino__ Idade:_____

Estado Civil:_____Habilitações literárias:_____

Profissão/Situação Laboral:_____Agregado Familiar_____

Tempo de internamento/exercício da profissão_____

Outra informação que considere
relevante:_____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo de forma livre e voluntária. Você tem o direito de recusar ou interromper a conversa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer consequências. Se houver alguma pergunta que você não compreenda, sinta-se à vontade para pedir esclarecimentos, pois estou disponível para responder às suas dúvidas. É importante ressaltar que sua identidade será preservada, e seus dados pessoais não serão divulgados em nenhuma parte deste estudo.

O presente estudo tem como finalidade exclusivamente acadêmica, servindo como trabalho de conclusão de curso para obtenção do grau de licenciatura em Psicologia, Orientação Social e Comunitária. Seu envolvimento é de extrema importância para o avanço da pesquisa nessa área.

Se você concorda em participar deste estudo, podemos começar?

Atenciosamente,

Pesquisador

Hilário Alexandre Ubisse

873812452

Supervisor

Alcídio Celestino Cumbe

Faculdade de Educação -UEM

Guião de entrevista

A – Gestores do Centro Remar

1. Poderia partilhar um pouco sobre sua experiência em relação ao tratamento de consumidores de drogas e casos de reincidência?
2. Quais seriam as possíveis causas dos casos de reincidência no Centro Remar?
3. Qual seria o principal factor de casos de reincidência?
4. Como é que esses factores influenciam para a ocorrência de reincidência?
5. O que acha que devia ser feito para minimizar os níveis de Reincidência?
6. Existe algo mais que você gostaria de destacar ou partilhar sobre os esforços do Centro Remar em relação à prevenção da reincidência no consumo de drogas?

Guião de entrevista

B – Reincidentes

1. Poderia partilhar um pouco sobre sua experiência com o consumo de drogas e seu histórico de reincidência?
2. Quais fatores você acredita que contribuíram para sua reincidência no consumo de drogas após passar pelo Centro Remar?
3. Quais seriam os principais factores que o teria levado a reincidência?
4. Como é que esses factores influenciam para a ocorrência de reincidência?
5. O que acha que devia ser feito para minimizar os níveis de Reincidência?
6. Existe algo específico que você gostaria de destacar ou partilhar sobre sua jornada de recuperação e reincidência?

Guião de entrevista

C – Familiares dos reincidentes

1. Poderia partilhar um pouco sobre sua experiência de convivência com um consumidor de drogas e seu histórico de reincidência?
2. Que factores acha que contribuíram para reincidência no consumo de drogas?
3. Quais seriam os principais factores que o teria levado a reincidência?
4. Como é que esses factores influenciam para a ocorrência de reincidência?
5. O que acha que devia ser feito para minimizar os níveis de Reincidência?
6. Existe algo mais que a família gostaria de partilhar sobre suas experiências e desafios em relação à reincidência no consumo de drogas de um membro?