

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

Samantha Ferreira da Costa Moreira

**CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO ACESSO DAS PESSOAS EM
TRATAMENTO POR PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL
OU OUTRAS DROGAS: ADESÃO E EVASÃO**

Brasília, outubro de 2017

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

Samantha Ferreira da Costa Moreira

**CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO ACESSO DAS PESSOAS EM TRATAMENTO POR
PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS:
ADESÃO E EVASÃO**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e
Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília- Faculdade de
Ceilândia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em
Ciências e Tecnologias em Saúde (área de concentração: Política
Pública de Saúde, Álcool e outras Drogas).**

ORIENTADORA: Prof.^a Dr^a Andrea Donatti Gallassi

Brasília, outubro de 2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

FSA187c Ferreira da Costa Moreira, Samantha
CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO ACESSO DAS PESSOAS EM
TRATAMENTO POR PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL OU
OUTRAS DROGAS: ADEÇÃO E EVASÃO / Samantha Ferreira da
Costa Moreira; orientador Andrea Donatti Gallassi. --
Brasília, 2017.
97 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências e
Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. Álcool e outras Drogas. 2. Estudo de Acompanhamento.
3. Tratamento. I. Donatti Gallassi, Andrea, orient. II.
Título.

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª Dr^ª Andrea Donatti Gallassi

Prof^ª Dr^ª Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva

Prof^º Dr José Eduardo Pandossio

Brasília, outubro de 2017

AGRADECIMENTOS

Ao meu DEUS porque esteve sempre ao meu lado não me deixando olhar para as dificuldades nem desanimar, Dele veio minha força para este trabalho;

Ao meu esposo, por ter sido sempre minha base de apoio, confiando que eu iria conseguir;

Aos meus amados filho e filha, que sempre compreenderam minha rotina e me ajudaram muito;

À minha família, por sempre ter me ajudado nas horas mais difíceis, confiando nas minhas escolhas e proferindo palavras de benção;

À minha estimável professora e orientadora Andrea Gallassi por acreditar na concretização deste trabalho;

Agradeço aos Prof. Eduardo Nakano e Prof. Helton pelas valiosas contribuições; sem os quais este trabalho não teria sido concluído;

A todo corpo docente e em especial à banca examinadora da UnB - FCE, professores que oportunizaram e contribuíram para minha titulação;

E por fim, aos amigos que sempre estiveram ao meu lado me ajudando, acreditando, tendo paciência nos momentos de aflição dando palavras de ânimo e força.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iv
LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	viii
RESUMO	ix
ABSTRACT	x
1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Justificativa	16
1.2. Objetivos	16
Objetivo geral	16
i. Caracterizar.....	16
ii. Identificar	17
iii. Traçar.....	Erro! Indicador não definido.
iv. Conhecer	17
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	18
2.2. A Regulamentação dos CAPS	22
2.3. Usuários Álcool e outras drogas.....	23
2.4. Tratamento.....	24
2.4.1. Intervenções Não Farmacológicas	25
2.4.2. Intervenções Farmacológicas	26
2.4.3. Tratamento de acordo com os usuários	28
3. METODOLOGIA.....	29
3.1. Participantes da pesquisa	29
3.2. Tipo de estudo.....	29
3.3. Local do estudo	29
3.4. Organizações dos serviços de saúde.....	29
3.5. Seleção da amostra e instrumentos de coleta	29
3.6. Processamento e análise dos dados	34
3.7. Considerações éticas.....	34
4. RESULTADOS	35
4.1. Dados Sociodemográficos	35
4.2. Padrões de Alimentação.....	37

4.3. Padrões de Funcionalidade.....	38
4.4. Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas	40
4.5. Frequência do Uso de Drogas.....	41
4.6. Quantidade Utilizada de Álcool e outras Drogas	43
4.7. Droga Principal de Uso	46
4.8. Problemas associados ao uso problemático de Drogas	47
4.9. Procura por Tratamento.....	53
4.10. Violência	54
4.11. Qualidade de Vida e Redes Sociais.....	56
4.12. Saúde Física	58
4.13. Comportamento Sexual.....	60
4.14. Saúde Mental.....	61
4.15. Satisfação com os Serviços e Recursos.....	67
5. DISCUSSÃO	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	85
ANEXO A - Questionário	85
ANEXO B - Parecer Consubstanciado de aprovação do CEP/UnB/FS	96
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição de intervenções não-farmacológicas mais comuns.

Tabela 2. Intervenções Farmacológicas utilizadas na prática clínica junto às pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas

Tabela 3. Instrumentos de pesquisa utilizados

Tabela 4. Dados Sociodemográficos

Tabela 5. Padrões de Alimentação

Tabela 6. Padrões de Funcionalidade

Tabela 7. Padrão de Consumo de Álcool e outras drogas

Tabela 8. Frequência de uso de drogas

Tabela 9. Quantidade utilizada de álcool e outras drogas

Tabela 10. Drogas de Dependência

Tabela 11. Problemas Resultantes do Uso de drogas

Tabela 12. Tratamentos Procurados

Tabela 13 a. Violência

Tabela 13b. Violência

Tabela 14. Qualidade de Vida e Redes Sociais

Tabela 15. Saúde Física

Tabela 16. Comportamento Sexual

Tabela 17 a. Saúde Mental

Tabela 17b. Saúde Mental

Tabela 17c. Saúde Mental

Tabela 18 a. Satisfação com serviços e Recursos

Tabela 18b. Satisfação com serviços e Recursos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA - Alcoólicos Anônimos

AB - Atenção Básica

APA - American Psychiatry Association

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad- Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

COFEN - Conselho Federal de Entorpecentes

MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NA - Narcóticos Anônimos

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SP- São Paulo

SPA - Substância Psico Ativa

SUS- Sistema Único de Saúde

TCC - Terapia cognitivo comportamental

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

UNODC- Organização das Nações Unidas contra Drogas e Crime

RESUMO

Os CAPS estão estruturados com base no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, quando se tem a necessidade de substituir o modelo hospitalocêntrico e asilar de tratamento por um mais humanizado e integral de assistência à saúde das pessoas com transtornos mentais. A identificação dos pontos vulneráveis nas vinculações dos usuários de saúde mental, álcool e outras drogas aos serviços e ao tratamento configura-se uma estratégia ética que possibilita a identificação conjunta, entre profissional e usuário, de necessidades do âmbito social, familiar e individual a serem contempladas no planejamento de cuidados de saúde. OBJETIVOS: Caracterizar o acesso das pessoas em tratamento por problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas com relação à adesão e evasão ao tratamento. MATERIAL E MÉTODO: Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, longitudinal. A amostra foi composta por 44 usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de Ceilândia, Brasília/DF. Na primeira etapa foi realizada entrevista com questões estruturadas e semiestruturadas com todas as pessoas que acessaram o serviço no período de março a abril de 2016. A segunda entrevista, com os mesmos participantes da primeira entrevista, aconteceu no período de julho a agosto de 2016. Foi utilizado questionário com 54 perguntas que compreendem dados sociodemográficos, questões sobre padrões de alimentação, funcionalidade, padrões de consumo de álcool e outras drogas, padrões de violência, qualidade de vida e redes sociais, saúde mental, satisfação com os serviços e recursos.

Palavras chaves: Estudo de acompanhamento, Tratamento, Álcool e Drogas.

ABSTRACT

The CAPS are structured based on the process of Psychiatric Reform in Brazil, when there is a need to replace the hospital-centered and asylum model of treatment with a more humanized and comprehensive health care for people with mental disorders. The identification of vulnerabilities in the linkages of mental health, alcohol and other drug users to services and treatment is an ethical strategy that allows the joint identification, between professional and user, of social, family and individual needs to be addressed, contemplated in health care planning. **OBJECTIVES:** To characterize the access of people under treatment for problems associated with the use of alcohol or other drugs in relation to adherence and avoidance of treatment. **MATERIAL AND METHOD:** This is a quantitative, longitudinal study. The sample consisted of 44 users of the Center of Psychosocial Attention of Alcohol and other Drugs of Ceilândia, Brasília / DF. In the first stage an interview was conducted with structured and semi-structured questions with all the people who accessed the service from march to april 2016. The second interview with the same participants of the first interview took place from july to august 2016. It was used a questionnaire with 54 questions that include sociodemographic data, questions about patterns of eating, functionality, patterns of alcohol and other drug use, violence patterns, quality of life and social networks, mental health, satisfaction with services and resources.

Key-words: Follow-up study, Treatment, Alcohol and Drugs.

1. INTRODUÇÃO

As denúncias aos maus tratos ocorridos nos manicômios começaram a surgir em 1978, quando o movimento social realizado pelos atores da Reforma Psiquiátrica tem seu início mais efetivo. Inspirados na experiência italiana, esse movimento foi ganhando força para se estabelecer no país, quando então, começam a surgir as primeiras propostas relacionadas à remodelação da assistência em saúde mental no Brasil.

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. (Brasil, 2005)

Os CAPS têm um valor pontual no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. É quando podemos ver a capacidade e a possibilidade da organização de uma rede substitutiva à internação psiquiátrica no país. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, os CAPS possuem a função de prestar atendimento clínico diário, evitando internações e reinternações em hospitais psiquiátricos; promover a reinserção social de seus usuários; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e auxiliar a atenção básica em relação à saúde mental (Brasil, 2005). Neste contexto, os CAPS auxiliam na integralização e articulação das redes de atenção à saúde.

São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2005).

O consumo de substâncias psicoativas é considerado um problema mundial, de acordo com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (em inglês UNESCO) gera um impacto coletivo e podemos identificá-lo em todas as áreas, sem distinção social, política, afetiva, condições socioeconômicas, gênero ou cor de pele (UNESCO, 2010 Apud Cardona, 2013). Segundo o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (em inglês UNODC), existem mais de 200 milhões de usuários no mundo. São considerados como aspectos inerentes as áreas que sofrem impactos, a redução de renda, o aumento acelerado dos gastos com saúde, o prejuízo familiar e a perda do suporte social (UNODC, 2013).

O desafio de prevenir, tratar e reabilitar um paciente usuário de álcool ou de outras drogas passou a existir efetivamente há pouco tempo. Segundo Vasters e Pillon (2011):

É a partir da atual gestão que o Ministério da Saúde assume integral e articuladamente o desafio de prevenir, tratar e reabilitar aqueles que utilizam álcool e outras drogas, como uma questão de saúde pública, conforme sugerido enfaticamente na III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001. Na legislação está previsto que se ofereça à pessoa que busca o tratamento para o uso de drogas opções de atendimento, de forma a garantir a integralidade e a efetividade no tratamento, incluindo a atenção específica direcionada à criança e adolescente que necessitem de tal intervenção.

Apesar de muito se falar sobre o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, pouco se sabe sobre o tratamento e a busca por ele. O indivíduo é o único responsável pelo seu tratamento, logo, mesmo que haja a motivação de aderir ao tratamento, a vontade depende apenas do paciente. Segundo Cardona (2013), os tratamentos costumam ser precários e o número de pacientes que melhoram a qualidade de vida ainda é muito pequeno e pouco documentado.

Os processos de intervenção com usuários de substâncias psicoativas trazem, na maioria das vezes, um tratamento fragmentado e pouco eficaz. Nessa esteira, encontram-se em execução programas como prevenção de recaídas, abordagens de reforço comunitário, abordagens vocacionais e/ou ocupacionais, que desconsideram as significações e características subjetivas dos usuários e acabam oferecendo e executando planos de cursos e oficinas predefinidas. Esses planos não levam em consideração as demandas dos pacientes e, com isso, não atingem as necessidades da população-alvo da intervenção. Muitas vezes, essa intervenção é chamada de “trabalho perdido” porque se evidencia a complexidade no trabalho com usuários de drogas e a dificuldade para se alcançar as metas propostas nos programas ou tratamentos (Laranjeira, 2006 Apud Cardona, 2013).

Por se tratar de um problema em que não há ‘cura’, mas sim controle, a dependência traz complicações físicas, psicológicas e sociais e, por esse motivo, o tratamento é de longo prazo e necessita de múltiplas intervenções. O acompanhamento constante das intervenções propostas é parte integrante do processo de tratamento e deve possuir várias alternativas a serem ajustadas a cada paciente, de acordo com as suas necessidades pessoais e particulares e deve objetivar o retorno ao seu cotidiano, mostrando a ele as diferentes possibilidades de seguir e traçar projetos sem o uso da substância ou com a diminuição de seu padrão de consumo:

O tratamento para usuários de substâncias psicoativas, especialmente usuários de crack, deve ser multidisciplinar e trabalhado em diversas etapas por meio de um modelo complexo de característica biopsicossocial, já que o uso dessa droga interfere em todas as áreas da vida do indivíduo. Além disso, os usuários de crack que não têm fácil acesso ao sistema de saúde ou que não contam com apoio externo (família, comunidade), costumam apresentar índices baixos de recuperação. Nesses casos, sugere-se às equipes de saúde realizar busca ativa dos usuários, utilizando

técnicas focadas na adesão ao tratamento e fornecimento de incentivos (Kessler, Pechansky, 2008).

Adesão e evasão ao tratamento

Sabe-se que a adesão depende da motivação do paciente para o tratamento. Sendo assim, há uma relação direta entre o que é proposto ao paciente, em termos de atendimento da equipe multidisciplinar do CAPSad (ad – álcool e outras drogas), e o desempenho de sua adesão ao tratamento; há a necessidade do vínculo terapêutico com os profissionais da saúde, uma vez que, “a abrangência das múltiplas necessidades dos usuários de drogas a partir da proposta multidisciplinar, a motivação para o tratamento e a aliança terapêutica diminuem o índice de abandono ao tratamento” (Ribeiro, Laranjeira, 2012 Apud Cardona, 2013).

A confiança e o aprendizado são um processo sequencial do vínculo a que vêm garantir a adesão aos ensinamentos e às experiências positivas. Isso colabora para um papel mais autônomo do usuário – o indivíduo é convidado a responsabilizar-se pelo seu tratamento. Essa corresponsabilização é sustentada nas relações de escuta que acontece diariamente no acolhimento (Alves, 2012)

A partir disto, pode-se dizer que a adesão ao tratamento vem de um tripé de vinculações entre o paciente, o profissional de saúde e o tratamento em si.

Comorbidade

Segundo Leal et al. (2012), os problemas de saúde mental são comuns entre os usuários de substâncias psicoativas e, concordando com Cardona (2013), em relação às comorbidades:

existem estudos que informam que aproximadamente um terço dos indivíduos que são diagnosticados com algum transtorno mental apresentam problemas de consumo de uma ou várias substâncias psicoativas durante a vida. Outros estudos indicam que cerca de 80% dos pacientes diagnosticados como dependentes de substâncias psicoativas apresentam igualmente alguma psicopatologia. Esse diagnóstico de problemas psiquiátricos agrava-se com uma iniciação precoce ao consumo de substâncias psicoativas e a continuação do uso das drogas por longo tempo (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005).

Sendo assim, é importante pensarmos realmente no conceito de integralidade do serviço de saúde, uma vez que não devemos considerar apenas as questões relacionadas ao uso das substâncias psicoativas, mas também todo o entorno da emblemática que envolve outras questões importantes, como as vulnerabilidades às DST/HIV/Aids (Giacomizzi, 2011).

Redes de apoio

De acordo com Souza, Kantorski e Mielke (2006), “a definição de rede social pessoal é dada como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade.”

O suporte social consiste na existência ou disponibilidade de pessoas com que podemos contar/confiar e que provém cuidado, valores e amor; contribui no ajustamento positivo, no desenvolvimento da personalidade e protege contra os efeitos do estresse; isto é, são os laços de afeto, consideração, confiança, dentre outros, que ligam as pessoas que compartilham o convívio social e podem exercer influências no comportamento e na percepção dos indivíduos que compõe a rede social. (Souza, Kantorski, 2009)

Silva e Azevedo (2013) defendem que “trazer a família para o tratamento é um dos meios mais concretos de chegar à reabilitação”, ou seja, a família assume um papel importante na reabilitação do paciente, se tornando uma rede de apoio essencial para o sucesso do tratamento.

Segundo Peixoto et al. (2010), indivíduos mais jovens são significativamente mais propensos a abandonar o tratamento e, em contrapartida,

os pacientes que possuem familiares envolvidos no programa de tratamento apresentam resultados mais favoráveis que os demais. Existem diversos métodos que se caracterizam essencialmente por intervenções que envolvem a família do paciente, destacando-se, assim, a importância da família no auxílio a adesão ao tratamento da dependência (Peixoto et al., 2010).

Pacientes encaminhados da justiça

Faria e Schneider (2009) afirmam que associar usuários de substâncias psicoativas com a criminalidade e práticas ditas antissociais, segundo uma visão tradicional, acabou por promover um modelo de atenção voltado para a exclusão e separação do usuário do convívio social. Sendo assim, construiu-se como fator de vulnerabilidade a evasão ao tratamento ao longo dos anos.

A preocupação da Justiça em promover a ressocialização e reinserção social dos dependentes químicos começou muito antes da aprovação da Lei 11.343/06, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); havia necessidade de buscar parcerias para recuperar os réus que eram dependentes químicos. (...). Atualmente o Estado e a Justiça têm assumido uma postura mediadora, o que possibilita a ampliação de sua função social, por meio da aplicação de mecanismos jurídico-legais corretivos e, paralelamente, compensatórios, com vistas à negociação dos litígios, obrigando os sujeitos a fazerem concessões recíprocas. Dessa forma, o Judiciário mantém seu específico papel de punição, porém, devolve aos sujeitos a incumbência da resolução de seus conflitos, se firmando em seu papel mediador. (Almeida, 2013)

1.1. Justificativa

Os CAPSad, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), tem o dever de prestar assistência integral às pessoas em sofrimento em decorrência do uso de álcool ou de outras drogas, como preconiza a Lei nº 8.080/90 e a Portaria nº 3.088/11. Prestar assistência implica em oferecer recursos e possibilidades variadas para que essas pessoas sejam acolhidas em suas necessidades e que seja proporcionado o melhor atendimento possível, incluindo esforços para se evitar ao máximo o abandono ou a desistência do tratamento.

Pouco se tem documentado a respeito das barreiras encontradas, bem como das motivações que levam as pessoas desistirem ou abandonarem o tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas nos dispositivos de atenção à essa população no âmbito do SUS, que são os CAPSad.

Aborda-se muito as formas de tratamento para a dependência de álcool e outras drogas, porém é necessário saber identificar os fatores que favorecem, ou não, ao vínculo terapêutico e quais são os que motivam o abandono ou a desistência ao tratamento. De acordo com Souza e Kantorski (2009), a identificação dos pontos vulneráveis nas vinculações dos usuários aos serviços e ao tratamento configura-se uma “estratégia ética que possibilita a identificação conjunta (entre profissional e usuário) de necessidades do âmbito social, familiar e individual a serem contempladas no planejamento de cuidados de saúde”.

Neste sentido, este trabalho justifica-se como uma proposta para identificar algumas variáveis importantes que motivam o paciente a aderir ao tratamento oferecido pelo CAPSad Ceilândia e identificar as principais alterações no comportamento dos indivíduos, principalmente relacionados ao padrão de consumo de álcool e outras drogas, padrões de funcionalidade, padrões de alimentação, violência, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, entre outros.

1.2. Objetivos

Objetivo geral

- i. Caracterizar o acesso das pessoas em tratamento por problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas com relação a adesão ao tratamento.

Objetivos específicos

- i. **Caracterizar** o perfil sócio demográfico dos usuários do serviço;

- ii. **Identificar** os fatores relacionados à adesão ao tratamento;
- iii. **Conhecer** a visão dos usuários sobre o serviço e os principais aspectos que devem compor o tratamento;
- iv. **Investigar** as expectativas e as constatações/considerações dos usuários antes e depois do tratamento.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo é dedicado à descrição dos Centros de Atenção Psicossocial, ou seja, da sua criação, regulamentação e estruturação. Também é realizada uma descrição dos usuários de álcool e outras drogas, bem como dos tratamentos disponíveis, farmacológicos e não-farmacológicos.

2.1. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

A partir do advento da reforma psiquiátrica que acontece em meados dos anos 70, surge por meio de variados campos de luta, que passam a protagonizar e a construir, a partir deste período, a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Este movimento em benefício das mudanças nos modelos de atenção e gestão nas técnicas de saúde, nasce para defesa de uma saúde coletiva que oferecesse um serviço de equidade, onde os protagonistas dos trabalhos seriam os usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias do cuidado (Brasil, 2005).

A Reforma Psiquiátrica, além de ser um marco social complexo, trata-se também de um processo político, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens e que incidem nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e na opinião pública. Sendo compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais (Melo, 2012).

Instituído no Brasil pelas Leis Federais 8080/1990 e 8142/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como componente a rede de atenção à saúde mental brasileira, rede organizadora de ações e serviços públicos de saúde, leis, portarias e resoluções do Ministério da Saúde que priorizam o atendimento ao portador de transtorno mental em sistema comunitário.

Inúmeras transformações das práticas e saberes aconteceram desde a implantação do SUS até a aprovação da Lei nº 10.216 em 2001. Foram desenvolvidas várias práticas para garantir, aos usuários dos serviços de saúde mental, o direito universal do acesso à assistência

à saúde na sua integralidade, incluindo os que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Havendo, a partir desse momento, uma valorização do território, estruturação de serviços próximos ao convívio social dos usuários desses equipamentos, uma estrutura assistencial mais adequada às variadas demandas desse segmento da população, como: assistência à saúde, benefícios sociais, esporte, lazer, cultura, moradia, trabalho e educação (Delgado, 2002; Brasil, 2003).

Foram construídas na área da saúde uma rede de atenção baseada em dispositivos extra-hospitalares, articulada a outros setores da sociedade, com vistas à reabilitação psicossocial e à reinserção social da pessoa com sofrimento mental. Com relação aos usuários de álcool e outras drogas, esses equipamentos criados devem utilizar como referência a lógica ampliada da Redução de Danos, realizando uma busca ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma a integrar o meio cultural e à comunidade em que esses sujeitos estão inseridos, os princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2003).

Para substituição dos serviços de internação hospitalar psiquiátrica no âmbito da saúde mental, surgem os CAPS. Os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS estabelecem que essas instituições devam assumir um papel estratégico na articulação das redes, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, além de se articularem com outras redes, como escolas, empresas etc. (Brasil, 2004(1)).

Em março de 1986 foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo (SP): Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (Brasil, 2004(1)). Em 1987 aconteceu em Bauru (SP) o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (Brasil, 2005).

Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) dá início há um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção gera uma repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, no município de Santos, foram implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionavam 24 horas; são criadas cooperativas; residências para os egressos do hospital e associações (Brasil, 2005).

O CAPS é um serviço público e comunitário, de atendimento a portas abertas e de abrangência territorial, oferecendo cuidado a pessoas em sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso de crack, álcool e outras drogas e sua ambiência (espaço interrelacional do sujeito com o local, com as pessoas e coisas). Sendo um serviço estratégico dentro da rede de atenção psicossocial, tendo como estratégia promover a articulação entre serviços de saúde mental e os outros serviços de saúde. Sua equipe é formada por vários profissionais de saúde, que têm sua formação voltada para o cuidado a essas pessoas (Brasil, 2011).

O CAPS tem como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizar acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, realiza atendimentos individuais de vários profissionais de saúde; atendimentos em grupo; atividades comunitárias; atividades com os familiares; reuniões ou assembleias para organização do serviço e desenvolvimento da cidadania; tratamento medicamentoso. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços se diferenciam como:

- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial que é subdividido em I, II e III dependendo do tamanho da população atendida;
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil;
- CAPSad e CAPSad III – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, sendo que o CAPSad III é um serviço de atendimento 24 horas.

Portanto, é um serviço de atendimento de saúde mental criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2011).

Dentro de suas principais ações, os CAPS devem construir um vínculo com o usuário, no acolhimento e no Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é construído pelo profissional do serviço junto com o usuário e planeja as ações que serão feitas durante o tratamento, englobando vários campos da vida da pessoa, dentro e fora do serviço. Ele deve ser revisto sempre que necessário, levando em conta os desejos do usuário e seu processo de reabilitação, com vistas ao resgate de sua autonomia (Brasil, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSAd) adquirem relevante importância no contexto das políticas públicas de saúde. Ultimamente, compõem um dos principais serviços dedicados aos usuários de álcool e outras drogas.

É incontestável, porém, que a atenção nesse campo não se pode reduzir somente a um serviço específico. O que se propõe é um conjunto de serviços que possam atuar de maneira articulada porque “a construção de uma rede na saúde indica mais do que ofertas de serviços num mesmo território: implica colocarmos em questão como eles estão se relacionando” (Oliveira, Pereira, 2013).

Neste contexto, os CAPSAd têm por finalidade prestar atendimento à população usuária de substância psicoativa (SPA), em uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas (Brasil, 2004 (1), Brasil, 2004 (2)).

Os CAPS são atualmente regulamentados pela portaria nº 336/GM, de 2002, que elabora as diretrizes de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial e institui os CAPSAd para usuários cujo principal problema é o uso abusivo de álcool e outras drogas (Brasil, 2002).

No ano de 2004, a Portaria 2.197 redefine e expande a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS, estabelecendo, como principais componentes da rede de atendimento: a Atenção Básica (AB), os CAPSAd, os Ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas, a Atenção Hospitalar de Referência e a Rede de Suporte Social, complementar à Rede disponibilizada pelo SUS e composta por associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil.

A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, lançada em 2003, preconiza que a assistência prestada ao usuário de álcool e outras drogas seja baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial como o CAPS, devidamente articulado com a atenção primária e outros setores da sociedade (Brasil, 2003).

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas é enfática ao apontar que fortalecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais é um compromisso que deve ser firmado como modo de enfrentamento coletivo às situações ligadas a esse problema. Fortalecer o caráter de rede configura-se num caminho para a atenção integral dos usuários de álcool, *crack* e outras drogas, pois é a rede, em interação constante, quem cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reabilita e reconstrói existências, possibilitando efetivas alternativas de enfrentamento (Brasil, 2003).

Vale ressaltar que o CAPSad é um dos componentes dessa rede, assim como também são a atenção básica e as unidades hospitalares, que são fundamentais para o cuidado destinado aos usuários de álcool e outras drogas (Manfrê, 2015).

2.2. A Regulamentação dos CAPS

Tendo como objetivo abolir o modelo asilar e consolidar a reforma psiquiátrica no Brasil, foram publicadas diversas legislações a partir de 2001, sendo elas decisivas para organizar uma nova estrutura de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Os CAPS são constituídos por serviços estratégicos com o desígnio de dar acesso e proporcionar integralidade ao tratamento da saúde mental (Brasil, 2002).

A importância de uma avaliação das instalações e condições para o funcionamento dos CAPS pode estabelecer uma relação entre a solidificação das mudanças motivadas pelas legislações, sua efetiva implementação e evolução na última década (Silva; Lima, 2017).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é então instituída em 2011, estabelecendo diretrizes e objetivos para cada ponto da rede. Essas definições colocam em evidência a capacidade resolutiva e operativa esperada para cada instituição que compõe a RAPS. O funcionamento adequado da RAPS é uma proposta complexa que propende à integralidade da atenção à saúde mental e desafia o trabalho conjunto entre os CAPS, a Atenção Primária à Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as unidades de urgência e emergência e serviços de hospitalização especializada (Brasil, 2013).

Na tentativa de padronizar e estabelecer serviços e estruturas adequadas ao atendimento nos CAPS é publicado, em 2013, um manual do Ministério da Saúde, que estabelece requisitos para a construção dos CAPS em suas diferentes modalidades e condiciona o envio dos recursos para a construção de novas instalações à adequação desses parâmetros (Ronchi, Avellar, 2013).

É importante salientar que as propostas de adaptações devem ter não apenas um ponto de vista sanitário, como mais um estabelecimento de saúde, e sim – sobretudo – serem inclusas recomendações que priorizem pela ambiência dos serviços. Os CAPS devem proporcionar um ambiente acolhedor ao processo de produção de saúde sendo, assim, capaz de oferecer conforto físico e subjetivo, promover e intensificar relações interpessoais nos pacientes (Olschowsky et al., 2009; Alves, Dourado, Côrtes, 2013).

A dimensão de estrutura do serviço de saúde é definida pelos recursos estáveis da instituição, ou seja, infraestrutura, área física, recursos humanos e financeiros necessários para proporcionar a atenção à saúde do usuário (Silva; Lima, 2017).

2.3. Usuários de Álcool e outras drogas

Há milhares de anos temos visto o ser humano em uma busca constante por algo ou alguma substância que lhe proporcionasse “alterações na percepção, no humor e no sentimento. Algumas vezes, este consumo constante era envolvido por fatores permeados por razões diversas, culturais, religiosas, econômicas e políticas, entre outras” (Lacerda; Fuentes-Rojas, 2017).

No mundo contemporâneo o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas tendo sido considerado um grave problema de saúde pública, o que levou as discussões sobre as drogas ao centro de diversas políticas públicas brasileiras, demandando ações e serviços adequadamente organizados, que trouxessem a problemática do uso de drogas de forma mais articulada e resolutiva, especialmente no SUS.

A partir da vigência da Lei Federal nº 10.216/2001, legitimando o movimento da reforma psiquiátrica na área da saúde mental no Brasil, torna-se ainda mais visível o interesse nas políticas sobre drogas no país, no intuito de dar prioridade à rede de cuidados extra-hospitalares, direcionando esforços para contemplar a atenção integral à saúde ao público diretamente envolvido com o consumo de drogas (Machado, Boarini, 2013).

Essa atenção integral a esses indivíduos usuários é reconhecida como de caráter multifatorial, o que demanda uma diversidade de intervenções que, por sua vez, impõem a ampliação da cobertura e do espectro de atuação dos profissionais de saúde para atender às necessidades dos usuários. Apesar de algumas discussões ideológicas, as ações passam a ter um enfoque de prevenção ao uso indevido de drogas, à reabilitação psicossocial dos usuários e à abordagem de redução de danos como filosofia de trabalho (Machado, Boarini, 2013).

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas traz em seu teor o fortalecimento das redes de assistência centradas na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, compromisso esse que deve ser firmado como modo de enfrentamento coletivo às situações ligadas a esse problema. O caráter principal dessa rede é a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas, pois é a rede, em interação constante, quem cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reabilita e reconstrói existências, possibilitando efetivas alternativas de enfrentamento (Brasil, 2004).

O Ministério da Saúde recomenda que a oferta de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas se dê em todos os níveis de atenção do SUS, pois o objetivo é construir uma rede de cuidados diversificada em saúde mental em que o usuário, ao ser inserido no sistema, possa contar com diferentes sítios de apoio ao seu problema (Brasil, 2004).

2.4. Tratamento

O cuidado de pessoas que tem problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e da dependência inclui avaliações completas. Sendo a síndrome de dependência compreendida como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos em que o uso de substâncias adquire maior prioridade que outros comportamentos (OMS, 2008).

Busca-se tratar intoxicação aguda e possíveis sintomas de crise de abstinência levando em consideração a ocorrência simultânea de doenças de base e condições psiquiátricas, além de desenvolver e implementar um plano geral de tratamento. Dentre os objetivos mais adequados para o tratamento do uso nocivo e da dependência, tem-se a interrupção ou controle do uso e dos efeitos da substância, redução da frequência e severidade da ocorrência de recaídas e, por fim, melhoras nos aspectos psicológicos e sociais (APA, 2006; Mclellan, Mckay, Forman et al., 2005).

Embora traçar objetivos seja uma etapa fundamental para a eficácia do tratamento, existem fatores importantes para serem considerados, assim como: quantidade e o tipo de substância consumida; vulnerabilidade genética em desenvolver alguma dependência; gravidade da dependência e a biodisponibilidade da droga e o nível de danos funcionais; ciência do indivíduo quanto aos problemas causados pelo uso problemático de álcool e outras drogas; disposição do indivíduo para mudanças e adesão ao tratamento para buscar mudanças; condições clínicas gerais e psiquiátricas do indivíduo; pontos fortes e fracos do indivíduo em tratamento; contexto social, ambiental e cultural a que o paciente está inserido (APA, 2006).

Recomenda-se não encarar as recaídas como uma falha do tratamento, pois as mesmas poderão auxiliar na reestruturação das intervenções e adequá-las às necessidades individuais do paciente (NIDA, 2012).

2.4.1. Intervenções Não Farmacológicas

Algumas intervenções psicossociais, descritas com mais detalhes na tabela 1, podem reduzir o uso de drogas e os riscos à saúde, assim como melhorar o desempenho social de usuários de crack. Até certo ponto, apesar de se obter conhecimento limitado sobre tais intervenções acerca da retenção e dos efeitos a curto prazo, as terapias psicossociais são consideradas as mais acessíveis e eficazes para o tratamento do abuso de crack/cocaína (Fischer et al., 2015). A acupuntura, a yoga, massagens e estimulações transcranianas, entre outras, também são consideradas intervenções não farmacológicas, porém menos acessíveis.

No geral, as intervenções sociais são essenciais para o indivíduo em tratamento. Contudo, em situações onde o indivíduo se encontra com danos físicos e/ou psiquiátricos, a melhor abordagem é a combinação com os medicamentos. Assim, os sintomas serão controlados e os pacientes continuarão a desenvolver prováveis melhoras psicossociais (Brasil, 2012a). A descrição das intervenções não farmacológicas mais utilizadas na prática clínica encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição de intervenções não-farmacológicas mais comuns.

Intervenção	Descrição
Entrevista Motivacional	Apresenta um estilo em que se evita o confronto direto e promove o questionamento e o aconselhamento visando estimular a mudança do comportamento; prioriza a autonomia do indivíduo em tomar decisões.
Aconselhamento	Consiste no apoio, proporcionando estrutura, monitoração, acompanhamento de conduta e encorajamento da abstinência; pode, também, oferecer encaminhamento para emprego, serviços médicos e auxílio com questões legais.
Intervenção breve (Psicoterapia)	Utiliza-se para alcançar abstinência ou controle do consumo; ao estabelecer uma meta, desenvolve-se a automonitorização, identificação das situações de risco e estratégias para prevenir o retorno do uso problemático.
Terapia Cognitivo Comportamental	Corrigir distorções cognitivas (como pensamentos negativos e mal estabelecidos) e o comportamento do usuário relativo a droga.
Terapia de grupo	A técnica de grupo terapia visa atender o maior número de usuários em menos tempo; custo mais baixo.
Terapia familiar	Busca melhorar a comunicação dos componentes da família e trabalhar os 13 sentimentos reforçando positivamente o papel do usuário na família buscando melhor adaptação do seu funcionamento social.

Fonte: BRASIL, 2013.

2.4.2. Intervenções Farmacológicas

Do ponto de vista terapêutico, os medicamentos podem auxiliar, reduzindo danos dos sintomas de abstinência (podendo ser utilizados também fora do período de abstinência), enquanto intervenções comportamentais e psicossociais também sejam usadas com maior eficiência em atingir os objetivos do tratamento estabelecidos pelo indivíduo. (O'brien, 2005).

Tendo isso em vista, a desintoxicação é utilizada em casos de interrupções abruptas do consumo da substância psicoativa em que há ocorrências de sintomas característicos da crise de abstinência da substância em questão.

Outra parte da farmacoterapia é a manutenção. Ela é considerada uma estratégia de longa duração para evitar recaídas. Essa fase possui três estratégias, na qual se encontra a terapia de substituição (ou agonistas), que possui o mesmo mecanismo de ação da droga de abuso. Contudo, possuem vias de administração mais seguras, podem diminuir efeitos psicoativos e as doses podem ser diminuídas gradualmente.

Há terapias com drogas antagonistas, que visam reduzir os efeitos da droga, inibindo sua ação no organismo. Por último, pode ser aplicada a terapia punitiva, a qual produz efeito aversivo à droga de abuso quando consumida simultaneamente (Hart, Ksir, Ray, 2008; Hart, 2005).

Da mesma maneira, a American Psychiatry Association descreve as seguintes categorias da farmacoterapia (APA, 2006):

- Medicamentos para tratar desintoxicação e síndromes de abstinência;
- Medicamentos para diminuir o reforço positivo das drogas em abuso; terapias de manutenção com agonistas (Benzodiazepínicos para usuários dependentes de álcool e Metadona para usuários de heroína);
- Terapias antagonistas (Naltrexona, um medicamento antagonista competitivo de receptores opióides utilizado em caso de indivíduos em tratamento devido ao consumo de opióides agonistas);
- Promoção da abstinência e prevenção de recaídas (No caso da Naltrexona, do Dissulfiram e do Acamprosato para usuários dependentes de álcool);
- Medicamentos para tratar comorbidades psiquiátricas.

A descrição dos medicamentos mais utilizados na prática encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2. Intervenções Farmacológicas utilizadas na prática clínica junto às pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas

Drogas	Medicamentos	Indicação
Álcool	Tiamina (Vitamina B1)	Reposição vitamínica e prevenção contra encefalopatia de Wernicke.
	Benzodiazepínicos	Tratar sintomas de abstinência.
	Lorazepam	Em casos de hepatopatias graves.
	Dissulfiram, Naltrexona, Acamprosato	Tratar a dependência reduzindo recaídas.
Tabaco e derivados da Nicotina	Adesivos e Gomas	Tratar sintomas de abstinência.
	Bupropiona	Abstinência.
	Vareniclina	Abstinência; Alivia sintomas de abstinência e bloqueia efeitos da nicotina em caso de recaída.
Cocaína, Merla e Crack	Benzodiazepínicos	Controlar sintomas agudos da abstinência, inquietação e ansiedade.
Ansiolíticos	Diazepam ou Clonazepam	Controlar crises de abstinência caso não funcione a retirada gradual.
Heroína	Naloxona	Controlar intoxicação de opiáceos em unidades de emergência.
	Metadona	Controlar síndromes de abstinência, terapia de substituição.
	Clonidina	Reduzir sintomas noradrenérgicos; após retirada da Metadona.
Anfetaminas	Benzodiazepínicos	Tratar intoxicações agudas.

Fonte: Brasil, 2012a.

As seguintes substâncias: maconha, haxixe, skank, solventes ou inalantes, drogas sintéticas e alucinógenos não possuem farmacoterapias específicas e com eficiência comprovada.

2.4.3. Tratamento de acordo com os usuários

Uma análise sobre o ponto de vista de profissionais, usuários e acompanhantes que utilizam o serviço de um CAPS ad em Recife, apontam um estigma entre esses atores sociais sobre a visão do usuário em tratamento como um doente e não como um cidadão. Esse estereótipo pode atrapalhar o progresso da reinserção dos indivíduos em suas posições sociais. Embora a percepção dos objetivos acerca do tratamento fosse semelhante, os três grupos visavam a abstinência total e, conseqüentemente, deixavam a redução de danos em segundo plano (Moraes, 2008).

Quando trazidos ao contexto da farmacoterapia, os usuários devem estar cientes do propósito do medicamento em sua situação, da maneira correta de se utilizar e dos possíveis efeitos adversos. Para isso, busca-se tomar conhecimento do posicionamento dos mesmos quanto ao padrão de uso e, então, construir estratégias para contemplar o máximo de fatores possíveis no tratamento e melhorar a maneira como o indivíduo administra sua farmacoterapia (Fitzgerald, McCarty, 2009; Oliva et al., 2011).

3. METODOLOGIA

Este capítulo é dedicado à descrição da metodologia adotada na pesquisa, bem como à descrição dos participantes, do tipo de estudo da população, do local do estudo, das organizações dos serviços de saúde, das fontes de dados e dos instrumentos de coleta e, por último, da descrição do processamento e da análise dos dados obtidos.

3.1. Participantes da pesquisa

Foram entrevistados 44 usuários do CAPS com faixa etária entre 18 a 43 anos de idade, que procuraram o atendimento no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas de Ceilândia, Brasília/DF. Sendo grupo inicial de 44 pessoas e final de 35 pessoas.

3.2. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de abordagem quantitativa e longitudinal.

3.3. Local do estudo

A pesquisa ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas - CAPSad - Ceilândia, Brasília/DF.

3.4. Organizações dos serviços de saúde

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal foi organizada em 7 Regiões de Saúde, 1 Instituto de Saúde Mental, 1 Centro de Orientação Psicopedagógico e 4 Unidades de Referência Assistencial. A cidade de Ceilândia foi inserida na Região de Saúde Oeste com 1 Hospital Regional, 1 Laboratório Central, 1 Posto de Saúde Urbano Condomínio Privê, 1 Posto de Saúde Rural Boa Esperança, 1 Ambulatório de apoio do Hospital Regional de Ceilândia, 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSad, 1 NASF, 11 Centros de Saúde e 2 Unidades Básicas de Saúde Vila Olímpica e Laboratório Regional.

3.5. Seleção da amostra e instrumentos de coleta

A entrevista ocorreu a partir de um contato preliminar com o entrevistado. Foram realizadas duas entrevistas com cada participante, baseadas no questionário semiestruturado, o qual incluiu um total de 54 questões, sendo 50 fechadas e 4 abertas.

As entrevistas ocorreram em dois momentos. A primeira entrevista foi realizada nos meses de março e abril do ano de 2016, durante quatro semanas, quando as entrevistadoras permaneciam “de plantão” no serviço entre 7h da manhã e 18h de segunda a sexta, aguardando os possíveis usuários que chegassem procurando por tratamento.

Os pacientes eram atendidos pela equipe do CAPSad, que realizavam o acolhimento desses ao serviço e, após esse acolhimento, eram convidados a participar da pesquisa. Os que aceitavam, eram entrevistados pelas pesquisadoras durante, aproximadamente, 20 minutos. Durante as entrevistas com todos os participantes (n = 44), foram preenchidos questionários, pelas pesquisadoras, com perguntas objetivas e abertas (Anexo A). Foram incluídos no estudo os pacientes que estavam realizando o tratamento pela primeira vez na vida em CAPSad e aqueles que já haviam realizado, porém abandonado por mais de seis meses.

A segunda entrevista foi realizada depois de transcorridos 4 meses do acolhimento inicial, nos meses de agosto e outubro do ano de 2016. Os participantes da primeira entrevista foram contatados por telefone e convidados a retornarem ao CAPSad para uma nova entrevista com dia e hora agendadas.

Dos 44 participantes da primeira entrevista, somente 35 foram encontrados após diversas ligações e buscas. Dos nove participantes não localizados, 6 participantes são pessoas em situação de rua e 3 faleceram.

O instrumento utilizado trata-se de um questionário com 54 questões. As questões que compõem o questionário foram selecionadas a partir de instrumentos já existentes. E organizadas em grupos temáticos.

- Aspectos Sociodemográficos – 11 questões;
- Padrões de Alimentação – 5 questões;
- Funcionalidade – 8 questões;
- Padrões de Consumo de Álcool e Outras Drogas – 5 questões;
- Problemas devido ao Consumo – 3 questões;
- Padrões de Violência – 5 questões;
- Qualidade de Vida e Redes Sociais – 1 questão;
- Saúde Física e Comportamento Sexual – 8 questões;
- Saúde Mental – 3 questões;
- Satisfação com os Serviços e Recursos – 5 questões.

Na segunda entrevista, as mesmas questões foram feitas, sendo retiradas aquelas que não eram passíveis de mudanças.

O instrumento utilizado nesta pesquisa é uma compilação de várias questões extraídas de questionários já validados e frequentemente utilizados na literatura corrente e estão apresentados nas tabelas 3a, 3b e 3c.

Tabela 3a. Instrumentos de pesquisa utilizados

Grupo	Questão	Instrumento Utilizado	Questão
Aspectos Sociodemográficos	1	DEMOGRAPHICS (DE)	DE2
	2	DEMOGRAPHICS (DE)	DE9
	3	DEMOGRAPHICS (DE)	DE11b
	4	DEMOGRAPHICS (DE)	DE25
	5	DEMOGRAPHICS (DE)	DE32
	6	DEMOGRAPHICS (DM)	DM2
	7	DEMOGRAPHICS (DM)	DM14.1
	8	DEMOGRAPHICS (DM)	DM16
	9	DEMOGRAPHICS (DM)	DM22
	10	MNA	A
	11	MNA	B
Alimentação	12	MNA	F
	13	MNA	J
	14	MNA	N
	15	LAWTON	C
	16	LAWTON e OARS	F e 57
	17	LAWTON e OARS	D e 60
Funcionalidade	18	LAWTON e OARS	G e 71
	19	KATZ e OARZ	68
	20	KATZ e OARZ	65
	21	KATZ e OARZ	64
	22	KATZ	
	23	LAWTON e OARZ	H e 62
	24	MAP, DUSI e TFB	

Tabela 3b. Instrumentos de pesquisa utilizados

Grupo	Questão	Instrumento Utilizado	Questão Escolhida
	25	DUSI	Área 1 – 2
Padrão de Consumo de Álcool e outras drogas	26	ADS	4
	27	SADD	2
	28	SADD	6
	29	SADD	14 e 5,19, 20 e 21
Problemas devido ao consumo	30	ASI	15
	31	ASI (uso de álcool/drogas)	16
	32	ASI (Estado Legal)	3-17
Padrões de Violência	33	DUSI	Área 1 – 8
	34	DUSI	Área 1 – 9
	35	DUSI	Área 1 – 10
	36	Ferrans&Powers	1,4,12,13,14,15,26, 27,29,31,32,33
	37	SF-36	1
Qualidade de Vida e Redes Sociais	38	SF-36	3
Saúde Física e Comportamento Sexual	39	DUSI	Área 3 – 7
	40	DUSI	Área 3 – 8
	41	IDTZ	41
	42	K6, K10 e MHI5	
	43	HAD	3
	44	HAD	5
	45	HAD e SHS	6
	46	RQ test	11

Tabela 3c. Instrumentos de pesquisa utilizados

Grupo	Questão	Instrumento Utilizado	Questão Escolhida
Saúde Mental	47	Rosemberg Self-Esteen	4
	48	SATIS_BR	1
	49	SATIS_BR	4
Satisfação com o serviço e recursos	50	SATIS_BR	9
	51	SATIS_BR abreviado	1
	52	SATIS_BR	23
	53	SATIS_BR	27
	54	SATIS_BR	28

Demographics (DM), Demographics (DE), MNA - Mini Avaliação Nutricional, Lawton - Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale, OARS - Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, Katz - Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL), MAP - Maudsley Addiiction Profile, DUSI - Drug Use Screening Inventory. Adaptação feita para o Brasil do instrumento por Michelli e Formigoni (1998). TFB - Clinical Trials Network Timeline Followback (TFB) Method Assessment, SADD – Short Alcohol Dependence Data, ASI- Addiction Severity index, Ferrans & Powers - Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. 1984 & 1998 Carol Estwing Ferrans e Marjorie J. Powers Traduzido por José Vitor da Silva e Miako Kimura 2002, SF-36 - Versão Brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36 – da Mota Falcão D; Ciconelli R M; ferraz MB, 2003 – Tradução e Adaptação Cultural Brasileira, IDTZ - Inventário das situações do uso de drogas, K6 - Self-Report Measure Saúde Mental, K10 - Medida de Auto-Resposta Saúde Mental, MHI5 - The Mental Health Inventory – 5, HADs - Hospital Anxiety and Depression Scale , SHS - Subjective Heppiness Scale, RQ test - Questionário do índice de resiliência: adultos Reivich - Shatté / Barbosa, Rosemberg Self - Esteen Scale (Rosenberg, 1965), SATIS_BR - Escala de avaliação da satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental.

Para a aplicação do questionário, foi utilizada a técnica de entrevista (comunicação verbal, ou seja, uma conversa, realizada por iniciativa de um entrevistador com o objetivo de construir informações relevantes para um objeto de pesquisa) semiestruturada (combinação de

perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistador tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada).

Para a aplicação do questionário, a pesquisadora explicou claramente o objetivo da pesquisa aos participantes (criteriosamente de acordo com a Resolução 466/2012), e após explicação, eles eram encaminhados a um local adequado de forma a garantir a confidencialidade e sigilo das informações.

3.6. Processamento e análise dos dados

As questões abertas acerca de suas expectativas e dos motivos pelos quais buscavam tratamento no CAPS ad tiveram suas respostas categorizadas de acordo com os padrões encontrados nelas. Em seguida, realizou-se uma análise descritiva percentual. Os grupos de respostas foram citados e discutidos levando em consideração os critérios de agrupamento e as diferentes respostas dentro de uma mesma categoria.

A análise dos dados quantitativos foi realizada em parceria com o Departamento de Estatística da UnB, com o auxílio do software livre R (R CORE TEAM, 2016). Todos os testes realizados consideraram hipóteses bilaterais e um nível de significância de 5%. Foi utilizada a estatística descritiva para avaliar a frequência, média e desvio-padrão das variáveis de interesse, apresentados na forma de média \pm desvio-padrão. A evolução dos participantes foi classificada em três possíveis resultados: piora, melhora ou sem mudanças; a detecção de uma mudança significativa foi verificada por meio do Teste do Sinal (Conover, 1999).

Um p -valor $\geq 0,05$ implica na ausência de uma mudança significativa no comportamento dos indivíduos, e um p -valor $< 0,05$ implica em uma mudança significativa do comportamento (Bussab, Morettin, 2003).

3.7. Considerações éticas

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília sob o número 947.319/2015 (Anexo B).

Com as devidas aprovações, iniciou-se a coleta de dados, obedecendo os critérios da Resolução nº 466/2012, referentes à ética em pesquisa com seres humanos.

Ainda de acordo com a Resolução, a pesquisa prosseguiu após compromisso ético do pesquisador, assinaturas dos Termos de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Anexo C), que assegura aos participantes da pesquisa direitos de confidencialidade e privacidade das informações prestadas e anonimato, de modo que não seja possível sua identificação.

4. RESULTADOS

Este capítulo é dedicado à apresentação dos dados coletados através da pesquisa realizada por meio de questionário semiestruturado, bem como das estatísticas associadas.

Não foram inseridos, para algumas variáveis, dados sobre as estatísticas associadas. Estas variáveis não foram consideradas relevantes para o estudo apresentado.

4.1. Dados Sociodemográficos

Na tabela 4, dos 44 pacientes acompanhados no estudo, predominantemente do sexo masculino (86%) e tinha idade entre 30- 49 anos (75%). Dos participantes, 57% afirmaram ter cursado o ensino fundamental completo, 30% referiram ter cursado o ensino médio completo e 2% eram analfabetos. Com relação ao tipo de moradia 39% deles moravam com os pais e 32% com a esposa (o). O restante dos pesquisados moravam sozinhos, com outros familiares ou amigos e alguns estavam em situação de rua.

Com relação ao emprego, 59% deles se encontravam desempregados. A renda familiar média era de 1 a 3 salários mínimos para um percentual de 57% dos participantes. Quanto à situação conjugal, 48% deles eram solteiros, 30% casados, amasiados ou com união estável, e 23% eram viúvos, divorciados ou separados. Um total de 39% autorreferiram a cor da pele como parda, 34% se referiram como negros e 27% brancos.

Com relação ao número de filhos, 27% deles disseram não terem filhos, 30% afirmaram ter um filho, 11% disseram que tinham dois filhos e 32% declaram ter três ou mais filhos. Quando questionados sobre a busca pelo tratamento, 89% disseram vir de forma voluntária e 11% por medida judicial (Tabela 4).

Tabela 4 - Dados Sociodemográficos

Variáveis	Categorias	Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	38	86%
	Feminino	6	14%
Idade	18-29	6	14%
	30-49	33	75%
	50-65	5	11%
Grau de Instrução	Analfabeto	1	2%
	Fundamental	25	57%
	Médio	13	30%
	Superior	5	11%
Moradia	Morador de rua	5	11%
	Esposo (a)	14	32%
	Pais	17	39%
	Familiares ou amigos	6	14%
	Sozinho	1	2%
	Outros	1	2%
Situação de Emprego	Empregado	12	27%
	Desempregado	26	59%
	Autônomo ("faz bicos")	5	11%
	Aposentado	1	2%
Renda Média Mensal	Não tem renda	3	7%
	Até 1 salário	5	11%
	1 a 3 salários	25	57%
	Acima de 3 salários	11	25%
Relacionamento	Solteiro	21	48%
	Amasiado	13	30%
	Viúvo/Divorciado/Separado	10	23%
Quant. de filhos	0	12	27%
	1	13	30%
	2	5	11%
	3 ou mais	14	32%
Busca por tratamento	Voluntária	39	89%
	Medida Judicial	5	11%
Raça	Branco/Caucasiano	12	27%
	Negro	15	34%
	Pardo/Mulato	17	39%
	Amarelo/Asiático	0	0%
	Indígena	0	0%

Fonte: Pesquisa, 2017.

4.2. Padrões de Alimentação

Na tabela 5 são apresentados os dados e resultados sobre os padrões de alimentação dos pacientes pesquisados. Após serem pesados, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), por meio da seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{altura}^2}$$

onde o peso é dado em quilos e a altura em metros. Verificou-se que 74% deles apresentavam IMC entre 18 a 25 (normal), 20% acima de 25 (sobrepeso) e 6% de 17 a 18,5 (baixo).

Questionados sobre a perda de apetite nos últimos 30 dias, 21 dos 35 participantes apresentaram algum tipo de perda de apetite na entrevista inicial, já na segunda, 15 deles relataram alguma diminuição no apetite. Neste contexto podemos observar que os pacientes que haviam falado que a perda de apetite era leve passaram de 7 para 10 pacientes, moderada passaram de 3 para 2 pacientes e grave diminuíram de 11 para 3 pacientes, caracterizando uma melhora em 48,57%, dos entrevistados, piora em 8,57% e sem alteração do quadro em 42,86%.

Em relação à perda de peso, 19 pacientes referiram perda superior a 3 kg na entrevista inicial, 7 pacientes relataram ter perdido entre 1 e 3kg, 8 disseram não terem perdido peso algum e 1 não soube informar se houve alguma perda. Na segunda entrevista, 16 deles não sabiam informar a perda de peso nos últimos 30 dias, 12 não haviam perdido peso algum, 4 perderam acima de 3 kg e 3 perderam de 1 a 3 kg.

No que diz respeito ao número de refeições diárias realizadas pelos pesquisados, 12 deles relataram realizar apenas uma refeição, 5 realizavam duas refeições, 9 realizavam três refeições e 9 relataram fazer quatro refeições ao dia. No segundo encontro foram observadas melhoras no quadro de 40% dos pacientes, 5,71% pioraram e 54,29% apresentaram situação igual a inicial.

Na entrevista inicial, 18 dos participantes deixaram muitas vezes de se alimentar para fazer uso de álcool e outras drogas, 8 somente algumas vezes e 9 nunca haviam deixado de se alimentar para fazer uso de qualquer substância psicoativa. Na análise estatística realizada, 62,86% dos pacientes obtiveram melhora em relação ao abandono da alimentação para consumo de álcool e outras drogas, 31,43% permaneceram como estavam na primeira

entrevista e apenas 5,71% apresentaram comportamento pior ao inicial, o que gerou uma melhora significativa (p -valor < 0,05).

Tabela 5 - Padrões de Alimentação

Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p -valor
IMC	Menor que 17	0					
	De 17 a 18.5	2					
	De 18.5 a 25	26					
	Acima de 25	7					
Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p -valor
		Antes	Depois				
Perda de Apetite	Sem diminuição	14	20				
	Leve diminuição	7	10	8,57%	48,57%	42,86%	0,5
	Moderada diminuição	3	2				
	Grave diminuição	11	3				
Perda de Peso	Nenhuma	8	12				
	Não sabe informar	1	16				
	Entre 1 e 3 Kg	7	3				
	Acima de 3 Kg	19	4				
Número de refeições diárias	1	12	4				
	2	5	8	5,71%	40%	54,29%	0,7
	3	9	9				
	4	9	14				
Deixou de se alimentar para se drogar	Nunca	9	27				
	Algumas	8	5	5,71%	62,86%	31,43%	0,04
	Muitas Vezes	18	3				

Fonte: Pesquisa, 2017.

4.3. Padrões de Funcionalidade

Na tabela 6 foram apresentados os padrões de funcionalidade dos entrevistados. Quando questionados sobre a capacidade de utilização de meio de transporte, 28 dos pacientes referiram ser totalmente capazes de usar transporte público sozinhos, quatro deles precisavam de acompanhante e três deles necessitavam de veículo especial para se locomover.

Na realização de tarefas domésticas diárias, tais como organizar e limpar a casa, 24 realizavam tais tarefas normalmente, 7 deles não conseguiam realizá-las, 3 deles realizavam tarefas domésticas leves, mas não mantinham um nível de limpeza aceitável e somente um deles realizava apenas tarefas domésticas leves com níveis aceitáveis de limpeza. Na segunda entrevista 28,57% apresentaram melhora na realização de atividades domésticas, 68,57% apresentaram resultados iguais aos iniciais e somente 2,86% apresentaram piora nos resultados.

Tabela 6 - Padrões de Funcionalidade

Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Meio de Transporte	Capaz de usar meio próprio ou público para se locomover	28	33				
	Precisa de acompanhamento para se locomover	4	0				
	Só é capaz de se locomover em veículos especializados	3	2				
Tarefas Diárias	Organiza e limpar a casa	24	32				
	Realiza apenas atividades domésticas leves	1	1	2.86%	28.57%	68.57%	0,04
	Realiza atividades domésticas leves, não mantém níveis aceitáveis de limpeza	3	1				
	Não consegue realizar atividades domésticas	7	1				
Uso de Medicação	Toma sozinho a medicação correta em dosagem e horário	6	17				
	Toma remédios, desde que esteja separada e preparada em doses	2	1	14.29%	40.00%	45.71%	0,73
	Não é capaz de tomar a própria medicação	3	0				
	Não toma nenhuma medicação	24	17				
Higiene Pessoal	Toma banho sem nenhuma ajuda	32	32				
	Toma banho com algum tipo de ajuda	1	3	8.57%	8.57%	82.86%	<0,001
	É incapaz de tomar banho sozinho	2	0				
Cuidados com Aparência	Sem nenhum tipo de ajuda	30	34				
	Com alguma ajuda	4	1	0%	11.43%	88.57%	<0,001
	É completamente incapaz	1	0				
Capacidade de se vestir e despir	Sem nenhum tipo de ajuda	31	35				
	Com alguma ajuda	3	0				
	É completamente incapaz	1	0				
Utilizar o banheiro	Sem nenhum tipo de ajuda	32	35				
	Com alguma ajuda	2	0				
	É completamente incapaz	1	0				
Lidar com dinheiro	Gerencia de forma independente seu próprio dinheiro e renda	12	17				
	Gerencia apenas pequenas compras do dia a dia	8	12	14.29%	37.14%	48.57%	1
	É incapaz de lidar com o dinheiro	15	6				

Fonte: Pesquisa, 2017.

Quanto ao uso de medicações, 24 dos pacientes não tomavam nenhum medicamento, 6 tomavam as medicações sozinhos, nos horários e dosagens corretas, 3 deles eram incapazes de tomar sua própria medicação e 2 deles necessitavam de ajuda na separação e preparo das medicações. Ao analisar os resultados da primeira e segunda entrevistas, 45,71% dos participantes obtiveram resultados iguais, 40% apresentavam melhora do quadro e 14,29% apresentaram piora da capacidade de se medicar.

Na questão relacionada à higiene pessoal, 32 participantes eram totalmente capazes de se higienizarem sem nenhuma ajuda, 2 necessitavam de total ajuda e 1 necessitava de algum tipo de ajuda. Na segunda etapa do estudo 82,86% dos participantes demonstraram igual resultado, 8,57% melhoraram sua capacidade e outros 8,57% pioraram sua condição.

Com relação aos cuidados com a aparência, 30 deles não necessitavam de ajuda alguma para se cuidar, 31 não necessitavam de ajuda para se vestir ou despir e 32 não necessitavam de ajuda alguma para usar o banheiro. Sendo assim, 88,57% destes pacientes apresentaram resultado igual ao da primeira entrevista, 11,43% obtiveram melhora e 0% piorou sua condição.

Lidar com o dinheiro não é algo fácil para pessoas em situação de dependência. Dos entrevistados, 15 deles não eram capazes de lidar com o próprio dinheiro, 12 deles conseguem gerenciar o próprio dinheiro e oito deles gerenciam apenas pequenas compras. A análise mostrou que 48,57% apresentaram resultado igual ao inicial, 37,14% apresentaram melhora em lidar com o próprio dinheiro e 14,29% pioraram sua capacidade em lidar com o próprio dinheiro.

4.4. Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas

Os pacientes foram perguntados sobre todas as drogas utilizadas ao menos uma vez na vida. Dentre as drogas utilizadas, destacam-se o álcool e o tabaco, sendo o álcool a principal com 100% de uso dos entrevistados, tabaco com 84% e maconha com 68%, seguidos por cocaína 61%, solventes e inalantes 43%, crack 41%.

Os dados coletados, sobre o padrão de consumo tanto de álcool como de outras drogas, encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7- Padrão de Consumo de Álcool e outras drogas			
Variáveis	Categorias	Frequência	Porcentagem
Drogas utilizadas	Álcool	44	100%
	Tabaco e derivados	37	84%
	Maconha/Haxixe/Skank	30	68%
	Solventes ou Inalantes	19	43%
	Cocaína	27	61%
	Merla	16	36%
	Crack	18	41%
	Alucinógenos	6	14%
	Calmantes/Ansiolíticos	17	39%
	Heroína	1	2%
	Anfetaminas	5	11%
	Sintéticas	6	14%

Fonte: Pesquisa, 2017.

4.5. Frequência do Uso de Drogas

Quanto a frequência do uso nos últimos 30 dias, 17 relataram utilizarem álcool todos os dias, 6 deles afirmaram usar de 3 a 4 vezes por semana, 5 não utilizaram nenhuma vez, 4 utilizaram 1 ou 2 vezes, 3 utilizaram 1 ou 2 vezes no mês. Analisando a frequência de uso do álcool no mês entre a primeira e segunda entrevista, foi observada uma melhora de 25,71% dos pacientes, 71,43% demonstraram igual frequência e 2,86% pioraram.

Em relação à frequência no consumo de tabaco e derivados 17 dos pacientes consumiam diariamente, 11 deles não consumiram nenhuma vez nos últimos 30 dias, 74,29% apresentaram resultado igual ao inicial, 20% melhoraram e 5,71% pioraram.

Quando questionados sobre a frequência de uso de Maconha/Haxixe/Skank 17 não utilizaram nenhuma vez nos últimos 30 dias, representando 68,57% igual frequência a anterior, 22,86% melhoraram e 8,57% pioraram. As demais drogas utilizadas demonstraram pouca relevância na questão de uso nos últimos 30 dias (Tabelas 8a, 8b).

Na tabela 8b, observa-se que o Crack não foi utilizado nenhuma vez por 25 dos pacientes, 5 deles utilizaram diariamente o Crack. Um percentual de 74,29% obteve resultado igual ao inicial, 25,71% melhoraram. Alucinógenos não foram usados nenhuma vez por 34 dos pacientes, 1 deles usou uma ou duas vezes no mês. Assim, 97,14% obtiveram resultado igual ao inicial, 2,86% melhoraram. Calmantes/Ansiolíticos não foram utilizados nenhuma vez no mês por 30 pacientes, por 4 pacientes 1 ou 2 vezes no mês. A análise mostrou melhora no consumo destas drogas de 14,29% dos entrevistados e resultados iguais aos iniciais em

85,71% dos casos. As demais drogas utilizadas demonstraram pouca relevância na questão de uso nos últimos 30 dias.

Tabela 8a - Frequência de uso de drogas

Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Álcool	Últimos 30 dias						
	Nenhuma vez	5	12				
	1 ou 2 vezes	4	5				
	1 ou 2 vezes por semana	3	2	2.86%	25.71%	71.43%	0,016
	3 a 4 vezes por semana	6	5				
Diariamente, ou dia sim e outro não	17	11					
Tabaco e Derivados	Nenhuma vez	11	13				
	1 ou 2 vezes	2	4				
	1 ou 2 vezes por semana	2	2	5.71%	20.00%	74.29%	0,005
	3 a 4 vezes por semana	3	1				
	Diariamente, ou dia sim e outro não	17	15				
Maconha/Haxixe/Skank	Nenhuma vez	17	23				
	1 ou 2 vezes	4	3				
	1 ou 2 vezes por semana	0	0	8.57%	22.86%	68.57%	0,040
	3 a 4 vezes por semana	5	5				
	Diariamente, ou dia sim e outro não	9	4				
Solventes ou Inalantes	Nenhuma vez	31	35				
	1 ou 2 vezes	1	0				
	1 ou 2 vezes por semana	2	0	0%	11.43%	88.57%	<0,001
	3 a 4 vezes por semana	0	0				
	Diariamente, ou dia sim e outro não	1	0				
Cocaína	Nenhuma vez	26	30				
	1 ou 2 vezes	1	0				
	1 ou 2 vezes por semana	2	1	5.71%	11.43%	82.86%	<0,001
	3 a 4 vezes por semana	4	1				
	Diariamente, ou dia sim e outro não	2	3				
Merla	Nenhuma vez	35	35				
	1 ou 2 vezes	0	0				
	1 ou 2 vezes por semana	0	0	0%	0%	100%	<0,001
	3 a 4 vezes por semana	0	0				
	Diariamente, ou dia sim e outro não	0	0				

Fonte: Pesquisa, 2017.

Tabela 8b - Frequência de uso de drogas

Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Crack	Últimos 30 dias						
	Nenhuma vez	25	34				
	1 ou 2 vezes	4	1				
	1 ou 2 vezes por semana	1	0	0%	25.71%	74.29%	0,0059
	3 a 4 vezes por semana	1	0				
Diariamente, ou dia sim e outro não	5	0					
Alucinógenos	Nenhuma vez	34	35				
	1 ou 2 vezes	1	0				
	1 ou 2 vezes por semana	0	0	0%	2.86%	97.14%	<0,001
	3 a 4 vezes por semana	0	0				
	Diariamente, ou dia sim e outro não	0	0				
Calmanantes/Ansiolíticos	Nenhuma vez	30	35				
	1 ou 2 vezes	4	0				
	1 ou 2 vezes por semana	1	0	0%	14.29%	85.71%	<0,001
	3 a 4 vezes por semana	0	0				
	Diariamente, ou dia sim e outro não	0	0				
Heroína	Nenhuma vez	35	35				
	1 ou 2 vezes	0	0				
	1 ou 2 vezes por semana	0	0	0%	0%	100%	<0,001
	3 a 4 vezes por semana	0	0				
	Diariamente, ou dia sim e outro não	0	0				
Anfetaminas	Nenhuma vez	34	34				
	1 ou 2 vezes	0	0				
	1 ou 2 vezes por semana	0	0	2.86%	2.86%	94.29%	<0,001
	3 a 4 vezes por semana	0	0				
	Diariamente, ou dia sim e outro não	1	1				
Drogas Sintéticas	Nenhuma vez	34	35				
	1 ou 2 vezes	1	0				
	1 ou 2 vezes por semana	0	0	0%	2.86%	97.14%	<0,001
	3 a 4 vezes por semana	0	0				
	Diariamente, ou dia sim e outro não	0	0				

Fonte: Pesquisa, 2017.

4.6. Quantidade Utilizada de Álcool e outras Drogas

Quanto à quantidade de álcool e outras drogas utilizadas nos últimos 30 dias (Tabela 9a), 25 pacientes consumiram álcool mais que 10 unidades todas as vezes em que era consumida. A análise mostrou uma melhora no consumo de 28,57% entre a primeira e a

segunda entrevista, uma piora de 2,86% e se mantiveram em um padrão igual de consumo um total de 68,57% dos entrevistados.

Tabela 9a - Quantidade utilizada de álcool e outras drogas

Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Álcool	Últimos 30 dias						
	Nenhuma vez	5	12				
	Até 1 unidade	0	0				
	2 a 4 unidades	2	3	2.86%	28.57%	68.57%	0,040
	5 a 7 unidades	2	2				
	8 a 10 unidades	1	1				
	Mais que 10 unidades	25	17				
Tabaco e Derivados	Nenhuma vez	10	13				
	Até 1 unidade	14	11				
	2 a 4 unidades	2	1	17.14%	20.00%	62.86%	0,175
	5 a 7 unidades	1	3				
	8 a 10 unidades	0	1				
	Mais que 10 unidades	8	6				
Maconha/Haxixe/Skank	Nenhuma vez	17	22				
	Até 1 unidade	3	2				
	2 a 4 unidades	6	5	14.29%	22.86%	62.86%	0,175
	5 a 7 unidades	3	3				
	8 a 10 unidades	1	1				
	Mais que 10 unidades	5	2				
Solventes ou Inalantes	Nenhuma vez	30	34				
	Até 1 unidade	3	1				
	2 a 4 unidades	0	0	2.86%	14.29%	82.86%	<0,001
	5 a 7 unidades	1	0				
	8 a 10 unidades	1	0				
	Mais que 10 unidades	0	0				
Cocaína	Nenhuma vez	25	31				
	Até 1 unidade	1	1				
	2 a 4 unidades	2	1	2.86%	20.00%	77.14%	0,002
	5 a 7 unidades	0	0				
	8 a 10 unidades	0	0				
	Mais que 10 unidades	7	2				
Merla	Nenhuma vez	35	34				
	Até 1 unidade	0	1				
	2 a 4 unidades	0	0	2.86%	0%	97.14%	<0,001
	5 a 7 unidades	0	0				
	8 a 10 unidades	0	0				
	Mais que 10 unidades	0	0				

Fonte: Pesquisa, 2017.

Tabela 9b - Quantidade utilizada de álcool e outras drogas

Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Crack	Últimos 30 dias						
	Nenhuma vez	24	33				
	Até 1 unidade	2	1				
	2 a 4 unidades	3	1	0%	28.57%	71.43%	0,017
	5 a 7 unidades	2	0				
	8 a 10 unidades	1	0				
	Mais que 10 unidades	3	0				
Alucinógenos	Nenhuma vez	33	34				
	Até 1 unidade	2	1				
	2 a 4 unidades	0	0	2.86%	5.71%	91.43%	<0,001
	5 a 7 unidades	0	0				
	8 a 10 unidades	0	0				
	Mais que 10 unidades	0	0				
Calmantes/Ansiolíticos	Nenhuma vez	30	34				
	Até 1 unidade	1	1				
	2 a 4 unidades	3	0	2.86%	14.29%	82.86%	<0,001
	5 a 7 unidades	0	0				
	8 a 10 unidades	1	0				
	Mais que 10 unidades	0	0				
Heroína	Nenhuma vez	34	34				
	Até 1 unidade	1	1				
	2 a 4 unidades	0	0	2.86%	2.86%	94.29%	<0,001
	5 a 7 unidades	0	0				
	8 a 10 unidades	0	0				
	Mais que 10 unidades	0	0				
Anfetaminas	Nenhuma vez	35	33				
	Até 1 unidade	0	2				
	2 a 4 unidades	0	0	5.71%	0%	94.29%	<0,001
	5 a 7 unidades	0	0				
	8 a 10 unidades	0	0				
	Mais que 10 unidades	0	0				
Drogas Sintéticas	Nenhuma vez	33	34				
	Até 1 unidade	1	1				
	2 a 4 unidades	1	0	2.86%	5.71%	91.43%	<0,001
	5 a 7 unidades	0	0				
	8 a 10 unidades	0	0				
	Mais que 10 unidades	0	0				

Fonte: Pesquisa, 2017

Os usuários de Tabaco e derivados mantiveram igual padrão 62,86%, melhora 20% e piora 17,14%. Aqueles que utilizaram Maconha/Haxixe/Skank mantiveram igual padrão 62,86%, melhora 22,86% e piora 14,29%. Os que usaram Solventes ou Inalantes mantiveram igual padrão em 82,86% dos casos, melhora 14,29% e piora 2,86%. Aqueles que consumiram Cocaína mantiveram igual padrão em 77,24% dos entrevistados, melhora em 20% e piora em 2,86%. Aqueles que utilizaram Merla 97,14% mantiveram igual padrão, piora 2,86% e melhora 0% (Tabela 9a).

Na Tabela 9b quanto à quantidade de álcool e outras drogas utilizadas nos últimos 30 dias, por vez utilizada, aqueles que utilizaram Crack mantiveram igual padrão 71,43%, melhora 28,75% e piora 0%. Aqueles que utilizaram Alucinógenos mantiveram igual padrão 91,43%, melhora 5,71% e piora 2,86%.

Aqueles que utilizaram Calmantes/Ansiolíticos mantiveram igual padrão 82,86%, melhora 14,29% e piora 2,86%. Aqueles que utilizaram Heroína mantiveram igual padrão 94,29%, melhora 2,86% e piora 2,86%. Aqueles que utilizaram Anfetaminas mantiveram igual padrão 94,29%, melhora 0% e piora 5,71%. Aqueles que utilizaram Drogas Sintéticas mantiveram igual padrão 91,43%, melhora 5,71% e piora 2,86%.

4.7. Droga Principal de Uso

Quanto à distribuição dos usuários segundo a substância de uso (tabela 10), a principal droga - problema foi o álcool que representou 45,71% dos casos, seguido por Crack 25,71%, maconha 8,57%, cocaína aspirada 8,57%, Tabaco e Derivados 8,57% e Merla 2,86%.

Para a segunda droga problema, o álcool representou 22,86% dos casos, seguido pela maconha em 14,29%, o Tabaco e Derivados em 11,43%, o Crack 5,71%, os Solventes 2,86%, a Cocaína 2,86%, a Merla em 2,86% e 40% não tem problema com outra droga. O que muda em relação a segunda entrevista, o Álcool ainda é o principal tendo uma variação em 37,14% o Tabaco com segundo 17,14%, Maconha/Haxixe/Skank e Cocaína com igual valores 11,43% e o Crack com 8,57%.

Tabela 10 - Drogas de Dependência

Variáveis	Frequência		Porcentagem	
	Antes	Depois	Antes	Depois
Principal				
Álcool	16	13	45,71%	37,14%
Tabaco e Derivados	3	6	8,57%	17,14%
Maconha/Haxixe/Skank	3	4	8,57%	11,43%
Solventes ou Inalantes	0	0	-	-
Cocaína	3	4	8,57%	11,43%
Merla	1	0	2,86%	-
Crack	9	3	25,71%	8,57%
Alucinógenos	0	0	-	-
Calmantes/Ansiolíticos	0	0	-	-
Heroína	0	0	-	-
Anfetaminas	0	1	-	2,86%
Drogas Sintéticas	0	0	-	-
Secundária				
Álcool	8	7	22,86%	20,00%
Tabaco e Derivados	4	2	11,43%	5,71%
Maconha/Haxixe/Skank	5	5	14,29%	14,29%
Solventes ou Inalantes	1	0	2,86%	-
Cocaína	1	0	2,86%	-
Merla	1	0	2,86%	-
Crack	2	2	5,71%	5,71%
Alucinógenos	0	0	-	-
Calmantes/Ansiolíticos	0	0	-	-
Heroína	0	0	-	-
Anfetaminas	0	0	-	-
Drogas Sintéticas	0	0	-	-
Não tem problema com outra droga	14	17	40,00%	48,57%

Fonte: Pesquisa, 2017.

4.8. Problemas associados ao uso de Álcool e outras Drogas

Na tabela 11a foram listados diversos problemas enfrentados pelos pacientes no dia a dia nas convivências entre amigos e familiares. Quando questionados sobre o número de vezes que foram **incapazes de realizar tarefas ou estudar para algum teste**, 16 deles responderam em nenhuma vez, 6 uma a três vezes e 13 mais de três vezes. Na segunda entrevista, 65,71% mantiveram igual afirmação, 31,43% obtiveram melhora em seu comportamento e 2,86% pioraram seu comportamento.

Quando questionados sobre o número de vezes que **brigou, agiu mal ou fez coisas erradas**, 16 deles responderam nenhuma vez, 13 mais de três vezes e 6 uma a três vezes. Na segunda entrevista 54,29% mantiveram igual afirmação, 40% obtiveram melhora em seu comportamento e 5,71% pioraram seu comportamento.

Em relação ao número de vezes que **perdeu bens gastando com drogas**, 19 responderam ter ocorrido mais de três vezes, 8 deles responderam em nenhuma vez e 8 uma a três vezes. Na segunda entrevista 28,57% mantiveram igual afirmação, 65,71% obtiveram melhora em seu comportamento e 5,71% pioraram seu comportamento, o que gerou uma melhora estatisticamente significativa (p -valor < 0,05).

Sobre o número de vezes que **foi a algum compromisso sob efeito de drogas**, 15 deles responderam que em mais de três vezes, 12 deles responderam em nenhuma vez e 8 uma a três vezes. Na segunda entrevista, 48,57% obtiveram melhora em seu comportamento, 45,71% mantiveram igual afirmação e 5,71% pioraram seu comportamento.

Quando questionados sobre o número de vezes que **causou vergonha ou constrangimento a alguém**, 15 deles responderam em nenhuma vez, 15 mais de três vezes e 5 uma a três vezes. Na segunda entrevista 45,71% mantiveram igual afirmação, 42,86% obtiveram melhora em seu comportamento e 11,43% pioraram seu comportamento.

Relativamente ao número de vezes que **não cumpriu com suas responsabilidades**, 23 pacientes responderam que em mais de três vezes, 7 deles responderam em nenhuma vez e 5 uma a três vezes. Na segunda entrevista 65,71% obtiveram melhora em seu comportamento, 34,29% mantiveram igual afirmação e 0% pioraram seu comportamento.

Sobre o número de vezes que **algum familiar ou amigo te evitou**, 20 dos pacientes responderam que em mais de três vezes, 12 deles responderam em nenhuma vez, e 3 uma a três vezes. Na segunda entrevista 42,86% mantiveram igual afirmação, 51,43% obtiveram melhora em seu comportamento e 5,71% pioraram seu comportamento.

Tabela 11a- Problemas Resultantes do Uso de drogas							
Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Incapaz de realizar tarefas ou estudar para prova	Nenhuma	16	21				
	Uma a três vezes	6	9	2.86%	31.43%	65.71%	0,089
	Mais de três vezes	13	5				
Brigou, agiu mal ou fez coisas erradas	Nenhuma	16	21				
	Uma a três vezes	6	13	5.71%	40.00%	54.29%	0,735
	Mais de três vezes	13	1				
Perdeu bens gastando com drogas	Nenhuma	8	18				
	Uma a três vezes	8	16	5.71%	65.71%	28.57%	0,016
	Mais de três vezes	19	1				
Foi a algum compromisso sob efeito de drogas	Nenhuma	12	20				
	Uma a três vezes	8	12	5.71%	48.57%	45.71%	0,735
	Mais de três vezes	15	3				
Causou vergonha ou constrangimento a alguém	Nenhuma	15	20				
	Uma a três vezes	5	13	11.43%	42.86%	45.71%	0,735
	Mais de três vezes	15	2				
Não cumpriu com suas responsabilidades	Nenhuma	7	20				
	Uma a três vezes	5	13	0%	65.71%	34.29%	0,089
	Mais de três vezes	23	2				
Algum familiar ou amigo te evitou	Nenhuma	12	21				
	Uma a três vezes	3	12	5.71%	51.43%	42.86%	0,499
	Mais de três vezes	20	2				

Fonte: Pesquisa, 2017.

Na tabela 11b foram listados diversos problemas enfrentados pelos pacientes no dia a dia nas convivências entre amigos e familiares. Quando questionados sobre o número de vezes que **sentiu que precisava de mais drogas para sentir o mesmo efeito**, 21 dos pacientes responderam que em mais de três vezes, 8 deles responderam em nenhuma vez e 6 uma a três vezes. Na segunda entrevista 31,43% mantiveram igual afirmação, 60% obtiveram melhora em seu comportamento e 8,57% pioraram seu comportamento o que representou uma melhora significativa (p -valor < 0,05).

Em relação ao número de vezes que **tentou controlar usando somente em alguns momentos e em poucos lugares**, 21 destes responderam que em mais de três vezes e 10 uma

a três vezes e 1 deles responderam em nenhuma vez. Na segunda entrevista 71,43% obtiveram melhora em seu comportamento 25,71% mantiveram igual afirmação e 2,86% pioraram seu comportamento o que representa uma melhora estatisticamente significativa (p -valor < 0,05).

Quando questionados sobre o número de vezes que **teve sintomas de abstinência por ter parado de usar droga**, 20 deles responderam que em mais de três vezes, 5 deles responderam em nenhuma vez e 10 uma a três vezes. Na segunda entrevista 42,86% mantiveram igual afirmação, 51,43% obtiveram melhora em seu comportamento e 5,71% pioraram seu comportamento.

Sobre o número de vezes **que notou mudança de personalidade**, 21 deles responderam em mais de três vezes, 9 deles responderam em nenhuma vez e 5 uma a três vezes. Na segunda entrevista, 48,57% obtiveram melhora em seu comportamento, 45,71% mantiveram igual afirmação e 5,71% pioraram seu comportamento.

Quando questionados sobre o número de vezes que **percebeu que tinha problemas na realização de tarefas em geral**, 12 deles responderam em nenhuma vez, 17 mais de três vezes e 5 uma a três vezes. Na segunda entrevista 51,43% mantiveram igual afirmação, 40% obtiveram melhora em seu comportamento e 8,57% pioraram seu comportamento.

Questionados em relação ao número de vezes **que perdeu um dia (ou meio) da escola ou trabalho**, 18 deles responderam em mais de três vezes, 12 uma a três vezes e 2 deles responderam em nenhuma vez. Na segunda entrevista 48,57% obtiveram melhora em seu comportamento, 40% mantiveram igual afirmação e 11,43% pioraram seu comportamento.

Em relação ao número de vezes **que tentou parar de usar**, 21 deles responderam que em mais de três vezes, 12 uma a três vezes e 2 deles responderam em nenhuma vez. Na segunda entrevista 40% mantiveram igual afirmação, 54,29% obtiveram melhora em seu comportamento e 5,71% pioraram seu comportamento.

Tabela 11b- Problemas Resultantes do Uso de drogas

Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Sentiu que precisava de mais drogas para sentir o mesmo efeito	Nenhuma	8	21				
	Uma a três vezes	6	10	8.57%	60%	31.43%	0,040
	Mais de três vezes	21	4				
Tentou controlar o uso, usando somente em alguns momentos e em poucos lugares	Nenhuma	1	22				
	Uma a três vezes	10	7	2.86%	71.43%	25.71%	0,005
	Mais de três vezes	24	6				
Teve sintomas de abstinência por ter parado de usar droga	Nenhuma	5	17				
	Uma a três vezes	10	10	5.71%	51.43%	42.86%	0,499
	Mais de três vezes	20	8				
Notou mudança de personalidade	Nenhuma	9	17				
	Uma a três vezes	5	11	5.71%	48.57%	45.71%	0,735
	Mais de três vezes	21	7				
Percebeu que tinha problemas na realização de tarefas em geral	Nenhuma	12	18				
	Uma a três vezes	6	12	8.57%	40%	51.43%	1
	Mais de três vezes	17	5				
Perdeu um dia (ou meio) da escola ou trabalho	Nenhuma	12	18				
	Uma a três vezes	5	11	11.43%	48.57%	40%	0,310
	Mais de três vezes	18	6				
Tentou parar de usar	Nenhuma	2	14				
	Uma a três vezes	12	11	5.71%	54.29%	40%	0,310
	Mais de três vezes	21	10				

Fonte: Pesquisa, 2017.

Na tabela 11c foram listados diversos problemas enfrentados pelos pacientes no dia a dia nas convivências entre amigos e familiares. Quando questionados sobre o número de vezes que **de repente estava num lugar que não se lembrava de ter entrado**, 16 deles responderam em mais de três vezes 14 deles responderam em nenhuma vez e 5 uma a três vezes. Na segunda entrevista 42,86% mantiveram igual afirmação, 45,71% obtiveram melhora em seu comportamento e 11,43% pioraram seu comportamento.

Quando questionados sobre o número de vezes que **perdeu a consciência ou desmaiou após uso de álcool e outras drogas**, 22 deles responderam em nenhuma vez, 8 deles mais de três vezes e 5 uma a três vezes. Na segunda entrevista 48,57% mantiveram igual

afirmação, 31,43% obtiveram melhora em seu comportamento e 20% pioraram seu comportamento.

Questionados em relação ao número de vezes **que brigou ou discutiu com amigos ou alguém da família**, 13 deles responderam que mais de três vezes, 13 deles responderam em nenhuma vez e 9 uma a três vezes, na segunda entrevista 45,71% mantiveram igual afirmação, 45,71% obtiveram melhora em seu comportamento e 8,57% pioraram seu comportamento.

Relativamente ao número de vezes que **continuou usando álcool e outras drogas quando havia prometido a si mesmo que não faria mais o uso**, 28 deles responderam mais de três vezes, 5 deles uma a três vezes e 2 deles responderam em nenhuma vez. Na segunda entrevista, 74,29% obtiveram melhora em seu comportamento, 25,71% mantiveram igual afirmação e 0% pioraram seu comportamento o que representa uma melhora estatisticamente significativa (p -valor < 0,05).

Quando questionados sobre o número de vezes que **sentiu que estava ficando louco**, 17 deles responderam que em mais de três vezes, 15 deles responderam em nenhuma vez, e 3 uma a três vezes. Na segunda entrevista 48,57% mantiveram igual afirmação, 37,14% obtiveram melhora em seu comportamento e 14,28% pioraram seu comportamento.

Em relação ao número de vezes que **não foi capaz de se divertir como antes**, 21 deles responderam em nenhuma vez, 11 uma a três vezes e 3 mais de três vezes. Na segunda entrevista 51,43% mantiveram igual afirmação, 45,71% obtiveram melhora em seu comportamento e 2,86% pioraram seu comportamento.

Quando questionados sobre o número de vezes que **algum amigo, familiar ou vizinho disse para você diminuir ou parar de usar**, 32 deles responderam que em mais de três vezes, 1 de uma a três vezes e 2 deles responderam em nenhuma vez. Na segunda entrevista 85,71% obtiveram melhora em seu comportamento, 11,43% mantiveram igual afirmação e 2,86% pioraram seu comportamento o que representa uma melhora significativa (p -valor < 0,05).

Tabela 11c- Problemas Resultantes do Uso de drogas

Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
De repente estava num lugar que não se lembrava de ter entrado	Nenhuma	14	20				
	Uma a três vezes	5	11	11.43%	45.71%	42.86%	0,499
	Mais de três vezes	16	4				
Perdeu a consciência ou desmaiou	Nenhuma	22	22				
	Uma a três vezes	5	11	20%	31.43%	48.57%	1
	Mais de três vezes	8	2				
Brigou ou discutiu com amigos ou alguém da família	Nenhuma	13	21				
	Uma a três vezes	9	11	8.57%	45.71%	45.71%	0,735
	Mais de três vezes	13	3				
Continuou usando quando havia prometido a si mesmo que não faria mais o uso	Nenhuma	2	21				
	Uma a três vezes	5	8	0%	74.29%	25.71%	0,006
	Mais de três vezes	28	6				
Sentiu que estava ficando louco	Nenhuma	15	20				
	Uma a três vezes	3	10	14.29%	37.14%	48.57%	1
	Mais de três vezes	17	5				
Não foi capaz de se divertir como antes	Nenhuma	21	20				
	Uma a três vezes	11	9	2.86%	45.71%	51.43%	1
	Mais de três vezes	3	6				
Algum amigo, familiar ou vizinho disse para você diminuir ou parar de usar	Nenhuma	2	23				
	Uma a três vezes	1	9	2.86%	85.71%	11.43%	<0,001
	Mais de três vezes	32	3				

Fonte: Pesquisa, 2017.

4.9. Procura por Tratamento

Alguns indivíduos haviam procurado tratamentos anteriores em instituições de tratamento não hospitalares. Do total dos entrevistados, 17 deles procuraram Instituições de Internação e 15 deles haviam procurado o CAPS pela primeira vez. Nos últimos 12 meses da pesquisa, 12 deles procuraram Instituições de Internação de 1 a 3 vezes, 6 de 1 a 3 vezes Grupos da Igreja, do Bairro ou AA e NA e 4 deles procuraram Unidades Básicas de Saúde de 1 a 3 vezes.

Tabela 12 - Tratamentos Procurados

Variáveis	Categorias	Frequência
Onde procurou tratamento antes do CAPS	Instituição de Internação	17
	Unidade Básica de Saúde	4
	Grupos de Igreja, do bairro ou AA e NA	10
	O CAPS é a primeira vez	15
Quantas vezes usaram os serviços para se tratar Últimos 12 meses		
Instituição de Internação	1 a 3 vezes	12
	4 a 6 vezes	1
	Mais de 6 vezes	3
Unidade Básica de Saúde	1 a 3 vezes	4
	4 a 6 vezes	0
	Mais de 6 vezes	0
Grupos da Igreja, do Bairro ou AA e NA	1 a 3 vezes	6
	4 a 6 vezes	1
	Mais de 6 vezes	3

Fonte: Pesquisa, 2017.

4.10. Violência

Na tabela 13a são apresentados os dados relacionados ao envolvimento dos pacientes com a criminalidade e com a violência. Entre eles, 16% cometeram algum tipo de infração penal, entre as quais se destacam com 16% agressão física, 14% acidente grave de trânsito, seguido de furtos ou roubo por 9%. Em alguns houve como consequência a privação de liberdade.

Quando questionados se **sob o efeito de drogas você já ameaçou ferir ou machucar alguém?** 16 responderam nunca terem tal comportamento, em segunda entrevista, 54,29% mantiveram comportamento, 42,86% melhoraram e 2,86% pioraram resposta.

Questionados se **sob o efeito de drogas você já se envolveu em algum acidente de carro ou moto?** 22 responderam nunca terem tal comportamento, em segunda entrevista, 71,43% mantiveram comportamento, 28,57% melhoraram e nenhum piorou sua resposta.

Indagados se **sob o efeito de drogas você já se feriu ou feriu alguém acidentalmente** 18 responderam nunca terem tal comportamento, em segunda entrevista, 57,14% dos entrevistados mantiveram comportamento, 40% melhoraram e 2,86% pioraram a resposta.

Tabela 13a- Violência

Variáveis	Categorias	Frequência	Porcentagem
Furto ou roubo	Nunca	37	84%
	Ao menos uma vez na vida	4	9%
	Últimos 12 meses	3	7%
Agressão física	Nunca	33	75%
	Ao menos uma vez na vida	7	16%
	Últimos 12 meses	4	9%
Porte de drogas	Nunca	34	77%
	Ao menos uma vez na vida	5	11%
	Últimos 12 meses	5	11%
Tráfico de drogas	Nunca	42	95%
	Ao menos uma vez na vida	2	5%
	Últimos 12 meses	1	2%
Homicídio	Nunca	43	98%
	Ao menos uma vez na vida	1	2%
	Últimos 12 meses	0	0%
Acidente grave de trânsito	Nunca	37	84%
	Ao menos uma vez na vida	6	14%
	Últimos 12 meses	1	2%
Porte ilegal de arma de fogo	Nunca	41	93%
	Ao menos uma vez na vida	3	7%
	Últimos 12 meses	0	0%
Outros	Nunca	36	82%
	Ao menos uma vez na vida	7	16%
	Últimos 12 meses	1	2%

Fonte: Pesquisa, 2017.

Quando questionados se **devido ao consumo de drogas você já teve uma discussão ou briga com amigos ou familiares?** 15 responderam ao menos uma vez na vida ter tido tal comportamento, em segunda entrevista, 45,71% melhoraram, 37,14% mantiveram o comportamento e 17,14% pioraram (Tabela 13b).

Tabela 13b- Violência

Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Sob o efeito de drogas vc já ameaçou ferir ou machucar alguém?	Nunca	16	31				
	Ao menos uma vez	13	1	2.86%	42.86%	54.29%	0,735
	Ao menos uma vez nos últimos 3 meses	6	3				
Sob o efeito de drogas vc já se envolveu em algum acidente de carro ou moto?	Nunca	22	32				
	Ao menos uma vez	11	2	0%	28.57%	71.43%	0,016
	Ao menos uma vez nos últimos 3 meses	1	1				
Sob o efeito de drogas vc já se feriu ou feriu alguém acidentalmente	Nunca	18	31				
	Ao menos uma vez	12	4	2.86%	40%	57.14%	0,499
	Ao menos uma vez nos últimos 3 meses	5	0				
Devido ao consumo de drogas vc já teve uma discussão ou briga com amigos ou familiares?	Nunca	8	23				
	Ao menos uma vez	15	3	17.14%	45.71%	37.14%	0,175
	Ao menos uma vez nos últimos 3 meses	12	9				

Fonte: Pesquisa, 2017.

4.11. Qualidade de Vida e Redes Sociais

A Tabela 14 está relacionada à Qualidade de Vida e Redes Sociais. Quanto à qualidade de vida, 22 deles responderam estarem insatisfeitos com sua saúde nos últimos 30 dias. Na segunda entrevista, 80% demonstraram igual satisfação, 14,29% melhoraram sua satisfação e 5,71% pioraram.

Quanto a qualidade de vida, 21 deles responderam estarem insatisfeitos com sua disposição para atividades diárias. Na segunda entrevista 71,43% demonstraram igual satisfação, 20% melhoraram sua satisfação e 8,57% pioraram.

Em relação a satisfação com seus amigos, 21 deles responderam estarem satisfeitos. Na segunda entrevista 57,14% demonstraram igual satisfação, 22,86% melhoraram satisfação e 20% pioraram sua resposta.

Quando questionados sobre o apoio emocional recebido por familiares e amigos, 15 deles responderam estarem insatisfeitos. Em segunda entrevista 48,57% demonstraram igual satisfação, 34,29% pioraram sua resposta e 17,14% melhoraram sua satisfação em relação ao apoio recebido.

Tabela 14 - Qualidade de Vida e Redes Sociais

Variáveis	Categoria	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Satisfação 30 dias	Insatisfeito	22	19				
	Satisfeito	12	15	5.71%	14.29%	80%	0,0005
	Muito satisfeito	1	1				
Disposição para atividades diárias	Insatisfeito	21	16				
	Satisfeito	13	17	8.57%	20%	71.43%	0,0166
	Muito satisfeito	1	2				
Com seu (sua) companheiro (a)	Insatisfeito	9	7				
	Satisfeito	12	17	20%	31.43%	48.57%	1
	Muito satisfeito	3	2				
	não tem	11	9				
Com seus amigos	Insatisfeito	13	12				
	Satisfeito	21	22	20%	22.86%	57.14%	0,49
	Muito satisfeito	1	1				
Apoio Emocional Família e Amigos	Insatisfeito	15	15				
	Satisfeito	12	18	34.29%	17.14%	48.57%	1
	Muito satisfeito	8	2				
Possibilidades de ter futuro feliz	Insatisfeito	12	10				
	Satisfeito	17	24	25.71%	17.14%	57.14%	0,49
	Muito satisfeito	6	1				
Sua paz de espírito, sua tranquilidade	Insatisfeito	20	12				
	Satisfeito	12	20	8.57%	28.57%	62.86%	0,175
	Muito satisfeito	3	3				
Realização de objetivos pessoais	Insatisfeito	24	11				
	Satisfeito	9	23	5.71%	40%	54.29%	0,735
	Muito satisfeito	2	1				
Aparência Pessoal	Insatisfeito	22	13				
	Satisfeito	11	21	14.29%	34.29%	51.43%	1
	Muito satisfeito	2	1				
Sua vida de um modo geral	Insatisfeito	16	14				
	Satisfeito	16	20	17.14%	17.14%	65.71%	0,09
	Muito satisfeito	3	1				

Fonte: Pesquisa, 2017.

Quando questionados sobre as possibilidades de ter futuro feliz, 17 deles responderam estarem satisfeitos nos últimos 30 dias. Em segunda entrevista, 57,14% demonstraram igual satisfação, 25,71% pioraram e 17,14% melhoraram satisfação.

Questionados sobre sua paz de espírito, sua tranquilidade, 20 deles responderam estarem insatisfeitos nos últimos 30 dias. Na segunda entrevista, 62,86% demonstraram igual satisfação, 28,57% melhoraram satisfação e 8,57% pioraram.

Quando perguntados sobre realização de objetivos pessoais, 24 deles responderam estarem insatisfeitos nos últimos 30 dias. Na segunda entrevista, 54,29% demonstraram igual satisfação, 40% melhoraram satisfação e 5,71% pioraram.

Quando questionados sobre sua aparência pessoal, 22 deles responderam estarem insatisfeitos nos últimos 30 dias. Na segunda entrevista, 51,43% demonstraram igual satisfação, 34,29% melhoraram satisfação e 14,29% pioraram.

Indagados sobre sua vida de um modo geral, 16 deles responderam estarem insatisfeitos nos últimos 30 dias. Na segunda entrevista 65,71% demonstraram igual satisfação, 17,14% melhoraram satisfação e 17,14% pioraram.

4.12. Saúde Física

Indagados sobre sua saúde física, os participantes da entrevista, classificaram sua saúde nos últimos 30 dias da seguinte forma. Do total, 12 responderam ser razoável e 23 deles responderam ter tido problemas clínicos e psiquiátricos nos últimos 30 dias. Na entrevista posterior, 20 deles responderam ter boa saúde e 17 mantiveram resposta sobre os problemas clínicos e psiquiátricos (Tabela 15).

Em relação a essa saúde refletir em suas atividades físicas e diárias, 16 deles responderam que sua saúde não limitava realizar quaisquer atividades vigorosas, 51,43% deles mantiveram resposta em segunda entrevista, 48,57% melhoraram e 0% piorou.

Em relação a essa saúde refletir em suas atividades físicas e diárias, 26 deles responderam que sua saúde não limitava realizar quaisquer atividades moderadas, 80% deles mantiveram resposta em segunda entrevista, 20% melhoraram e 0% piorou.

Em relação a essa saúde refletir em suas atividades físicas e diárias, 26 deles responderam que sua saúde não limitava realizar atividades como levantar e carregar compras. Do total de entrevistados, 74,29% deles manteve resposta em segunda entrevista, 22,86% melhoraram e 2,86% pioraram.

Tabela 15 - Saúde Física

Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Classificação de sua saúde últimos 30 dias	Excelente	1	1				
	Muito Boa	1	2				
	Boa	11	20				
	Razoável	12	9				
	Ruim	8	3				
	Não Sei	2	0				
Queixa de saúde últimos 30 dias	Não	4	6				
	Sim, clínicas	2	1				
	Sim, psiquiátricas	6	11				
	Sim, clínicas e psiquiátricas	23	17				
Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
Atividades Vigorosas	Limita muito	12	1				
	Limita um pouco	7	6	0%	48.57%	51.43%	1
	Não me limita	16	28				
Atividades Moderadas	Limita muito	4	0				
	Limita um pouco	5	5	0%	20%	80%	0,0005
	Não me limita	26	30				
Levantar e carregar compras	Limita muito	5	0				
	Limita um pouco	4	5	2.86%	22.86%	74.29%	0,006
	Não me limita	26	30				
Subir vários lances de escada	Limita muito	7	1				
	Limita um pouco	7	6	2.86%	31.43%	65.71%	0,089
	Não me limita	21	28				
Subir um lance de escada	Limita muito	4	1				
	Limita um pouco	2	5	2.86%	8.57%	88.57%	<0,001
	Não me limita	29	29				
Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Limita muito	8	1				
	Limita um pouco	3	4	2.86%	28.57%	68.57%	0,040
	Não me limita	24	30				
Andar longas distâncias (mais 1 km)	Limita muito	6	0				
	Limita um pouco	5	4	0%	25.71%	74.29%	0,006
	Não me limita	24	31				
Andar curtas distâncias (menos 1 km)	Limita muito	3	0				
	Limita um pouco	3	1	0%	14.29%	85.71%	0,022
	Não me limita	29	34				

Fonte: Pesquisa, 2017.

Em relação a essa saúde refletir em suas atividades físicas e diárias, 21 deles responderam que sua saúde não limitava subir vários lances de escada. Em 65,71% dos casos, a resposta em segunda entrevista foi mantida igual, 31,43% melhoraram e 2,86% pioraram sua resposta.

Indagados sobre sua saúde refletir em suas atividades físicas e diárias, 29 deles responderam que sua saúde não limitava subir um lance de escada. Dos participantes, 88,57% deles manteve resposta em segunda entrevista, 8,57% melhoraram e 2,86% pioraram, quando comparado à primeira entrevista.

Em relação a essa saúde refletir em suas atividades físicas e diárias, 24 deles responderam que sua saúde não limitava realizar quaisquer atividades tais como, curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se. Desse total, 68,57% deles manteve resposta em segunda entrevista, 28,57% melhoraram e 2,86% pioraram.

Quando perguntados sobre sua saúde refletir em suas atividades físicas e diárias, 24 deles responderam que sua saúde não limitava realizar quaisquer atividades como andar longas distâncias (mais 1 km). O percentual de 74,29% dos participantes manteve sua resposta em segunda entrevista, 25,71% melhoraram e 0% pioraram.

Em relação a essa saúde refletir em suas atividades físicas e diárias, 29 deles responderam que sua saúde não limitava realizar quaisquer atividades tais como, andar curtas distâncias (menos 1 km). Do total de entrevistados, 85,71% deles manteve resposta em segunda entrevista, 14,29% melhoraram e 0% pioraram.

4.13. Comportamento Sexual

Na tabela 16, no que concerne ao comportamento sexual, evidenciou-se que 27 deles não tiveram preocupação com atividade ou órgão sexual, 85,71% mantiveram igual resposta e 14,29% melhoraram. 21 deles não utilizavam preservativo, enquanto que 11 deles utilizavam algum método contraceptivo do tipo camisinha masculina. 32 dos entrevistados referiram nunca ter forçado ou ter sido forçado a ter relações sexuais. 28 deles nunca usaram álcool ou outras drogas para melhorar desempenho sexual.

Em relação a doenças pré-existentes, 29 não tinham doença alguma e 5 relataram ter pressão alta.

Tabela 16 - Comportamento Sexual							
Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Preocupação com atividade ou órgão sexual	Não teve	27	31				
	Algumas Vezes	2	2	0%	14.29%	85.71%	0,022
	Muitas Vezes	6	2				
Usa contraceptivos ou preventivos para DST's	Sim	13	16				
	Não	21	18	5.71%	11.43%	82.86%	<0,001
	As Vezes	1	1				
Uso de métodos contraceptivos ou preventivos	Camisinha Masculina	11	14				
	Camisinha Feminina	0	0				
	Coito Interrompido	0	0				
	Pílula Anticoncepcional	1	3				
	Anticoncepcional						
	Injetável	1	0				
	Tabelinha	0	0				
	Espermicida	0	0				
	Diafragma	0	0				
	Pílula do dia Seguinte	0	0				
	Outros	1	0				
Nunca tive relações sexuais	0	0					
Pularam a questão	21	18					
Forçou ou foi forçado a ter relações sexuais	Não	32	0				
	Sim, forcei	1	0				
	Sim, fui forçado	2	0				
Uso de álcool ou drogas para melhorar o desempenho sexual	Nunca	28	32				
	Algumas Vezes	4	3				
	Muitas Vezes	3	0				
Doenças pré-existentes	Pressão Alta	5	0				
	Diabetes	0	0				
	Hepatite	0	0				
	HIV	1	0				
	Nenhuma	29	0				

Fonte: Pesquisa, 2017.

4.14. Saúde Mental

Na tabela 17a foram realizadas perguntas concernentes à saúde mental. Os pacientes foram perguntados sobre comportamentos frequentes nos últimos 30 dias. Se estavam nervosos, tensos ou preocupados. Dos entrevistados, 15 relataram estar o tempo todo, em segunda entrevista 62,86% mantiveram igual resposta, 28,57% melhoraram e 8,57% pioraram. Se estavam sem esperança, 13 relataram estar o tempo todo. Em segunda entrevista 57,14% mantiveram igual resposta, 28,57% melhoraram 14,29% pioraram.

Se estavam inquietos ou agitados, 14 relataram estar o tempo todo, em segunda entrevista 51,43% mantiveram igual resposta, 40% melhoraram e 8,57% pioraram. Se estavam tão deprimidos que nada o animava, 12 relataram estar o tempo todo, em segunda entrevista 51,43% mantiveram igual resposta, 31,43% melhoraram e 17,14% pioraram. Se tudo era um esforço, 13 relataram estar o tempo todo, em segunda entrevista 48,57% mantiveram igual resposta, 31,43% melhoraram e 20% pioraram.

Se sentia sem valor, 11 relataram estar o tempo todo, em segunda entrevista 48,57% mantiveram igual resposta, 34,29% melhoraram e 17,14% pioraram. Sentiu-se com medo, com a sensação de que de que algo ruim fosse acontecer, 14 relataram estar o tempo todo, em segunda entrevista 48,57% mantiveram igual resposta, 37,14% melhoraram e 14,29% pioraram.

Se sentiu alegre, 10 relataram que nunca, em segunda entrevista 31,43% mantiveram igual resposta, 48,57% pioraram e 20% melhoraram o que representa uma mudança estatisticamente significativa no comportamento (p -valor < 0,05).

Sentiu-se capaz de alcançar seus objetivos, 10 relataram nunca, em segunda entrevista 37,14% melhoraram, 34,29% pioraram e 28,57% mantiveram igual resposta. Sentiu-se capaz de se relacionar com a maioria das pessoas, 15 relataram que o tempo todo, em segunda entrevista 42,86% manteve igual resposta, 31,43% melhoraram e 25,71% pioraram.

Na tabela 17b, ainda no quesito saúde mental, os pacientes responderam se sentiam tais sintomas nos últimos 30 dias. Em relação aos sintomas de dores de cabeça frequentes, 20 deles responderam não ter, na segunda entrevista 85,71% responderam igual resposta, 8,57% melhoraram e 5,71% responderam pior. Questionados sobre ter tido falta de apetite nos últimos 30 dias, 18 deles responderam sim, na segunda entrevista 57,14% responderam igual resposta, 25,71% melhoraram e 17,14% responderam pior.

Em relação ao padrão de sono, 26 deles responderam ter dormido mal nos últimos 30 dias. Na segunda entrevista 60% responderam igual resposta, 40% melhoraram e 0% pioraram.

Em relação assustar-se com facilidade, 18 deles responderam sim. Na segunda entrevista 65,71% responderam igual resposta, 28,57% melhoraram e 5,71% responderam pior.

Tabela 17a - Saúde Mental

Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Nervoso, tenso ou preocupado	O tempo todo	15	11				
	A maior parte do tempo	7	7	8.57%	28.57%	62.86%	0,1754
	Um pouco	14	16				
	Nunca	0	1				
Sem esperança	O tempo todo	13	7				
	A maior parte do tempo	4	5	14.29%	28.57%	57.14%	0,4995
	Um pouco	7	13				
	Nunca	11	10				
Inquieto ou agitado	O tempo todo	14	9				
	A maior parte do tempo	11	7	8.57%	40%	51.43%	1
	Um pouco	8	17				
	Nunca	2	2				
Tão deprimido que nada o animava	O tempo todo	12	7				
	A maior parte do tempo	5	5	17.14%	31.43%	51.43%	1
	Um pouco	10	16				
	Nunca	8	7				
Que tudo era um esforço	O tempo todo	13	7				
	A maior parte do tempo	5	4	20%	31.43%	48.57%	1
	Um pouco	7	17				
	Nunca	10	7				
Sem valor	O tempo todo	11	6				
	A maior parte do tempo	6	3	17.14%	34.29%	48,57%	1
	Um pouco	9	17				
	Nunca	9	7				
Sentiu medo, com a sensação de que algo ruim fosse acontecer	O tempo todo	14	5				
	A maior parte do tempo	7	5	14.29%	37.14%	48.57%	1
	Um pouco	8	20				
	Nunca	6	5				
Sentiu alegre	O tempo todo	5	6				
	A maior parte do tempo	8	4	48.57%	20%	31.43%	0,0409
	Um pouco	9	21				
	Nunca	10	3				
Capaz de alcançar seus objetivos	O tempo todo	8	5				
	A maior parte do tempo	8	8	34.29%	37.14%	28.57%	0,0166
	Um pouco	9	17				
	Nunca	10	5				
Sentiu capaz de se relacionar com a maioria das pessoas	O tempo todo	15	7				
	A maior parte do tempo	3	9	25.71%	31.43%	42.86%	0,4995
	Um pouco	6	15				
	Nunca	11	4				

Fonte: Pesquisa, 2017.

Em relação a apresentar tremores nas mãos, 22 deles responderam sim, na segunda entrevista 60% responderam igual resposta, 31,43% melhoraram e 8,57% responderam pior.

Em relação aos sintomas de má digestão, 19 deles responderam não, na segunda entrevista 68,57% responderam igual resposta, 17,14% melhoraram e 14,29% responderam pior.

Em relação à dificuldade de pensar com clareza, 21 deles responderam sim, na segunda entrevista 48,57% responderam igual resposta, 34,29% melhoraram e 17,14% responderam pior.

Se sentem-se triste ultimamente, 30 deles responderam sim, na segunda entrevista, 51,43% melhoraram, 45,71% responderam igual resposta e 2,86% responderam pior.

Se tem chorado com facilidade, 23 deles responderam sim. Na segunda entrevista 57,14% responderam igual resposta, 37,14% melhoraram e 5,71% responderam pior.

Em relação encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias, 21 deles responderam sim, na segunda entrevista 51,43% responderam igual resposta, 37,14% melhoraram e 11,43% responderam pior.

Se tiveram dificuldades de tomar decisões, 23 deles responderam sim, na segunda entrevista 48,57% responderam igual resposta, 40% melhoraram e 11,43% responderam pior.

Em relação à dificuldade no serviço, 19 deles responderam não, na segunda entrevista 54,29% responderam igual resposta, 28,57% melhoraram e 17,14% responderam pior.

Na tabela 17c são apresentados dados sobre a saúde mental dos pacientes. Quando questionados sobre ser incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida, 22 deles responderam não, na segunda entrevista 57,14% responderam igual resposta, 25,71% melhoraram e 17,14% responderam pior.

Em relação a ter perdido o interesse pelas coisas, 22 deles responderam sim, na segunda entrevista 45,71% responderam igual resposta, 40% melhoraram e 14,29% responderam pior.

Quando questionados sobre ter tido ideias de acabar com sua vida, 18 deles responderam não, na segunda entrevista 65,71% responderam igual resposta, 22,86% melhoraram e 11,43% responderam pior.

Tabela 17b - Saúde Mental							
Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
Tem dores de cabeça frequentes	Sim	15	14	5.71%	8.57%	85.71%	0,224
	Não	20	21				
Tem falta de apetite	Sim	18	15	17.14%	25.71%	57.14%	0,4995
	Não	17	20				
Dorme Mal	Sim	26	12	0%	40%	60%	0,3105
	Não	9	23				
Assusta-se com facilidade	Sim	18	10	5.71%	28.57%	65.71%	0,0895
	Não	17	25				
Tem tremores nas mãos	Sim	22	14	8.57%	31.43%	60%	0,3105
	Não	13	21				
Tem má digestão	Sim	16	15	14.29%	17.14%	68.57%	0,0409
	Não	19	20				
Dificuldade de pensar com clareza	Sim	21	15	17.14%	34.29%	48.57%	1
	Não	14	20				
Tem se sentido triste	Sim	30	13	2.86%	51.43%	45.71%	0,7358
	Não	5	22				
Tem chorado com facilidade	Sim	23	12	5.71%	37.14%	57.14%	0,4995
	Não	12	23				
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias	Sim	21	12	11.43%	37.14%	51.43%	1
	Não	14	23				
Tem dificuldades de tomar decisões	Sim	23	13	11.43%	40%	48.57%	1
	Não	12	22				
Tem dificuldades no serviço	Sim	16	12	17.14%	28.57%	54.29%	0,7358
	Não	19	23				

Fonte: Pesquisa, 2017.

Em relação a sentir-se cansado o tempo todo, 19 deles responderam sim, na segunda entrevista 65,71% responderam igual resposta, 25,71% melhoraram e 8,57% responderam pior.

Em relação a ter sensações desagradáveis no estômago, 20 deles responderam sim, na segunda entrevista 68,57% responderam igual resposta, 22,86% melhoraram e 8,57% responderam pior.

Quando questionados sobre cansar-se com facilidade, 18 deles responderam sim. Na segunda entrevista 71,43% responderam igual resposta, 22,86% melhoraram e 5,71% responderam pior.

Tabela 17c - Saúde Mental							
Variáveis	Categorias	Frequência		Pior	Melhor	Igual	p-valor
		Antes	Depois				
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	Sim	13	10	17.14%	25.71%	57.14%	0,4995
	Não	22	25				
Tem perdido interesse pelas coisas	Sim	22	13	14.29%	40%	45.71%	0,7358
	Não	13	22				
Tem tido ideias de acabar com sua vida	Sim	17	13	11.43%	22.86%	65.71%	0,0895
	Não	18	22				
Sente-se cansado o tempo todo	Sim	19	13	8.57%	25.71%	65.71%	0,0895
	Não	16	22				
Tem sensações desagradáveis no estômago	Sim	20	15	8.57%	22.86%	68.57%	0,0409
	Não	15	20				
Cansa-se com facilidade	Sim	18	12	5.71%	22.86%	71.43%	0,0166
	Não	17	23				
Que tem alguém que lhe quer fazer mal	Sim	22	17	0%	14.29%	85.71%	0,224
	Não	13	18				
Você é alguém mais importante do que a maioria das pessoas pensa	Sim	17	20	20%	11.43%	68.57%	0,0409
	Não	18	15				
Tem notado alguma interferência ou outro problema estranho com seu pensamento	Sim	16	19	20%	11.43%	68.57%	0,0409
	Não	19	26				
Ouve vozes que não sabe de onde vem ou que outras pessoas não ouvem	Sim	15	13	14.29%	20%	65.71%	0,0895
	Não	20	22				
Vê vultos ou coisas que as outras pessoas não são capazes de ver	Sim	16	15	14.29%	17.14%	68.57%	0,0409
	Não	19	20				

Fonte: Pesquisa, 2017.

Em relação a ter alguém que lhe quer fazer mal, 22 deles responderam sim, na segunda entrevista 85,71% responderam igual resposta, 14,29% melhoraram e 0% responderam pior.

Quando questionados sobre você é alguém mais importante do que a maioria das pessoas pensam, 20 deles responderam sim, na segunda entrevista 68,57% responderam igual resposta, 20% responderam pior e 11,43% melhoraram.

Em relação a ter notado alguma interferência ou outro problema estranho com seu pensamento, 19 deles responderam não, na segunda entrevista 68,57% responderam igual resposta, 11,43% melhoraram e 20% responderam pior.

Quando indagados sobre ouvir vozes que não sabe de onde vêm ou que outras pessoas não ouvem, 20 deles responderam não, na segunda entrevista 65,71% responderam igual resposta, 20% melhoraram e 14,29% pioraram sua resposta.

Sobre ver vultos ou coisas que as outras pessoas não são capazes de ver, 19 deles responderam não, na segunda entrevista 68,57% responderam igual resposta, 17,14% melhoraram e 14,29% responderam pior.

4.15. Satisfação com os Serviços e Recursos

Na Tabela 18a, os pacientes foram questionados sobre qual foi o nível de dificuldade encontrada para se deslocar para o CAPSad. Ao total, 43% dos pacientes responderam ser fácil. Na segunda entrevista 49% dos pacientes responderam fácil.

Tabela 18a - Satisfação com serviços e Recursos

Variáveis	Categorias	Frequência		Porcentagem	
		Antes	Depois	Antes	Depois
Qual é o nível de dificuldade para você se deslocar ao CAPS?	Difícil	13	15	37%	43%
	Mais ou Menos	7	3	20%	9%
	Fácil	15	17	43%	49%

Fonte: Pesquisa, 2017.

Na Tabela 18b os pacientes foram questionados sobre o motivo pelo qual estavam buscando o tratamento. 49% deles responderam ser pela falta de qualidade de vida, 43% deles responderam a busca pelo tratamento foi motivada pelo interesse em abandonar os vícios. Porque buscaram o tratamento naquele momento? 37% deles responderam ser por motivos familiares. Quando questionados sobre as expectativas do tratamento, 63% responderam serem as melhores e que nos próximos três meses 46% esperavam arrumar um emprego.

Tabela 18b - Satisfação com serviços e Recursos

Variáveis	Categorias	Frequência	Porcentagem
Por que você veio buscar tratamento no CAPS?	Autocontrole	4	11%
	Falta de qualidade de vida	17	49%
	Medo	0	0%
	Perdas Materiais	1	3%
	Perda Familiar	9	26%
	Abandonar os vícios	15	43%
	Ser liberto	1	3%
Por que você decidiu vir agora?	Motivo Familiar	13	37%
	Perdas	6	17%
	Falta de Compromisso	1	3%
	Influência Familiar/amigos	7	20%
	Sem motivos específicos	9	26%
	Não soube explicar	5	14%
	Medida Judicial	4	11%
Quais são suas expectativas com relação ao serviço e ao tratamento que irá receber?	Melhoras	22	63%
	Se libertar	2	6%
	Controlar	1	3%
	Parar	11	31%
	Mudanças de vida	13	37%
	Nenhuma	2	6%
O que você gostaria que melhorasse na sua vida/saúde após 3 meses de tratamento?	Convivência familiar	11	31%
	Saúde	11	31%
	Qualidade de vida	10	29%
	Controla o uso	1	3%
	Parar	15	43%
	Arrumar emprego	16	46%
Tudo	5	14%	

Fonte: Pesquisa, 2017.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou identificar o perfil epidemiológico, os principais problemas de saúde, as principais substâncias psicoativas utilizadas, bem como padrões alimentares e de redes sociais entre os pacientes portadores de transtornos psicossociais atendidos pelo CAPSad, na Cidade de Ceilândia- Brasília- DF.

Da amostra inicial para a final foram perdidos 9 participantes, dos quais 6 participantes eram moradores de rua e não foi possível sua localização e 3 faleceram.

Em estudo realizado numa cidade do Piauí, concordando com a pesquisa realizada, também foi observada maior prevalência dos atendimentos com pacientes do sexo masculino. Provavelmente, essa observação, é devido a esse serviço de saúde atender principalmente os transtornos relacionados ao alcoolismo e outras drogas, que são mais frequentes entre os homens (Freitas; Silva; Araújo, 2012).

Dos entrevistados, 3 a cada 4 se encontravam na faixa etária entre 30 a 49 anos, o que está em concordância com outros estudos realizados em todo território nacional. Isto demonstra que a maioria dos pacientes entrevistados estão em faixa etária de pessoas economicamente ativas. Estudos anteriores identificam esta faixa etária como fator de risco para o desenvolvimento de comorbidades (Freitas; Silva; Araújo, 2012; Quinderé; Tófoli, 2007).

Os pacientes, em sua grande maioria, estavam em situação de desemprego e moravam com os pais, situação essa que é apresentada como perfil dos entrevistados em diversos outros estudos. Apesar dessa condição de desemprego e de moradia, 63% dos entrevistados possuem 1 ou mais filhos e, deste percentual, a metade possuía 3 ou mais filhos.

Foi detectada uma baixa escolaridade entre os usuários de álcool e outras drogas entrevistados. Isto pode estar relacionado ao desenvolvimento da dependência, uma vez que a carência escolar ocasiona baixa qualificação, vulnerabilidade social, e pode levar o indivíduo à criminalidade, a fim de custear as despesas do uso de álcool e outras drogas (Madalena, 2014).

É possível relacionar o uso de substâncias psicoativas ao nível socioeconômico. Pesquisas internacionais associam o baixo nível econômico e social, em consequência à

acumulação de muitos outros fatores negativos, com uma maior proximidade ao uso de álcool e outras drogas (Rodrigues et al., 2013).

No item sobre como os usuários buscavam ao serviço de saúde prestado pelos CAPSad, novamente admitindo múltiplas respostas, destacaram a demanda espontânea, em sua grande maioria, e em um muito menor percentual à condução pelo poder público. Estes dados são corroborados em pesquisas afins (Silva, Santo, Nogueira, Malfitano, 2015).

Na visão de alguns usuários de álcool e outras drogas, mencionadas em pesquisas qualitativas, é evidenciado que o pensamento do indivíduo fica totalmente focado na droga e no seu uso, de forma que o sono, a alimentação, a sobrevivência e a responsabilidade perdem o significado, o que pode ser demonstrado pela alta perda de peso, acima de 3 quilos, apresentada pelos pacientes e relatos de apenas uma refeição ao dia, conforme pode-se observar na tabela 5 (Gabatz et al., 2013). Referente a alimentação, uma das questões mais relevantes é sobre momentos em que os usuários deixam de se alimentar para consumir álcool ou outras drogas. Percebeu-se uma melhora estatisticamente significativa no comportamento dos indivíduos em relação ao questionamento mencionado, pois apresentou um *p*-valor inferior a 0,05.

No que se refere ao padrão de funcionalidade, apresentado na Tabela 6, pouca relevância foi observada. Pois, conforme citado em estudo sistemático a respeito dos danos do consumo das diferentes formas de drogas, dos 33 estudos revisados, 4 estudos especificamente trazem os danos que são particulares, de acordo com cada padrão de consumo. Outras formas de danos se apresentam de forma distinta, de acordo com o quantitativo de consumo utilizado, a velocidade de ingestão do álcool e o consumo combinado de drogas; a faixa etária e o gênero; com o estado alimentar do indivíduo e nas ações das drogas em diferentes regiões do cérebro (Souza, Silva, Gallassi, 2014).

O consumo de álcool foi relatado por todos os pacientes entrevistados, muitas vezes associados ao consumo de outras drogas, sendo as de maior prevalência o tabaco e a maconha. Em estudos sobre o consumo de álcool e outras drogas foram observadas iguais prevalências, podendo-se considerar a hipótese de que as drogas lícitas são as mais utilizadas por fazerem parte do convívio social e do âmbito familiar e estarem ligadas a comemorações em geral e serem, portanto, de fácil acesso (Gusmão, et al., 2017).

Nas Tabelas 8a e 8b, no que tange a frequência de uso de drogas por cada usuário, observa-se que o álcool foi utilizado por grande maioria deles nos últimos 30 dias. Muitos dos usuários consumiram mais de uma substância no período citado. Dados similares também

foram observados em um estudo semelhante realizado na cidade de Anápolis – Goiás (Gusmão et al., 2017).

O uso múltiplo pode dificultar a identificação apropriada dos transtornos de uso de substâncias existentes, servindo como um fator de confusão sobre a interferência de uma dada substância sobre a saúde, além de dificultar a adesão e o sucesso de uma possível abordagem (Gouzoulis-Mayfrank, Daumann, 2006).

Segundo a SENAD (2010), o álcool é a droga lícita mais consumida no país, provocando danos sociais e à saúde. Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado a ocorrência significativa de mortes e doenças associadas ao uso abusivo de álcool, sendo o alcoolismo a terceira maior causa de mortalidade e morbidade no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

A OMS estabelece que, para se evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para os homens e 10 doses/semana para as mulheres, sendo que 1 dose equivale, aproximadamente, a 350 ml de cerveja ou 150 ml de vinho ou 40 ml de uma bebida destilada, sendo que cada uma destas contém 10 a 15 g de etanol. Pode-se observar, na primeira entrevista, que 25 usuários consumiam, a cada vez ingerido, 10 ou mais unidades e, na segunda entrevista, este número reduziu para 17 usuários. Porém, o teste do *p*-valor não apresentou um nível de significância que sugerisse mudança no comportamento do consumo de álcool entre os entrevistados.

Em relação às principais drogas com problemas de consumo, ou seja, as drogas que os induziram a procurarem o tratamento, os pacientes poderiam responder a duas opções: a principal droga de consumo e a secundária. Entre todas as opções, o consumo do Álcool foi a mais listada entre todas as principais drogas com problemas para os entrevistados. O crack foi apresentado como a segunda droga como causa de problemas ou o que os levaram à busca pelo tratamento.

O consumo abusivo de álcool pode levar a maior risco de traumas em geral. Em pesquisa realizada no ano de 2012, o percentual dos jovens que faziam uso de bebida alcoólica foi superior ao da população geral, correspondendo a 77,7%. Isto indica que os jovens que consomem bebida alcoólica têm maior risco ao trauma quando comparados aos jovens brasileiros no geral (Arnauts, Oliveira, 2012).

Estudos mostram que uma vez estabelecida a dependência, o usuário acaba priorizando o uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações (Kaplan, Sadock, Grebb, 2007). Em muitos casos, os usuários não possuem mais controle sobre o consumo dessa substância, que se torna a unidade funcional das suas vidas. Por meio do prazer de um

simples ato, o consumo das drogas torna-se essencial para o funcionamento físico e psíquico (Ribeiro, Andrade, 2007).

Os problemas em decorrência do uso excessivo de álcool ou outras drogas são inúmeros. Na atual pesquisa, a mudança no estado inicial dos indivíduos teve uma significativa melhora. No que tange à capacidade em realizar tarefas básicas e na realização de testes, a busca pelo tratamento pode haver resultado nessa mudança expressiva da capacidade de realização de atividades por parte dos participantes da pesquisa.

O consumo abusivo de drogas pode gerar problemas laborais e, em muitas vezes, levar a situações de desemprego. Sabe-se que o baixo nível de lucidez, pelo efeito da droga no sistema nervoso central, produz um quadro de desorganização e compromete o desenvolvimento de atividades pertinentes à função no trabalho, como também gera absenteísmos e, por consequência, a perda do trabalho (Beck; David, 2007). Observou-se que houve uma leve redução, entre a primeira e a segunda entrevista, no número de pacientes que declararam que o álcool era a principal droga-problema. Foi observada também uma significativa redução no número de usuários que declararam que o crack era sua principal droga problema. Pode-se inferir que a procura por tratamento resultou em uma diminuição do número de usuários que declararam possuir problemas de consumo de álcool e de crack, sendo estas as principais drogas problema.

Outras mudanças em seus comportamentos de risco foram observadas, tais como: o fato de haver brigado ou agido mal com alguém, ir a compromissos sob efeito da droga, causar vergonha ou constrangimento a alguém, não cumprir com suas responsabilidades, várias destas decorrentes do uso constante da substância, o que muitas vezes resultou na repulsão ou separação do convívio familiar. Observou-se uma considerável diminuição do número de usuários que relataram ter tido esses tipos de problemas no último mês antecedente à segunda entrevista. Assim, observa-se que a busca por tratamento ou conscientização do dano causado pelas drogas, podem ter sido fatores que contribuíram para a mudança no comportamento social e familiar dos entrevistados.

Estudos desenvolvidos em instituições psiquiátricas na cidade de João Pessoa-PB, em 2013, demonstraram a importância do reconhecimento das vivências e das dificuldades enfrentadas na superação da dependência, sendo que a destruição das famílias foi expressa como a mais significativa (Tenório et al., 2013).

Dentre os muitos problemas causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, pode-se citar: mudança de personalidade, perder dias de serviço, de escola ou compromissos, conflitos familiares e sociais motivados pelas mudanças comportamentais, problemas

financeiros, etc. Todos esses problemas podem impactar e extrapolar para as atividades de vida cotidianas, levando a uma ruptura nas relações familiares, constituindo um fator desencadeador de conflitos e de desgaste entre os membros e acarretando um sentimento de culpa pelo adoecimento (Tenório et al., 2013).

Estudos sobre o significado das drogas no contexto familiar mostram que elas estão associadas à dinâmica entre os membros, afetando o cônjuge, os filhos e as pessoas próximas do dependente. Isto faz surgirem conflitos familiares, como desavenças, falta de credibilidade e desconfianças, perpetuando uma situação de sofrimento na vida dos que estão envolvidos (Filizola et al., 2006).

Nas tabelas 11a, 11b e 11c, em quase todos os quesitos analisados relacionados a problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, observou-se uma significativa melhora no entendimento, por parte dos pacientes entrevistados, sobre os problemas vividos por eles e ocasionados pelo uso excessivo das substâncias que lhes causaram os problemas. Apenas para evidenciar esta melhora, pode-se citar os seguintes problemas relatados nas duas entrevistas:

- **Foi para algum compromisso sob o efeito de álcool ou outras drogas** – o número de usuários que responderam nenhuma vez aumentou de 12 para 20 e o número que respondeu mais de três vezes diminuiu de 15 para 3;
- **Não cumpriu com suas responsabilidades** – o número de entrevistados que respondeu nenhuma vez aumentou de 7 para 20 e o número de resultados para mais de três vezes diminuiu de 23 para 2;
- **Brigou ou discutiu com amigos ou familiares** – o número de respostas nenhuma vez aumentou de 13 para 21 e o número de respostas mais de três vezes teve significativa diminuição de 13 para apenas 3 casos.

Sendo assim, foi observada uma mudança drástica na percepção, por parte dos usuários entrevistados, dos problemas ocasionados pelo consumo abusivo de álcool e outras drogas. Essa mudança de comportamento está relacionada à busca pelo tratamento e ao maior esclarecimento dos danos causados pelo consumo. Em contrapartida, a busca pelo tratamento é, em muitos casos, realizada após o usuário perceber o aumento dos danos causados pelo consumo das substâncias em questão.

Ainda relacionado aos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, a estatística aplicada mostrou haver alterações significativas no comportamento por parte dos pacientes entrevistados. Questionamentos sobre a perda de bens ou dinheiro devido ao uso, usar maior quantidade para obter o mesmo efeito, controle do uso, pedido de

familiares ou amigos para parar ou diminuir o uso e sensação de alegria obtiveram resultados estatisticamente relevantes, o que sugere mudança no perfil de comportamento dos entrevistados.

A busca pelo tratamento em um serviço como o CAPSad nem sempre foi a primeira ou única opção por parte dos pacientes entrevistados. Muitos deles, motivados por apelos de familiares e amigos, procuraram diversos serviços, o que resultou em inúmeros tratamentos, intervenções. Alguns dos entrevistados relataram ter ido a vários grupos de igrejas, AA's e NA's e relataram ser o CAPSad sua última opção na busca por tratamento para o seu problema.

No que tange à violência realizada ou sofrida, nas tabelas 13a e 13b podemos observar que vários deles se envolveram em pequenos e grandes delitos, resultando ou não em privação da liberdade, ao menos uma vez na vida. Estudos estabelecem certa relação do consumo de álcool e outras drogas com a violência por critérios de causalidade entre pobreza e delinquência – relações que podem, mesmo que indiretamente, estigmatizar ainda mais as comunidades de baixo poder aquisitivo e usuários de drogas ilícitas dos grandes centros urbanos –, não passa despercebida a predominância de altos índices de violência fatal nas comunidades em que precárias condições de vida coletiva coexistem com o tráfico de drogas (Beato-Filho et al., 2001; Reis, Uchimura, Oliveira, 2013).

Ainda sobre violência, na Tabela 13b perguntas sobre a violência causada sob o efeito de substâncias foram realizadas aos pesquisados. Foram perguntados sobre se já feriram ou ameaçaram ferir alguém acidentalmente ou propositalmente e também se já discutiram com amigos e/ou familiares. Na primeira entrevista, a maioria dos pacientes responderam que já haviam passado por alguma ou mais de uma dessas situações citadas. Pode-se observar, após a segunda entrevista, que a maioria dos pacientes entrevistados obtiveram uma melhora significativa nos quesitos relacionados à violência sob o efeito de álcool e outras drogas. Essa mudança de comportamento é resultante de uma melhor compreensão e pela busca pelo tratamento oferecido pelo CAPSad.

A violência impõe uma carga pesada no bem-estar da população e os vários tipos de violência, em geral, têm fatores de risco comuns. Pobreza, isolamento social, abuso de drogas e acesso a armas de fogo são fatores de risco de mais de um tipo de violência (Dahlberg, Krug, 2007; Reis, Uchimura, Oliveira, 2013).

A satisfação com a qualidade de vida e redes sociais são aspectos de grande importância para qualquer população em geral. Quando particularizamos um grupo de usuários de álcool e outras drogas, não é diferente. Familiares, amigos, cônjuges ou

companheiros são partes fundamentais para o sucesso de tratamentos oferecidos por qualquer grupo de ajuda a usuários. Frequentemente, na literatura corrente, são observados diversos estudos sobre a importância do familiar e como ele pode auxiliar no tratamento e na busca pelo controle da dependência (Silva, Azevedo, 2013; Soccol et al, 2014).

Conforme pode ser observado na tabela 14, os índices relacionados a satisfação com o companheiro, familiares e amigos, as possibilidades de ter um futuro melhor, a paz de espírito e tranquilidade, a realização de objetivos pessoais e até sobre a aparência pessoal, foram significativamente melhores, porém não estatisticamente, em números absolutos, isto demonstra um possível retorno ao convívio familiar e social.

Os problemas mentais relatados pelos entrevistados também foram observados em estudo nos quais os pacientes apresentavam sentimentos, tais como: menos valia, dificuldades em superar os obstáculos e problemas de interação e comunicação, com isso se angustiavam, expressando suas emoções de maneira impulsiva e descontrolada (Capistrano et al., 2013).

A literatura corrente mostra a necessidade de caracterizar os aspectos clínicos do sujeito em relação à descrição das questões emocionais e sociais deste indivíduo usuário de droga, que se mostram escassas e apresentam prejuízos tendenciais sociais, como agressão, violência, prostituição, roubo, homicídio, suicídio e etc. (Souza, Silva, Galassi, 2014).

Na Tabela 17c são observados dados sobre os sintomas de abstinência e saúde mental. Destacam-se os sentimentos de ideação suicida, sensações desagradáveis no estômago, ser importante, entre outros. Em geral, pode-se observar, pelos dados obtidos, que não houve uma melhora significativa nos aspectos de saúde mental relacionados na pesquisa. Também não podemos dizer se houve piora dos dados. Sendo assim, pode-se inferir que os dados permaneceram os mesmos entre as duas entrevistas. Observa-se que, em geral, metade dos pacientes entrevistados relataram ter um ou mais dos sintomas de abstinência e de problemas de saúde mental. Também há uma prevalência de sujeitos que apresentam um agrupamento de sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos resultante do consumo de substâncias psicoativas (Ferreira et al., 2012).

Na Tabela 18b, os usuários que buscavam tratamento esperavam melhorar sua qualidade de vida e, naquele momento, estavam lá por motivos pessoais, sociais e familiares e gostariam de melhorar sua convivência e aquilo os levaria a arrumar um emprego e voltar ao convívio familiar.

Corroborando com muitos dos dados apresentados no presente estudo, usuários do CAPSad de referência do oeste de Santa Catarina demonstraram sentimentos de confiança no Centro, fizeram elogios e demonstraram satisfação em relação ao serviço prestado. Relataram

que o CAPSad auxiliou na melhora por meio do direcionamento e apoio em suas vidas (Zanatta, Garghetti, Lucca, 2012).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período para a realização da pesquisa, assim como as perdas na segunda medida podem ser considerados limitações do estudo.

A dependência do álcool, juntamente com o tabaco e o crescente uso do crack, são problemas importantes do ponto de vista epidemiológico.

Este estudo nos dá uma visão panorâmica sobre quem é esse paciente que procura os serviços do CAPSad e seus principais anseios. Sem dúvida os pacientes clamam por uma resposta imediata ao seu sofrimento e o serviço oferecido pelo CAPSad é somente uma porta a ser aberta. Com este estudo, foi possível observar que, a partir do momento em que o paciente “abre os olhos” para o problema e busca ajuda, novos horizontes são vistos e mudanças, nem que sejam mínimas, são possíveis de ocorrer em suas condições psicossociais e de saúde bastante desfavoráveis.

Não havia um conhecimento do tipo de cuidado oferecido pelo CAPSad por parte da pesquisadora e talvez pela própria sociedade, mas por meio desta pesquisa foi possível constatar que o serviço realmente foi um diferencial na vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- Almeida TMM. A experiência de indivíduos encaminhados pela justiça para tratamento no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas - CAPSad - Ceilândia-DF. 2013. 50 f. *Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional)*. Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- Alves HMC, Dourado LBR, Côrtes VNQ. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciências Saúde Coletiva*. 2013; 18(10):2965-75.
- Alves TDC. O significado do cuidado para usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – CAPSad – Ceilândia – Distrito Federal. 2012. 54 f. *Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional)*. Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- APA - American Psychiatry Association. Practice Guideline for the treatment of patients with substance use disorders. 2 Ed. *Washington (USA)*: 2006.
- Arnauts I, Oliveira MLF. Padrão de consumo do álcool por jovens vítimas de trauma e usuários de álcool. *Rev. Min. Enferm*. 2012; 16(3): 410-418.
- Beato Filho CC, Assunção RM, Silva BF, Marinho FC, Almeida MC. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Caderno de Saúde Pública*. 2001; 17(5):1163-71.
- Beck LM, David MSL. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. *Esc. Anna Nery*. 2007; 11(4): 706-11.
- Brasil. Lei Nº 8.080, 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. *Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos*.
- Brasil. Decreto Nº 4.345 de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2002; 27, Seção 1:3.
- Brasil. Lei Nº 10.409 de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 14 jan 2002. Seção 1:1-3.
- Brasil. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2002; 12; Seção 1:31.
- Brasil. Ministério da Saúde. Seminário Diretrizes sobre Política de Saúde-Álcool e Drogas. *Brasília (DF): MS*; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde*; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. *Brasília (DF): MS; 2004(1).*

Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *Brasília (DF): MS; 2004(2).*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. *Brasília: Ministério da Saúde, 2004(3).*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. *OPAS. Brasília, novembro de 2005.*

Brasil. Portaria N° 3.088, 23 dez. 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.*

Brasil. Portaria N° 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Brasília, 2011.* Acesso em: 29 setembro 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Brasil. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Tópicos especiais em policiamento e ações comunitárias: TEPAC: redes de atenção e cuidado / Secretaria Nacional de Segurança Pública. – 1. ed. – *Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2012.* 140 p.

Brasil. Ministério da Justiça. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. *Brasília, 2012.*

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 de dez 2012.

Brasil. Ministério da Justiça. SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. – *Brasília, 2013.*

Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005.

Brasil. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de

crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 2013 (21); Seção 1:37-38.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10. *Informativo eletrônico*. Brasília: março de 2012. Acesso em 29 setembro 2017.

Bussab WO, Morettin PA. Estatística Básica. 5 ed. *Ed. Saraiva*, 2003. 526p.

Capistrano FC, Ferreira ACZ, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovani MF. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba - Paraná, Brasil, 2013; 18(3): 468-474.

Cardona H. Gerenciamento de caso em usuários de crack: contribuições para o tratamento e qualificação da intervenção profissional de um CAPS-AD do DF. 2013. 95 f., il. *Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)*. Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Conover WJ. Practical Nonparametric Statistics. 3 ed. *New York: J. Wiley*, 1999. 584 p.

Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;11(Supl. 1):1163-8.

Delgado PG. O SUS e a Lei nº 10. 216: Reforma psiquiátrica e inclusão social. In: Loyola C, Macedo P, organizadores. Saúde mental e qualidade de vida. Rio de Janeiro: Edições CUCA/UPUB; 2002; 31-9. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/pais/mat/>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report: the state of the drugs problem in Europe. EMCDDA, Lisboa. 2005. Disponível em: www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2005_en. Acessado em 21/09/2017.

Faria JG, Schneider DR. “O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental”. *Psicologia & Sociedade*; 2009; 21 (3): 324-333.

Ferreira ACZ, Capistrano FC, Maftum MA, Kalinke LP, Cardoso ALK. Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba - Paraná, Brasil.2012; 17(3): 444-451.

Filizola CLA, Perón CJ, Nascimento MMA, Pavarini SCI, Petrilli Filho JF. Compreendendo o alcoolismo na família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*.2006; 10(4): 660-670.

Fischer B, Blankend P, Silveira D, Gallassi A, Goldner EM, Rehman J, Tyndall M, Woodi E. Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of English-language studies. *International Journal of Drug Policy* 2015; 26 352–363.

Fitzgerald JP, Mccarty D. Understanding attitudes towards use of medication in substance abuse treatment: A multilevel approach. *Psychological services*. 2009; 6(1):74-84. doi:10.1037/a0013420.

Freitas RM, Silva HRR, Araújo DS. Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (Caps-AD) SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2012; 8(2):56-63.

Gabatz RIB, Schmidt AL, Terra MG, Padoin SMM, Silva AA, Lacchini AJB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 2013; 34(1): 140-146.

Giacomozzi AI. Representações sociais da droga e vulnerabilidade de usuários de CAPSad em relação às DST/HIV/AIDS. *Estud. pesqui. psicol. [online]*. 2011; 11(3): 776-795 [citado 2017-09-29],.

Gouzoulis-Mayfrank E, Daumann J. The confounding problem pf polydrug use in recreacional ecstasy/MDMA users: a brief overview. *J Psychopharmacol.* 2006; 20(2):188-93.

Gusmão PP, Fernandes RFD, Rezende RC, Bonfim RS, Porto YV, Fernandes LC, Moura LR. Perfil epidemiológico de usuários de drogas. *Rev. Educ. Saúde*, 2017;5 (1)

Hart CL, Ksir C, Ray O. *Drugs, Society and Human Behavior*. New York: McGraw-Hill Education; 14 edition, 2008.

Hart CL. Increasing treatment options for cannabis dependence: A review of potential pharmacotherapies. *Drug and Alcohol Dependence* 2005; 80: 147-159.

Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(11): 2263-2270.

Kaplan H, Sadock B, Grebb J. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica (9ª ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas (2007).

Kessler, F., Pechansky, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]*. 2008; 30(2): 96-98.

Knapp WP, Soares B, Farrell M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(3): p. CD003023.

Lacerda CB, Fuentes-Rojas M. Significados y sentidos atribuidos al Centro de Atención Sicosocial Alcohol y otras Drogas (CAPS AD) por sus usuarios: un estudio de caso. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):363-72.

Leal EM, Delgado PGG , Mann R, Strike C, Brands B, Khenti A. Estudo de comorbidade: sofrimento psíquico e abuso de drogas em pessoas em centros de tratamento, Macaé - Brasil. *Texto contexto - enferm.* 2012; 21: 96-104.

Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol. cienc. prof.* 2013; 33(3):580-95.

Madalena TS. Usuários De Crack: Prevalência E Perfil De Pacientes Em Tratamento Em Comunidades Terapêuticas (CTS) Na Cidade De Juiz De Fora, Minas Gerais. [Dissertação na internet]. Juiz de Fora (Brasil): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Tatiana-da-Silveira-Madalena.pdf>. Acesso em: 27/09/2017.

Manfrê MM. Redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: a visão dos trabalhadores e gestores de serviços de saúde mental de um município do Estado de São Paulo *Revista de Psicologia da UNESP*, 2015; 14(1): 34.

Marini M. Preditores de adesão ao projeto terapêutico em centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas. 2011. *Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem.

Mclellan AT, Mckay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring; 2005 Society for the Study of Addiction; *Addiction*, 100, 447–458.

Melo AMC. Apontamentos Sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 2012; 8(9): 84-95.

Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 34. ed. Rio de Janeiro: *Vozes*; 2015. 61-78.

Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(1):121-133.

NIDA - NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. Principles of Drug Addiction Treatment: *A Research Based Guide (Third Edition)*, 2012. Disponível em: Acessado em 22/04/2016.

O'brien CP.; Anticraving Medications for Relapse Prevention: A Possible New Class of Psychoactive Medications; *Am J Psychiatry*, 2005; 162:8.

Oliva EM, Maisel NC, Gordon AJ, Harris AH. Barriers to use of pharmacotherapy for addiction disorders and how to overcome them. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13(5):374-81. doi: 10.1007/s11920-011-0222-2.

Oliveira, MAC, Pereira, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013.

Olschowsky A, Glanzner CH, Mielke FB, Kantorski LP, Wetzel C. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 dez; 43(4):781-7.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: *CID 10*. Brasília: OMS; 2008. 74 p

Peixoto C, Prado CHO, Rodrigues CP, Cheda JND, Mota LBT, Veras AB. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J. bras. psiquiatria*. 2010;59(4): 317-321.

Quinderé PHD, Tófoli LF. Análise do perfil epidemiológico dos clientes do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (caps-ad) de Sobral-CE. *SANARE*, Sobral, jul./dez. 2005/2007; 6(2): 62-66.

R Core Team (2016). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

Reis LM, Uchimura TT, Oliveira ML. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(3):276-82.

Ribeiro PL, Andrade AG. Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: Louzã Neto MR, Elkis H. *Psiquiatria básica*. 2ª ed. Porto Alegre: *Artmed*; 2007. p. 195-210

Rodrigues LSA, Sena ELS, Silva DM. et al. Perfil dos usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e drogas. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 2013; 7(8):5191-7.

Ronchi JP, Avellar LZ. Ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil: um estudo no CAPSi. *Saude Soc*. 2013; 22(4):1045-58.

Schneider DR. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(3): 687-698.

SENAD - Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 2. ed. – Brasília , 2010. 376 p.

SESDF- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. [Acesso em 06 maio 2017]. Disponível em:<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria/266-regional-de-saude-deceilandia.html>

Silva CR, Santos CN, Nogueira JN, Malfitano APS. Mapeamento da atuação do terapeuta ocupacional nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do interior do estado de São Paulo *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, 2015; 23(2): 321-334

Silva RS, Azevedo CS. The importance of Family in treatment of chemical dependence. Encontro: *Revista de Psicologia*, 2013; (16): 25

Silva SN, Lima MG. Avaliação da estrutura de Centros de Atenção Psicossocial. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, jan-mar 2017; 26(1):149-160

Socol, KLS, Terra, MG, Ribeiro, DB, Teixeira, JKS, Siqueira, DF, Mostardeiro, SCTS. O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2014;19(1):116-122. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647660017>

Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(2): 373-383.

Souza J, Kantorski LP, Mielke FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas. *Revista Eletrônica de Saúde Mental*. São Paulo. 2006; 02(01):02.

Souza LCR, Silva MNRMO, Gallassi AD. Os danos do consumo de droga e a classificação internacional da funcionalidade incapacidade e saúde: possibilidades para o cuidado. *Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional) -Universidade de Brasília, Brasília*, 2014. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/10303>. Acesso em: 27/09/2017.

Tenório MK, Carneiro MS, Fonseca OS, Tenório-Souza FM, Dias CCV. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicologia em Estudo*, 2013; 18(2):269-279. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287128992008>, Acessado: 27/09/2017.

UNODOC. World Drug Report. 2013. Disponível em: www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf. Acessado: 27/09/2017.

Vasters GP, Pillon SC. Drugs use by adolescents and their perceptions about specialized treatment adherence and dropout. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(2):317-324.

Zanatta AB, Garghetti FC, Lucca SR. O centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. *Revista Baiana de Saúde Pública*. jan./mar. 2012; 36(1):225-237

ANEXOS

ANEXO A - Questionário

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Uma entrevista inicial (com pessoas que estão pela primeira vez no serviço, nunca se trataram no CAPS) ou que abandonaram o tratamento no CAPS por pelo menos 6 meses, e uma entrevista depois de 4 meses com estas mesmas pessoas.
- Coleta inicial em 29/02 e coleta final julho a definir a data exata. Organizar escala
- **Explicar para o entrevistado que essa entrevista será repetida após 3 meses e ele será contatado via telefone para voltar ao serviço com a passagem paga pela equipe de pesquisa, mesmo que ele não esteja mais fazendo tratamento**
- É muito importante pegar pelo menos **2 contatos telefônicos** do participante para a entrevista de acompanhamento
- Iniciar a entrevista com a medida de peso e altura para o IMC

Entrevista inicial de acompanhamento – após 3 meses

Nome do entrevistado:

Telefone do entrevistado e de algum familiar/amigo

(As informações pessoais são para fins de recrutamento, para realizarmos a entrevista seguinte de acompanhamento)

Data: _____ 1. Horário: (a) manhã (até 12h) (b) tarde (até 18h) (c) noite

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2. Sexo – (a) Masculino (b) Feminino
3. Qual é a sua idade?
(a) 18 a 29 anos (b) 30 a 49 anos (c) 50 – 65 anos ou mais
4. Até que série você estudou? (Quando incompleto, assinalar a opção onde foi interrompido)
(a) Analfabeto (b) Ensino Fundamental (c) Ensino Médio (d) Ensino Superior
5. Você pertence a qual grupo racial? Descrever as opções para o entrevistado.
(a) Branco/caucasiano (b) Negro (c) Pardo/Mulato (d) Amarelo/Asiático (e) Indígena
6. Você mora com quem? Descrever as opções para o entrevistado
(a) estou em situação de rua momento (b) com minha esposa(a) (c) com meus pais
(d) com outros familiares ou amigos (e) sozinho (f) outros
7. Qual é a sua situação atual em relação ao emprego?

(a) Empregado (b) Desempregado (c) Autônomo (‘faz bicos’) (d) Aposentado

8. Qual é a renda média mensal de sua família ou das pessoas que vivem com você? (Salário Mínimo de referência R\$880,00)

(a) até 1 salário mínimo (b) de 1 a 3 salários mínimos (c) de 3 a 5 ou mais salários mínimos

9. Qual dos seguintes tipos de relação descreve melhor a relação em que você está?

(a) Solteiro (inclui qualquer relacionamento onde você não mora com alguém)

(b) Vivendo junto (casado / amasiado / união estável)

(c) Viúvo / Divorciado/ Separado

10. Você tem filho(a)s?

(a) não (b) sim, tenho 1 filho(a) (c) sim, tenho 2 filho(a)s (d) sim, tenho 3 filho(a)s ou mais

11. Você está em tratamento no CAPS AD de forma voluntária ou por medida judicial (compulsório)?

(a) Voluntária (b) Medida Judicial (compulsório, o juiz determinou)

ALIMENTAÇÃO

12. Nos últimos 30 dias houve diminuição na ingestão de alimentos e ou perda de apetite?

(a) sem diminuição (b) leve diminuição (c) moderada diminuição (d) grave diminuição

13. Apresentou alguma perda de peso nos últimos 30 dias?

(a) nenhuma (b) não sabe informar (c) entre 1 e 3 quilos (d) superior a 3 quilos

14. Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso em kg}/(\text{estatura em m})^2$). *Medir na hora!*

Peso:

Altura:

IMC:

(a) menor que 17 (b) de 17 a 18,5 (c) de 18,5 a 25 (d) de 25 a 30 ou mais

15. Quantas refeições você faz por dia nos últimos 30 dias? Considere ‘refeição’ café da manhã, almoço, jantar e café da tarde

(a) uma refeição (b) duas refeições (c) três refeições (d) quatro refeições

16. Nos últimos 30 dias, aconteceu de você deixar de se alimentar devido ao consumo de álcool ou outras drogas?

(a) Nunca

(b) Algumas vezes

(c) Muitas vezes

FUNCIONALIDADE

17. Qual a sua capacidade de utilização de meio de transporte nos últimos 30 dias?

(a) É capaz de utilizar meio próprio ou público para realizar pequenas viagens

(b) Precisa de acompanhamento para realizar pequenas viagens

(c) É incapaz de realizar pequenas viagens, a menos que sejam tomadas medidas de emergência com um veículo especializado.

18. Nos últimos 30 dias, qual a sua capacidade de realização diária de tarefas domésticas?

- (a) Mantém a organização e limpeza da casa
- (b) Realiza apenas atividades domésticas leves, tais como: lavar louças, arrumar a cama, etc.
- (c) Realiza atividades leves, porém não consegue manter níveis aceitáveis de limpeza
- (d) Não consegue realizar nenhuma atividade doméstica

19. Nos últimos 30 dias, qual sua capacidade de utilizar corretamente medicamentos?

- (a) É responsável por tomar a medicação correta em dosagem na hora certa
- (b) É responsável por tomar a medicação desde que a mesma esteja separada e preparada em doses
- (c) Não é capaz de tomar a própria medicação
- (d) Não toma nenhuma medicação

20. Nos últimos 30 dias, qual a sua capacidade de se higienizar?

- (a) Toma banho sem nenhum tipo de ajuda
- (b) Toma banho com algum tipo de ajuda
- (c) É completamente incapaz de tomar banho

21. Capacidade de cuidar da própria aparência (pentear o cabelo, barbear/depilar) nos últimos 30 dias

- (a) Sem nenhum tipo de ajuda
- (b) Com alguma ajuda
- (c) É completamente incapaz

22. Nos últimos 30 dias, qual sua capacidade de se vestir e se despir?

- (a) Sem nenhum tipo de ajuda
- (b) Com alguma ajuda
- (c) É completamente incapaz

23. Nos últimos 30 dias, qual sua capacidade de usar o banheiro?

- (a) Sem nenhum tipo de ajuda
- (b) Com alguma ajuda
- (c) É completamente incapaz

24. Nos últimos 30 dias, qual sua capacidade de lidar com o próprio dinheiro?

- (a) Gerencia de forma independente seu próprio dinheiro e mantém o controle da renda
- (b) Gerencia apenas pequenas compras do dia a dia
- (c) É incapaz de lidar com o dinheiro

PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

25. Qual(is) desta(s) droga(s) você já usou pelo menos uma vez na vida?

A. Álcool	
B. Tabaco e derivados	
C. Maconha/Haxixe/Skank	
D. Solventes ou Inalantes (lança perfume, 'loló')	
E. Cocaína	
F. Merla	
G. Crack	
H. Alucinógenos (chá de cogumelo, chá de lírio, ayahuasca ou santo daime)	

I. “Calmantes”/ Ansiolíticos	
J. Heroína	
L. Anfetaminas (“rebites”, remédios para emagrecer)	
M. Drogas sintéticas (Ecstasy, MDMA)	

26. Nos últimos 30 dias, com que frequência você utilizou essa (s) substância (s) abaixo:

Frequência	Nenhuma vez	1 ou 2 vezes	1 ou 2 vezes por semana	3 a 4 vezes por semana	Diariamente, ou um dia sim outro não
A. Álcool	1	2	3	4	5
B. Tabaco e derivados	1	2	3	4	5
C. Maconha/Haxixe/Skank	1	2	3	4	5
D. Solventes ou Inalantes (lança perfume, ‘loló’)	1	2	3	4	5
E. Cocaína	1	2	3	4	5
F. Merla	1	2	3	4	5
G. Crack	1	2	3	4	5
H. Alucinógenos (chá de cogumelo, chá de lírio, ayahuasca ou santo daime)	1	2	3	4	5
I. “Calmantes”/ Ansiolíticos	1	2	3	4	5
J. Heroína	1	2	3	4	5
L. Anfetaminas (“rebites”, remédios para emagrecer)	1	2	3	4	5
M. Drogas sintéticas (Ecstasy, MDMA)	1	2	3	4	5

27. Nos últimos 30 dias em que você usou droga(s), qual a quantidade em média que você utilizou?:

Frequência	Até 1 unidade	2 a 4 unidades	5 a 7 unidades	8 a 10 unidades	Mais que 10 unidades
A. Álcool (unidade=1 dose)*	1	2	3	4	5
*Considere 1 dose de álcool como uma lata de cerveja ou um copo de chopp; 1 taça de vinho; 1 dose (copo de cachaça=40 ml)					
B. Tabaco e derivados (unidade=1 carteira com 20 cigarros)	1	2	3	4	5
C. Maconha/Haxixe/Skank (unidade=1 baseado/cigarro)	1	2	3	4	5
D. Solventes ou Inalantes (unidade=’cheirada’)	1	2	3	4	5
E. Cocaína (unidade =1’carreira’)	1	2	3	4	5
F. Merla (unidade =1 cigarro)	1	2	3	4	5
G. Crack (unidade= 1 pedra)	1	2	3	4	5
H. Alucinógenos	1	2	3	4	5

I. Tranquilizantes/ Ansiolíticos (unidade= 1 comprimido)	1	2	3	4	5
J. Heroína (unidade=1 injetada)	1	2	3	4	5
L. Anfetaminas (unidade= 1comprimido)	1	2	3	4	5
M. Drogas sintéticas (Ecstasy, MDMA) (unidade=1 comprimido)	1	2	3	4	5

28. Qual é a principal droga que você tem problema de abuso ou dependência?

29. Qual é a segunda droga que você tem problema de abuso ou dependência?

A. Alcool		A. Alcool	
B. Tabaco e derivados		B. Tabaco e derivados	
C. Maconha/Haxixe/Skank		C. Maconha/Haxixe/Skank	
D. Solventes ou Inalantes		D. Solventes ou Inalantes	
E. Cocaína		E. Cocaína	
F. Merla		F. Merla	
G. Crack		G. Crack	
H. Alucinógenos		H. Alucinógenos	
I. Tranquilizantes/ Ansiolíticos		I. Tranquilizantes/ Ansiolíticos	
J. Heroína		J. Heroína	
L. Anfetaminas		L. Anfetaminas	
M. Drogas sintéticas (Ecstasy, MDMA)		M. Drogas sintéticas (Ecstasy, MDMA)	
		N. Não tem problema com outra droga	

30. Indique quantas vezes cada situação abaixo aconteceu nos últimos **30 dias** enquanto você fazia uso da(s) droga(s) que você tem maior problema ou como resultado deste uso. Faça um círculo no número mais adequado, de acordo com as opções a seguir. (Entregar folha para o entrevistado com as opções)

- 1- Nenhuma vez
2- Uma a três vezes
3- Mais de 3 vezes

1	2	3	a. Foi incapaz de fazer uma tarefa ou estudar para uma prova
1	2	3	b. Brigou, agiu mal ou fez coisas erradas
1	2	3	c. Perdeu bens por gastar muito com álcool ou drogas
1	2	3	d. Foi para algum compromisso sob efeito da substância
1	2	3	e. Causou vergonha ou constrangimentos a alguém
1	2	3	f. Não cumpriu suas responsabilidades
1	2	3	g. Algum familiar ou amigo o(a) evitou
1	2	3	h. Sentiu que precisava de mais substância do que está acostumado(a) para sentir o

			mesmo efeito de antes
1	2	3	i. Tentou controlar/diminuir o uso, tentando usar somente em algumas horas do dia e em poucos lugares.
1	2	3	j. Teve sintomas de abstinência, ou seja, sentiu-se mal (fisicamente e emocionalmente) por ter parado de usar.
1	2	3	l. Notou mudança na sua personalidade.
1	2	3	m. Percebeu que tinha problema na realização de tarefas em geral (escola, trabalho outros compromissos)
1	2	3	n. Perdeu um dia (ou meio) da escola ou trabalho.
1	2	3	o. Tentou parar de usar.
1	2	3	p. De repente estava num lugar que não se lembrava de ter entrado.
1	2	3	q. Perdeu a consciência ou desmaiou.
1	2	3	r. Brigou ou discutiu com amigos(as) ou alguém da família.
1	2	3	s. Continuou usando quando havia prometido a si mesmo que não faria mais.
1	2	3	t. Sentiu que estava ficando louco (a).
1	2	3	u. Não foi capaz de se divertir como antes
1	2	3	v. Algum amigo(a), familiar ou vizinho (a) disse para você diminuir ou parar de usar

31. Antes de iniciar o tratamento no CAPS AD, qual(is) outro(s) você já fez para tratar o seu problema com álcool ou outras drogas?

- (a) Instituição Internação (comunidade terapêutica, clínica especializada, hospital geral)
- (b) Unidade Básica de Saúde
- (c) Grupos da igreja ou do bairro ou AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos)
- (d) O CAPS é a primeira vez (*se responder essa, pular a próxima questão*)

32. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você utilizou os seguintes serviços para tratar o seu problema com drogas

- (a) Instituição Internação (comunidade terapêutica, clínica especializada, hospital geral)

(a1) 1 a 3 vezes (a2) 4 a 6 vezes (a3) mais de 6 vezes

- (b) Unidade Básica de Saúde

(b1) 1 a 3 vezes (b2) 4 a 6 vezes (b3) mais de 6 vezes

- (c) Grupos da igreja ou do bairro ou AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos)

(c1) 1 a 3 vezes

(c2) 4 a 6 vezes

(c3) mais de 6 vezes

VIOLÊNCIA

33. Você já foi preso e/ou acusado por algum dos seguintes delitos? *Não fazer essa pergunta na entrevista acompanhamento*

	Nunca	Na vida (ao menos uma vez)	Últimos 12 meses
(a) Furto ou Roubo	1	2	3
(b) Agressão física	1	2	3
(c) Porte de drogas	1	2	3
(d) Tráfico de drogas	1	2	3
(e) Homicídio	1	2	3
(f) Acidente grave de trânsito	1	2	3
(g) Porte ilegal de arma de fogo	1	2	3
(h) Outros	1	2	3

34. Sob o efeito de álcool ou outras drogas, você já ameaçou ferir /machucar alguém? Mudar para a entrevista de acompanhamento para a seguinte forma: *Nos últimos 3 meses, você ameaçou ferir /machucar alguém?*

(a) Nunca

(b) Ao menos uma vez na vida

(c) Ao menos uma vez nos últimos 3 meses

35. Sob o efeito de álcool ou outras drogas, você se envolveu em algum acidente de carro ou moto, mesmo não sendo você o condutor?

(a) Nunca

(b) Ao menos uma vez na vida

(c) Ao menos uma vez nos últimos 3 meses

36. Sob o efeito de álcool ou outras drogas, você já se feriu ou feriu alguém acidentalmente?

(a) Nunca

(b) Ao menos uma vez na vida

(c) Ao menos uma vez nos últimos 3 meses

37. Devido ao consumo de álcool ou outras drogas, você já teve alguma discussão séria ou briga com amigos ou familiares?

(a) Nunca

(b) Ao menos uma vez na vida

(c) Ao menos uma vez nos últimos 3 meses

QUALIDADE DE VIDA E REDES SOCIAIS

38 – Nível pessoal de satisfação nos últimos 30 dias. *Entregar folha com as opções de respostas*

	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
(a) Com sua saúde	1	2	3
(b) Disposição para atividades diárias	1	2	3
(c) Com sua (seu) companheira (o)	1	2	3
(d) Com seus amigos	1	2	3
(e) Apoio emocional recebido de sua família e amigos	1	2	3
(f) Suas possibilidades de ter um futuro feliz	1	2	3
(g) Sua paz de espírito, sua tranquilidade	1	2	3
(h) A realização dos seus objetivos pessoais	1	2	3
(i) Sua aparência pessoal	1	2	3
(j) Sua vida de um modo geral	1	2	3

SAÚDE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEXUAL

39. Como você classificaria sua saúde nos últimos 30 dias?

- (a) Excelente
- (b) Muito Boa
- (c) Boa
- (d) Razoável
- (e) Ruim
- (f) Não sei

40. Você tem alguma queixa de saúde nos últimos 30 dias?

- (a) Não
- (b) Sim, queixas clínicas (dores em geral, cansaço)
- (c) Sim, queixas psiquiátricas / emocionais (tristeza, ansiedade, depressão)
- (d) Sim, queixas clínicas e psiquiátricas

41. As seguintes perguntas estão relacionadas às atividades diárias comuns de serem realizadas. Considerando o seu o estado de saúde nos últimos 30 dias, você tem alguma limitação a realizar estas atividades? *Entregar uma folha com as opções de respostas*

	Limita muito	Limita um pouco	Não me limita
(a) Atividades vigorosas, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes	1	2	3
(b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, dançar ou nadar	1	2	3
(c) Levantar ou carregar compras de supermercado	1	2	3
(d) Subir vários lances de escada	1	2	3
(e) Subir um lance de escada	1	2	3
(f) Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	1	2	3
(g) Andar longas distâncias (mais de 1 km)	1	2	3
(h) Andar curtas distâncias (menos que 1 km)	1	2	3

42. Considerando apenas os últimos 30 dias, você teve alguma preocupação com sua atividade sexual ou com seus órgãos sexuais?

- (a) Não teve
- (b) Algumas vezes
- (c) Muitas vezes

43. Quando mantém relação sexual, faz uso de método contraceptivo ou preventivo para DSTs?

- (a) sim
- (b) não (**pular a próxima**)
- (c) às vezes

44. Nos últimos 30 dias, qual método contraceptivo ou preventivo você geralmente faz uso em suas relações sexuais? (*marque mais de um se for o caso*)

- (a) Camisinha masculina
- (b) Camisinha feminina
- (c) Coito interrompido
- (d) pílula anticoncepcional
- (e) anticoncepcional injetável
- (f) Tabela
- (g) Espermicida
- (h) diafragma
- (i) pílula do dia seguinte
- (j) Outros
- (l) nunca tive relações sexuais

45. Durante sua vida, você forçou alguém ou já foi forçado (a) a ter relações sexuais? *Não repetir esta pergunta na entrevista de acompanhamento*

- (a) Não
- (b) Sim, forcei alguém a ter relações sexuais comigo
- (c) Sim, fui forçado a ter relações sexuais com alguém

46. Nos últimos 30 dias, você usou álcool ou outras drogas para melhorar seu desempenho sexual?

- (a) Nunca
- (b) Algumas vezes
- (c) Muitas vezes

SAÚDE MENTAL

47. Durante os últimos 30 dias, com que frequência você se sentiu. *Estregar folha com opções de respostas*

	O tempo todo	A maior parte do tempo	Um pouco	Nunca
^a nervoso(a), tenso ou preocupado	1	2	3	4
^b sem esperança	1	2	3	4
^c inquieto(a) ou agitado(a)	1	2	3	4
^d tão deprimido(a) que nada conseguia animá-lo(a)?	1	2	3	4
^e que tudo era um esforço?	1	2	3	4
^f sem valor	1	2	3	4
^g sentiu medo, com a sensação de que algo ruim fosse acontecer	1	2	3	4
^h sentiu alegre	1	2	3	4
ⁱ capaz de alcançar seus objetivos	1	2	3	4
^j sentiu capaz de se relacionar com a maioria das pessoas	1	2	3	4

48. Nos últimos 30 dias, você¹:

	Sim	Não
--	-----	-----

¹ SRQ-20 – Triagem de Transtorno Mental Comum (TMC)

^a Tem dores de cabeça frequentes?	1	2
^b Tem falta de apetite?	1	2
^c Dorme mal?	1	2
^d Assusta-se com facilidade?	1	2
^e Tem tremores de mão?	1	2
^g Tem má digestão?	1	2
^h Tem dificuldade para pensar com clareza?	1	2
ⁱ Tem se sentido triste ultimamente?	1	2
^j Tem chorado com facilidade?	1	2
^l Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1	2
^m Tem dificuldades para tomar decisões?	1	2
ⁿ Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1	2
^o É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1	2
^p Tem perdido o interesse pelas coisas?	1	2
^q Tem tido ideias de acabar com a vida	1	2
^r Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1	2
^s Tem sensações desagradáveis no estômago?	1	2
^t Cansa-se com facilidade?	1	2

49. Responda às perguntas abaixo, com SIM ou NÃO, em relação a como você se sentiu a maior parte do tempo, nos últimos 30 dias

	Sim	Não
^a Sente que tem alguém que de alguma maneira quer lhe fazer mal?	1	2
^b Você é alguém muito mais importante do que a maioria das pessoas pensa?	1	2
^c Tem notado alguma interferência ou outro problema estranho com seu pensamento?	1	2
^d Ouve vozes que não sabe de onde vêm, ou que outras pessoas não são capazes de ouvir	1	2
^e Vê vultos ou coisas que outras pessoas não são capazes de ver?	1	2

SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS E RECURSOS

50. Qual é o nível de dificuldade para você se deslocar ao CAPS?

- (a) Difícil
- (b) Mais ou menos
- (c) Fácil

51. Por que você veio buscar tratamento no CAPS?

52. Por que você decidiu vir agora?

53. Quais são suas expectativas com relação ao serviço e ao tratamento que irá receber?

54. O que você gostaria que melhorasse na sua vida/saúde após 3 meses de tratamento?

ANEXO B - Parecer Consubstanciado de aprovação do CEP/FEPECS/SES-DF



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

PARCEER CONSUBSTANCIAO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: **Caracterização quanto ao acesso das pessoas em tratamento por problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas: adesão e euação**

Pesquisador: **Andrea Donatli Galassi**

Área Temática:

Versão: **4**

CAA E: **373721140.0000.0000**

Instituição Proponente: **Faculdade de Ciências - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA**

Patrocinador Principal: **Financiamento Próprio**

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: **1081.507**

Data da Relatório: **13/05/2015**

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho, um projeto de extensão, analisa o papel do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS) de Ceilândia. Os CAPS estão estruturados com base no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, quando se tem a necessidade de substituir o modelo hospitalocêntrico e asilar de tratamento por um mais humanizado e integral de assistência à saúde das pessoas com transtornos mentais. A identificação dos pontos vulneráveis nas articulações dos usuários de saúde mental, álcool e outras drogas aos serviços e ao tratamento configurasse uma estratégia ética que possibilite a identificação conjunta, entre profissional e usuário, de necessidades do âmbito social, familiar e individual a serem contempladas no planejamento de cuidados de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

*Objetivo Primário:

Caracterizar o acesso das pessoas em tratamento por problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas com relação a adesão e euação ao tratamento.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil dos usuários do serviço;
- Identificar os fatores relacionados a adesão e a euação ao tratamento;

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bloco: Asa Norte Cel: 0991-0-200
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (0)2107-1947 E-mail: cep@unb@gmail.com

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) senhor(a) para participar do projeto de pesquisa **Caracterização quanto ao acesso das pessoas em tratamento por problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas: adesão e evasão**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Dra. Andrea Donatti Gallassi**. O projeto trata-se de um estudo que será realizado por meio de entrevistas com perguntas de múltiplas escolhas e perguntas abertas para livre resposta com pessoas que se encontram em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de Ceilândia, Brasília (DF).

O objetivo desta pesquisa é caracterizar os fatores que contribuem e dificultam o tratamento dos problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas com relação.

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

A sua participação se dará por meio de duas etapas e ambas acontecerão no CAPS AD Ceilândia. A primeira consistirá na realização de entrevista composta por perguntas com múltiplas escolhas e perguntas abertas e será aplicada por pessoal treinado. A entrevista é constituída por itens que compreendem dados sociodemográficos, histórico de uso de drogas, questões gerais de saúde, sexualidade e situações de violência, e questões que descrevem a expectativa com relação ao serviço e ao tratamento. A segunda etapa consistirá na realização das mesmas perguntas após transcorrido o período de 3 meses, e o(a) senhor(a) será contatado(a) via telefone para participar.

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são baixos, sejam eles físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural e espiritual, uma vez que não será utilizado nenhum material biológico, nem o uso de medicamentos ou placebos para testes. Os dados serão coletados por meio de entrevistas em dois momentos. Se você aceitar participar, estará contribuindo para caracterizar os fatores que contribuem e dificultam o tratamento dos problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas.

O(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento ou etapa sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pela pesquisadora responsável.

Caso haja algum dano direto resultante dos procedimentos de pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dra. Andrea Donatti Gallassi, na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia no telefone 61-33770615 ou 61-81892484 ou pelo email agallassi@unb.br.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10hs às 12hs e de 14hs às 17hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o(a) senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.