



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ADYA EVANY BOTELHO MORAIS

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS
DE SÃO LUÍS /MA**

São Luís
2018

ADYA EVANY BOTELHO MORAIS

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS
DE SÃO LUÍS /MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem Bacharelado da Universidade Federal do Maranhão como requisito necessário à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa.

São Luís
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Botelho Moraes, Adya Evany.

PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DE SÃO LUÍS /MA / Adya Evany
Botelho Moraes. - 2018.

58 f.

Orientador(a): Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2018.

1. Centro de Atenção Psicossocial. 2. Dependência
química. 3. Saúde Mental. I. Carvalhal Frazão Corrêa,
Rita da Graça. II. Título.

Adya Evany Botelho Morais

PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS DE SÃO LUÍS /MA

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa
do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa – Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva – 1º Membro
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Ms. Kardene Pereira Rodrigues – 2º Membro suplente
Universidade Federal do Maranhão

A todos que diariamente armam - se da
força de um leão para vencer seus obstá-
culos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me feito acreditar em meu potencial, me dando 'esta tarefa terrena de poder cuidar de pessoas em momentos de fragilidade. Sem Ele não teria concluído este trabalho.

À amiga, Profa. Dra. Maria Teresa Viveiros, pela contribuição e incentivo, minha coorientadora nesta jornada.

À orientadora, Profa. Dra. Rita Carvalhal, pela sua generosidade e paciência em repassar-me seus conhecimentos.

À minha mãe, Claudenice Botelho, por todo o seu amor por mim e pelos valores ensinados.

À minha avó, Neide Muniz (*in memoriam*), por ter sido a pessoa que mais me encorajou a estudar, mesmo diante das dificuldades.

Ao diretor do CAPS AD Monte Castelo, Marcelo e todos da equipe, pelo acolhimento.

Aos familiares: Antônio, Gisele, Amélia, Marineide Cutrim, Zózima Cutrim, Jonas e Nádyá, pelas contribuições na vida acadêmica.

Aos amigos Marineide Cordeiro, Neide Cordeiro, Raimundo Viveiros, Rosemary, Letícia Marques, Larissa Jansen, Clara Anne, André Carvalho, Flávia, Thassia, Laryssa Guimarães, Benita, Aline, Prof. José Roberto Soares, Profa. Cícera e Laodiceia pelo apoio nesta caminhada.

"Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande. Se não puder andar, rasteje, mas continue em frente de qualquer jeito."

(Martin Luther King)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar o perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em São Luís/ MA. Pesquisa exploratória, documental, retrospectiva e quantitativa. Os dados foram coletados em 153 prontuários de pacientes que realizaram tratamento no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Contou-se com o auxílio de um formulário, com questões relacionadas a dados sociodemográficos, início de uso, drogas utilizadas e modalidade terapêutica, seguido de análise estatística descritiva, e obtiveram-se os seguintes resultados: prevalência do público masculino - 91.5 % sobre 8.5 % do feminino; maior demanda da faixa etária entre 25 e 29 anos - 52.9 %. A média de idade foi de 35 anos; 72.5% são solteiros; 60.8% dos usuários residem com parentes; 6,5 % moram no Centro; 26.2 % possuem fundamental incompleto; a ocupação/ profissão mais frequente: Pedreiro/ Auxiliar de Pedreiro, com 7.2%. Dos pesquisados, 67.3 % não informaram qualquer profissão, 31.4% estão desempregados e 60.8 % dos usuários não têm renda fixa. Dentre as drogas mais utilizadas, foram computadas: o Crack, 57,5 % e, em segundo lugar, o Álcool - 56,9%. A faixa etária de início do uso da droga aparece com 68.6 % na idade entre 11 e 17 anos, e a média de tempo de consumo, 20 anos. Os diagnósticos mais observados foram: F 19.2 e F 10.2, e o maior percentual de modalidade terapêutica tipo Intensiva. Consideramos que a referida pesquisa faz-se importante para o reconhecimento das características do público – alvo e serve de subsídio para o cuidado prestado, o qual necessita ser planejado de acordo com as demandas individuais, para êxito do tratamento.

Descritores: Centro de Atenção Psicossocial. Saúde Mental. Dependência Química.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the profile of users of a Psychosocial Alcohol and Drug Attention Center (CAPS AD) in São Luís / MA. Exploratory, documentary, retrospective and quantitative research. Data were collected from 153 medical records of patients who underwent treatment from January 2015 to December 2017. A form was used, with questions related to socio-demographic data, beginning of use, drugs used and therapeutic modality, followed by descriptive statistical analysis, and the following results were obtained: male prevalence - 91.5 % over 8.5 % of female; greater demand for the age group between 25 and 29 years - 52.9%. The mean age was 35 years; 72.5 % are single; 60.8 % of users reside with relatives; 6, 5 % live in the Center; 26.2 % are fundamentally incomplete; the most frequent occupation / profession: Mason / Mason Auxiliary, with 7.2 %. Of those surveyed, 67.3 % did not report any occupation, 31.4 % are unemployed and 60.8 % of users do not have fixed income. Among the most commonly used drugs were Crack, 57.5 % and, secondly, Alcohol - 56.9 %. The age at onset of drug use appears with 68.6 % in the age between 11 and 17 years, and the average time of consumption, 20 years. The most frequent diagnoses were: F 19.2 and F 10. 2, and the highest percentage of Intensive type of therapy. We consider that the referent research is important for the recognition of the characteristics of the target audience and serves as a subsidy for the care provided, which needs to be planned according to the individual demands, for the success of the treatment.

Descriptors: Psychosocial Attention Center. Mental health. Chemical dependency.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Início da avaliação pela verificação dos sinais e sintomas	24
Quadro 2 – Critérios da OMS para a elaboração de diretrizes diagnósticas para a síndrome da dependência de substâncias psicoativas	24
Quadro 2 – Critérios da OMS para a elaboração de diretrizes diagnósticas para a síndrome da dependência de substâncias psicoativas	25
Quadro 3 – Os códigos dos diagnósticos, de acordo com a CID10 - Parte I . .	25
Quadro 4 – Os códigos dos diagnósticos, de acordo com a CID10 - Parte II . .	26

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A organização dos usuários segundo o gênero. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018	31
Figura 2 – Percentual das idades dos usuários. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018	31
Figura 3 – Percentual do estado civil. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018	32
Figura 4 – Tipo de afinidade das pessoas que residem com os usuários. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018	32
Figura 5 – Distribuição do nível de escolaridade dos usuários. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018	33
Figura 6 – Renda familiar dos usuários. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018	35
Figura 7 – Distribuição das drogas segundo o grau de consumo. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018	35
Figura 8 – Apresentação da faixa etária de início do uso de drogas. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018	37
Figura 9 – Faixa etária e drogas consumidas. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018	37
Figura 10 – Nível de escolaridade e drogas utilizadas. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018	38
Figura 11 – Modalidades Terapêuticas. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP	Código de Endereçamento Postal
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID -10	Classificação Internacional das Doenças edição 2010
GM	Gabinete do Ministro
INPAD	Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e outras drogas
LSD	<i>Lysergsäurediethylamid</i> , palavra alemã para a dietilamida do ácido lisérgico
MA	Maranhão
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime ou Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	16
3.1	Geral	16
3.2	Específicos	16
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
4.1	História da utilização das drogas	17
4.2	Reforma Psiquiátrica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	19
4.3	Epidemiologia	21
4.4	O uso de drogas e a Dependência Química	22
4.5	Tratamento em Dependência Química	26
5	METODOLOGIA DA PESQUISA	29
5.1	Tipo de Estudo	29
5.2	Local do Estudo	29
5.3	Critérios de Inclusão	29
5.4	Critérios de não Inclusão	29
5.5	População e Amostra	30
5.6	Coleta de dados	30
5.7	Análise dos dados	30
5.8	Aspectos Éticos	30
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICE A – Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	49
	APÊNDICE B – Formulário	50
	ANEXO A – Autorização do CAPS AD	52
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado do comitê DE Ética e Pesquisa - CEP	53
	ANEXO C – Termo de Compromisso	57
	ANEXO D – Parecer do Colegiado do CURso - Projeto de TCC	58

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o último Relatório Mundial do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, em 2015, cerca de 250 milhões de pessoas usavam drogas. Dessas, cerca de 29,5 milhões de pessoas - ou 0,6% da população adulta global - usam drogas de forma problemática e apresentam transtornos relacionados ao seu consumo, incluindo a dependência. Os opioides representam os maiores riscos de danos à saúde, entre as principais drogas, com 70% de impacto negativo na saúde, associados aos transtornos relacionados ao uso de drogas, em todo o mundo (UNODC, 2017).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) revela que 64% dos homens e 39% das mulheres adultas relatam consumir álcool regularmente (pelo menos 1x por semana) da população brasileira adulta, 7% já experimentou maconha. Entre os adolescentes, 4% já a consumiram pelo menos uma vez, e mais da metade dos usuários, tanto adultos quanto adolescentes consomem maconha diariamente no Brasil (LARANJEIRA *et al.*, 2014).

Em face disso, o uso abusivo de substâncias psicoativas tornou-se motivo de preocupação na sociedade, devido ao crescimento significativo do consumo dessas substâncias nas últimas duas décadas. E o mais preocupante: o seu uso vem se manifestando cada vez mais cedo, em crianças e adolescentes (TEIXEIRA; MONTEIRO, 2015).

Conforme Reis, Hungaro e Oliveira (2014), o aparecimento de drogas de abuso não acontece de maneira social e territorialmente igual, pelo fato de algumas comunidades estarem mais vulneráveis a essas substâncias e ao impacto decorrente do seu uso. E como sabemos, as consequências do álcool e de outras drogas, nas comunidades, interferem na estabilidade das estruturas, intimidam valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos Estados e das sociedades e colaboram para o aumento dos gastos com tratamento médico e internação hospitalar. Além disso, contribuem para o aumento dos índices de acidentes de trabalho, acidentes de trânsito, violência urbana e mortes prematuras e para a diminuição da produtividade dos trabalhadores (REIS; OLIVEIRA, 2015).

Atualmente, a dependência química constitui-se um fenômeno bastante propagado e debatido, visto que o abuso de drogas representa um grave problema social e de saúde pública (FAVARO; PAULA, 2012). Essa relação droga e dependência química evidencia no campo da saúde, a necessidade de se refletir sobre novas concepções acerca do processo saúde doença, uma vez que esse tema se apresenta interligado à história da humanidade, em todas as culturas e religiões, com utilidades distintas. O homem sempre ansiou por maneiras de aumentar o seu prazer e mascarar o seu

sofrimento (BRASIL, 2015).

Por outro lado, a história natural da dependência química não foi totalmente esclarecida, representando um desafio para a ciência. Pesquisas apontam para os seguintes fatores relacionados ao início do consumo excessivo dessas substâncias nos adolescentes: curiosidade, excitação pela aventura, convivência e pressão do grupo, para reduzir sensações desagradáveis, dentre outros (DALPIAZ *et al.*, 2014).

A Classificação Internacional das Doenças (CID-10) assinala dependência química como o conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que denotam uma relação desarmoniosa entre o indivíduo e uma substância psicoativa (SOUSA *et al.*, 2013). Assim, pautada no mecanismo de tolerância, aponta aumento da frequência das doses, alternado entre diminuição, bem como de abstinências e recaídas (CLARO *et al.*, 2013). Diante do desenvolvimento desse quadro, a droga passa a tomar lugar de destaque. A pessoa oferece seu tempo e energia em prol da obtenção da substância, negligenciando outros aspectos de sua vida.

Analisando o contexto histórico, vemos que a saúde pública brasileira transferiu a responsabilidade da utilização de substâncias psicoativas (SPA) às instituições, como a Justiça, a Segurança Pública, a profissionais de pedagogia e às instituições religiosas (ALVES; ROSA, 2016).

Em 2002, sob influência do movimento da Reforma Psiquiátrica, foram emitidas as Portarias: nº 336, que deu origem ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo O CAPS Álcool e Drogas, direcionado às pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas; e a de nº 816, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003) regulamentadas pela Portaria nº 130, a qual redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas e os respectivos incentivos financeiros (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde preconiza o CAPS como um serviço de âmbito comunitário, o qual tem como objetivo fornecer atendimento para pessoas que sofrem com alterações mentais, cuja gravidade justifica a permanência de cuidados intensivos, comunitários e personalizados. Sua organização se estabelece por meio da estrutura e da clientela a quem é destinada (LEAL; ANTONI, 2013).

Convém ressaltar que os transtornos mentais representam uma das situações crônicas mais predominantes, afetando as pessoas independentemente da classe social a que pertençam e da etapa da vida que se encontram. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), revelam que cerca de 650 milhões de pessoas, no mundo, sofrem de transtorno mental, que se reflete nas relações sociais, levando-as ao sofrimento. Tais relatos implicam o transtorno mental como fator contribuinte para a morbi-

dade e mortalidade prematura (SILVA *et al.*, 2015).

A instituição desses processos, no Sistema Único de Saúde (SUS) indica a necessidade de que se avaliem os resultados obtidos por esses serviços. A OMS estimula a avaliação contínua dos serviços de saúde mental, no intuito de possibilitar a qualidade, analisar a eficiência e conseguir informações para o desenvolvimento de novos programas (MANGUALDE *et al.*, 2013).

Para esses pesquisadores, o aperfeiçoamento dos serviços de saúde mental, depende de uma "atitude epidemiológica", pautada em avanços que incluem a acessibilidade, humanização e o surgimento de estratégias de promoção à saúde, considerando assuntos sociais, relacionamento interpessoal e integração dos usuários.

Esses aspectos chamam a atenção para a importância da caracterização e análise do perfil social, demográfico e clínico de usuários de serviços psiquiátricos e nos levam à seguinte questão: Qual o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas?

2 JUSTIFICATIVA

A mente humana, assim como seus mistérios sempre despertaram nossa curiosidade, de modo que o interesse por pesquisar sobre a dependência química surgiu a partir das práticas na disciplina de Saúde Mental, a qual nos proporcionou a percepção da relevância de estudar o assunto, considerando a observação da variedade de drogas utilizadas e a mudança de comportamento dos internos de um CAPS AD. Essa percepção conduziu-nos à reflexão da utilidade de investigar o perfil dos usuários de um CAPS AD e de como é tratada essa questão nas ações de planejamento e desenvolvimento de intervenções e tratamentos apropriados.

Partindo do pressuposto de que a dependência química pode ser apenas a ponta do iceberg, investigar o perfil dos usuários do CAPS mostra-se fundamental, considerando o desafio presente na produção e transmissão de conhecimento em saúde mental e sua integração na saúde pública. Tais dados são essenciais para a determinação de prioridades no âmbito da saúde mental. É que parte dos problemas vistos se dá pela vulnerabilidade da rede de produção de conhecimento em psiquiatria, a qual não leva em conta, de modo efetivo e criativo, as peculiaridades e demandas dos indivíduos usuários, sobretudo do serviço público de saúde.

Cuidar, em Saúde, requer uma visão complexa do ser a receber os devidos cuidados, por isso é imprescindível compreendê-lo em sua totalidade, atentando, sobretudo, para os traumas, ganhos, as perdas, alegrias e tristezas; seu lugar no mundo e sua história. Isso se faz necessário também à saúde mental, visto que a dependência química, representa um problema de saúde pública, tornando jovens incapazes, o que implica perdas sociais e econômicas.

Sensibilizados pela vivência, tanto nas práticas de Enfermagem como na esfera familiar, os dilemas em assistir dependentes químicos nos fizeram acreditar que estudar o perfil desse grupo pode vir a contribuir para a reflexão sobre os cuidados realizados por enfermeiros e por outros profissionais da Saúde Mental. Além disso, consideramos possível a mudança dos paradigmas que envolvem essa área de saúde, por colaborar no rastreamento de saberes em psiquiatria, o que poderá contribuir, igualmente, para a adoção de um tratamento eficaz de dependentes químicos, considerando a originalidade de uma pesquisa quantitativa envolvendo o perfil de usuários de drogas em CAPS AD, de São Luís, MA.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de São Luís/ MA.

3.2 Específicos

Caracterizar os participantes quanto aos dados sociodemográficos: idade; sexo, escolaridade; profissão; estado civil; renda mensal e pessoas com quem residem.

Investigar a idade de início, tempo de uso e tipo de drogas utilizadas pelos participantes.

Verificar as Modalidades Terapêuticas em que os usuários estão inseridos, considerando a permanência no serviço

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 História da utilização das drogas

A princípio, a palavra droga não designava substâncias que alterassem o funcionamento do organismo humano. De acordo com Escotado (2007), na Antiguidade, gregos usavam o termo *phármakon* para denominar tanto o medicamento quanto o veneno. Trechos de poemas homéricos, como o da *Ilíada* e *Odisséia*, trazem a designação de plantas ou preparos com finalidades medicinais ou em rituais (CARNEIRO; PRIORE, 2005).

A palavra "droga" englobava dois sentidos aparentemente opostos: um, denotando propriedades curativas, e outro, nocivas às substâncias farmacológicas, convenientes ao uso destas. Séculos depois, na Idade Média, surgiu o termo "droga", que passou a ser utilizado com maior frequência para determinar substâncias com efeitos psicoativos (ESCOHOTADO, 2007).

O Glossário de Termos de Álcool e Drogas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) conceitua a expressão "substância psicoativa", assim como "psicotrópico", como sinônimos de "droga". Assinala ainda os vocábulos descritos referentes às substâncias ditas legais ou ilegais, discutidas nas esferas de uso individual e das políticas públicas instituídas.

Neto e Mota (2014) destacam as drogas psicoativas como substâncias que atuam no sistema nervoso central e geram alterações do funcionamento psíquico ou comportamental do indivíduo. Além das utilidades clínicas, evidenciam as implicações no estado de consciência, no desempenho das funções corporais e na realização de rituais.

Em âmbito legal, a palavra "droga" aparece relacionada às substâncias psicoativas, em destaque as drogas ilícitas (como a cocaína, *LSD*, *ecstasy*, entre outras). No Brasil, a definição amparada pela legislação é de drogas como "as substâncias ou produtos capazes de causar dependência", especificado no parágrafo único do art.1º, da Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas – SISNAD (LIMA *et al.*, 2013).

O uso de substâncias psicoativas acompanha a história da humanidade; é uma ação presente em várias sociedades em diversas formas culturais. A utilização de tais substâncias nem sempre foi vista de um modo negativo, interferindo na vida dos homens, ou como motivo para preocupação social (SILVA *et al.*, 2016).

De todo modo, procurou o homem, desde a mais remota antiguidade, encontrar um remédio que tivesse a propriedade de aliviar suas dores, serenar suas paixões, trazer-lhe alegria, livrá-lo de angústias, do

medo ou que lhe desse o privilégio de prever o futuro, que lhe proporcionasse coragem, ânimo para enfrentar as tristezas e o vazio da vida. (SOLLERO, 1979).

De acordo com registros da Pré-história, hominídeos, antecedentes ao Período Neolítico (entre 12.000 e 4.000 anos a. C.), usavam estes preparos em rituais religiosos e cerimônias míticas, para proximidade com seres divinos (ESCOHOTADO, 2007).

Segundo Carneiro e Priore (2005), no Egito antigo, em Roma, na Grécia e nas civilizações asiáticas, consumiam o álcool, o ópio, a cannabis. Nas Américas pré-colombianas, os habitantes usavam tabaco, mascavam folhas de coca, utilizavam fragmentos do cacto peyote, da mescalina e de outras plantas alucinógenas.

Em meados do século III a. C., ocorreu uma significativa estima do homem por ervas com propriedades psicoativas, continuamente empregadas em circunstâncias míticas, terapêuticas e lúdicas. O interesse no manejo "empírico" das drogas, somado à vontade de observação das ações no organismo, atingiu destaque, especialmente no que se refere à ação calmante do ópio. O grande manejo do ópio contribuiu para o surgimento dos primeiros tratados ocidentais referentes à toxicologia (ESCOHOTADO, 2007).

O século XVII marcou o início da produção do conhecimento contínuo do funcionamento do corpo, a ascensão da biomedicina e da medicina ocidental contemporânea. Nesse período ocorreu uma ruptura entre as percepções populares e técnicas em tratamentos (CARNEIRO; PRIORE, 2005). Por volta do século XVIII, demarcado pelo capitalismo liberal, houve uma preocupação do Estado em regradar a utilização de drogas. Com essa ação, o uso passou a ter aplicação moral, digno de condenação, associado a ideologias religiosas.

A essa época, vale salientar, havia o desconhecimento dos efeitos fisiológicos e psíquicos relativos à utilização de psicotrópicos. Porém, um fator contribuinte para a proibição das substâncias psicotrópicas foi sua ampliação comercial (ESCOHOTADO, 2007; NETO; MOTA, 2014). Um ponto – chave descrito por Ribeiro *et al.* (2006), dessa evolução histórica foi a Guerra do Ópio (1839 e 1841) entre Inglaterra e China, pelo domínio comercial da substância, produto de denotação lucrativa e em crescente consumo pela Europa. A vitória foi inglesa, marcando a inauguração do comércio internacional do ópio, prática lícita na época.

Entretanto, o Ato de Farmácia, em 1868, marcou o controle do governo sobre o consumo de drogas, reproduzido pelo Reino Unido, o que ocorreu para regularizar o uso individual de drogas, delegando ao Estado a autoridade de denotar os fármacos de fins terapêuticos. Assim, a dose que poderia ser comprada sem restrições nas farmácias passou a ser contabilizada e considerada remédio, e a dose excedente,

considerada ilegal (ESCOHOTADO, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2006; NETO; MOTA, 2014).

4.2 Reforma Psiquiátrica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, constituído por agentes, instituições e forças de variadas origens em diferentes territórios, nas esferas federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado, nos serviços de saúde, considerando, também, a opinião pública. Seu início se deu na década de 70 e representou transformações práticas, saberes, culturas, somados aos desafios que sua natureza instituiu. Teve como principal objetivo desconstruir o modelo hospitalocêntrico e manicomial que causava separação social, por utilizar muitas vezes instrumentos próximos à tortura (BRASIL, 2005).

A partir da década de oitenta, marco da luta antimanicomial no Brasil, esta foi instaurada durante o Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, o que foi realizado na cidade de Bauru, em São Paulo, no ano de 1987 (COSTA *et al.*, 2016). Esses debates resultaram no projeto de lei que preconiza a Reforma Psiquiátrica no País, o qual entrou em tramitação no Congresso Nacional em 1989 e ainda na Lei Federal nº 10.216/2001, que redirecionou a assistência em saúde mental, propiciando atendimentos nas bases comunitárias dos usuários desse serviço. A mudança no cenário psiquiátrico ensejou a implementação de serviços de saúde mental livres de modelos repressores (BARBOSA, 2017).

Desde então, novas maneiras de cuidar em saúde mental foram incentivadas, contemplando o aspecto psicossocial, com estratégias não mais focadas na doença, mas no respeito à individualidade e às potencialidades das pessoas. Para isso, instalou-se uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial (COSTA *et al.*, 2016).

Em virtude dessas determinações, foi aprovada a Portaria nº 336/2002, do Ministério da Saúde, recomendando novas formas de cuidado em saúde mental, com início e garantia de serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e redes de apoio (associações de moradores de bairros, igrejas, grupos de ajuda mútua, escolas e universidades), no intuito de acolher indivíduos com problemas mentais (BRASIL, 2004).

Dentre os serviços, o CAPS se destaca como promotor da articulação entre os cuidados clínicos e os programas de reabilitação psicossocial, por meio de trabalhos que visam à inserção social, com a construção de vínculos e interação humana, sempre considerando as potencialidades e as limitações individuais, bem como os princípios de cidadania, e estimulando o protagonismo de cada usuário perante sua

vida (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) foram criados por meio da Portaria GM no 224/92, conforme Brasil (2001) e atualmente são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002; são uma rede integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002; BARBOSA, 2017).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, inaugurado em março de 1986, foi criado na cidade de São Paulo e denominado Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A partir dessa iniciativa, foram instalados outros serviços de saúde mental, em vários municípios do país, o que propiciou a consolidação desses serviços como mecanismos úteis para minimizar as internações e promover a mudança do modelo assistencial (SANTOS, 2014).

Considerando a complexidade da questão, os CAPS são categorizados em CAPS I, CAPS II e CAPS III (determinados de acordo com a ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional) com equivalente função de atendimento. Existem, ainda, os CAPS Infantil (CAPS i) e os CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD) (BARBOSA, 2017).

- CAPS I (municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes);
- CAPS II (municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes);
- CAPS III (municípios ou regiões de saúde com população maior que cento e cinquenta mil habitantes, atendendo 24 horas/dia, o que inclui feriados e finais de semana);
- CAPS AD (atendimento de usuários com transtornos provenientes do uso e abuso de álcool e outras drogas, recomendado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes),
- CAPS AD III (municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes, atendendo 24 horas/dia); e CAPS i (referência para o atendimento a crianças e adolescentes, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes)

Fonte: Brasil (2011)

Os CAPS-AD dispõem de atendimento diário e, na categoria CAPS – AD III, o atendimento é proporcionado por vinte e quatro horas (24 horas) por dia inserindo

feriados e finais de semana (BRASIL, 2012). A portaria GM/MS no 336/2002 determina que o CAPS AD deve contar com uma equipe formada por um médico psiquiatra; um enfermeiro com especialização em saúde mental; um médico clínico para a triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior, entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio: técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2011).

Os usuários em atendimento apresentam um projeto terapêutico individualizado (modalidade terapêutica), pautado na necessidade de permanência diária no serviço, de acordo com a Portaria GM 336/02, a saber:

- Atendimento Intensivo - para indivíduos que requerem atendimento diário e apresentam grave sofrimento psíquico. Esse atendimento pode ser domiciliar, se houver necessidade.
- Atendimento Semi-Intensivo – destinado ao usuário, cuja margem de atendimento corresponda a 12 dias no mês. Essa modalidade é indicada quando a desestruturação psíquica da pessoa diminuiu, também pode ser domiciliar, se necessário.
- Atendimento Não intensivo – destinado ao indivíduo que não exige um suporte contínuo da equipe; pode ser domiciliar.

Fonte: Brasil (2004)

Os CAPS-AD devem desenvolver atividades individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também necessitam oferecer condições para o repouso e para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidado e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2012).

4.3 Epidemiologia

Conforme o último Relatório Mundial sobre Drogas, lançado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, em 2015, cerca de 250 milhões de pessoas usavam drogas. Dessas, cerca de 29,5 milhões de pessoas - ou 0,6% da população adulta global - usam drogas de forma problemática e apresentam transtornos relacionados ao consumo de drogas, incluindo a dependência. Os opióides representam os maiores riscos de danos à saúde entre as principais drogas, assim como 70% de impacto negativo da saúde associado aos transtornos relacionados ao consumo de

drogas em todo o mundo (UNODC, 2017). De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde, OPAS (2010), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem de forma abusiva substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

Levantamento realizado pela a OMS (2014) sobre o consumo de álcool nas populações de vários países no mundo mostrou que este é o tipo de droga mais utilizada pelas diversas populações. Estudos sobre o consumo de álcool demonstram que 53% da população brasileira fizeram uso de álcool e que destes, 24% faziam uso com frequência.

No Brasil, pesquisas indicam que 6,8% da população brasileira é dependente de álcool; 3% disseram já ter consumido maconha alguma vez na vida; e 4% da população adulta e 3% dos adolescentes já consumiram cocaína/crack — representando uma parcela significativa da população atingida por essa problemática (LARANJEIRA *et al.*, 2014).

4.4 O uso de drogas e a Dependência Química

A OMS define como droga qualquer substância que não seja gerada pelo organismo, com propriedade para causar alterações em um ou mais sistemas, tendo como sinônimos psicotrópicos e substâncias psicoativas (BRASIL, 2017). Representa toda substância química, natural ou sintética, capaz de modificar um sistema biológico. Em razão desse conceito, existe o termo drogaria para nomear o lugar onde são vendidos os medicamentos (LIMA *et al.*, 2013).

Lima *et al.* (2013) defende a ideia de uma cisão entre esses termos, visto que há ocasionalmente o entendimento de medicamento como substâncias prescritas com indicações terapêuticas, e drogas como aquelas que são capazes de provocar dependência, geralmente comercializadas ilegalmente.

A classificação farmacológica leva em conta a estrutura química das substâncias, seu mecanismo de ação e principais características farmacológicas. Marques e Ribeiro (2006) em Panorama Atual de Drogas e Dependências, descrevem-nas, como: depressoras, estimuladoras e perturbadoras.

As drogas depressoras são aquelas que diminuem ou inibem os mecanismos cerebrais de vigília e podem causar diferentes níveis de relaxamento, sedação, sonolência, anestesia e coma. Dentre as substâncias lícitas, destacam-se o álcool e os benzodiazepínicos, e, entre as ilícitas, o ópio e a maconha.

As estimuladoras são substâncias que geram euforia, a qual aparece com percepção de bem - estar e melhora do humor, ganho de energia e estado de alerta, somado ao crescimento da atividade motora e estimulação cardiovascular. Neste grupo,

considerando as substâncias lícitas, destacam-se as anfetaminas, nicotina e cafeína, e, entre as ilícitas, a cocaína e o crack.

As drogas perturbadoras são as que atuam gerando modificações qualitativas no SNC, sendo também reconhecidas como alucinógenas. Das substâncias ilícitas, apontam-se o LSD e o ecstasy; entre as lícitas, destaca-se a ayuasca (Daime) e alguns cogumelos e cactus. É significativo atentar para esta classificação como uma tentativa de enquadrar as substâncias em parâmetros psicofarmacológicos, considerando os principais efeitos a elas referidos, embora não seja uma regra que todas as pessoas responderão a elas da mesma forma (ABREU, 2009; CARVALHO, 2012).

Para Cambuí e Calorizi (2016), apesar do uso milenar, apenas nos últimos duzentos anos é que o provável vínculo complexo entre as drogas e seus usuários começou a ser pesquisado e discutido como um problema de saúde. Ressaltam ainda que o uso de drogas é considerado como um dos maiores problemas da humanidade no momento.

Por outro lado, uma substância psicoativa apresenta potencial para abuso conforme sua capacidade de gerar no indivíduo vontade de administração repetida e, de acordo com o uso regular, desencadear tolerância: necessidade contínua de quantidades cada vez maiores da droga, no intuito de obter o efeito desejado (CARVALHO, 2012).

Os problemas provenientes do uso de drogas englobam dois grupos: um relacionado ao uso (abuso e dependência) e outro o de induzidos por drogas (intoxicação e abstinência) (ABREU, 2009).

No decorrer da vida, cada indivíduo desenvolve um determinado padrão de consumo de substâncias. Existem diversos padrões, no entanto, são inexistentes padrões seguros para o uso de substâncias psicoativas. Em geral, o parâmetro sofre influência de vários fatores de proteção e risco de meio biológico, psicológico e social (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

Outro padrão conhecido é o uso de risco ou abuso, descrito como um consumo de substância psicoativa que aumenta a probabilidade de problemas, nos quais expõem o indivíduo a uma situação de perigo (CARVALHO, 2012).

A CID10 (1997) define o uso nocivo como um padrão de uso, o qual determina um dano à saúde. Este pode ter caráter físico (os casos de hepatite pelo uso de drogas injetáveis), ou mental (provenientes de episódios depressivos secundários à utilização das substâncias).

A dependência química determina-se como uma condição em que a pessoa não consegue desempenhar suas tarefas do cotidiano de maneira integral, devido ao uso em demasia de uma ou mais substâncias ou pelos efeitos adversos da utilização

(RIBEIRO-ANDRADE, 2013).

Quadro 1 – Início da avaliação pela verificação dos sinais e sintomas

Compulsão para o consumo	A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
Aumento da tolerância	A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
Síndrome de abstinência	O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.
Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo	O consumo de substâncias psicoativas visando ao alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.
Relevância do consumo	O consumo de uma substância torna-se prioridade; mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
Estreitamento ou empobrecimento do repertório	A perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. À medida que a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais. Além disso, passa a ocorrer em locais onde sua presença é incompatível, como, por exemplo, o local de trabalho.
Reinstalação da síndrome de dependência	O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo o indivíduo tendo atravessado um longo período de abstinência.

Fonte: Laranjeira (2003)

Quadro 2 – Critérios da OMS para a elaboração de diretrizes diagnósticas para a síndrome da dependência de substâncias psicoativas

	Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três (3) ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:
1	Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância.
2	Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo.
3	Quando a pessoa pretende usar uma determinada quantidade da substância e acaba consumindo mais do que desejava.
4	Intoxica-se com frequência ou apresenta mal-estar quando é privado do consumo. Continua a usar, mesmo sofrendo pressão no trabalho, na escola, em casa ou quando o uso representa perigos físicos.
5	Passa a usar a substância com maior frequência. Por exemplo, antes usava uma vez por mês, depois passou a usar semanalmente, todos os dias.

Continua

Quadro 2 – Critérios da OMS para a elaboração de diretrizes diagnósticas para a síndrome da dependência de substâncias psicoativas

	Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três (3) ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:
6	Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
7	Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
8	Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos.
9	Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas. Devem-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Fonte: Laranjeira (2003), Cambuí e Calorizi (2016)

Os transtornos produzidos pelo uso de substâncias são identificados por uma letra e dois números. Os diagnósticos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo as bebidas alcoólicas, têm sempre a letra F seguida por dois números que vão de 10 a 19. Esses representam os códigos da CID10 e indicam a quais substâncias psicoativas o transtorno mostra-se ligado, conforme apresenta o Quadro 3.

Quadro 3 – Os códigos dos diagnósticos, de acordo com a CID10 - Parte I

F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.
F11	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos.
F12	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de <i>canabinóides</i> (maconha).
F13	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos.
F14	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína.
F15	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína.
F16	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos.
F17	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo (tabaco).
F18	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis.
F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

Fonte: Cambuí e Calorizi (2016)

O terceiro número indicado pela CID10 é acrescentado ao Código no intuito de assinalar a categoria do transtorno como indica, o Quadro 4.

Quadro 4 – Os códigos dos diagnósticos, de acordo com a CID10 - Parte II

0	Intoxicação aguda.
1	Uso nocivo para a saúde.
2	Síndromes de dependência.
3	Síndrome estado de abstinência.
4	Síndrome de abstinência com delírios.
5	Transtorno psicótico.
6	Síndrome amnésica.
7	Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia.
8	Outros transtornos mentais ou comportamentais.
9	Transtorno mental ou comportamental não especificado.

Fonte: Cambuí e Calorizi (2016)

A CID10 determina, também, que a intoxicação aguda representa o estado precedente ao uso de uma substância psicoativa; compreende perturbações da consciência, cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento. Já o desenvolvimento de sintomas de abstinência é entendido como uma síndrome aparente após a interrupção do uso, ou redução do consumo, ligada ao comportamento compulsivo. Este gera alterações físicas e comportamentais, com dano cognitivo e fisiológico, ocorrendo a necessidade afligente de consumir a substância, na intenção de reduzir as manifestações provenientes da sua falta (CARVALHO, 2012).

Segundo Cambuí e Calorizi (2016), a correlação dos fatores de risco designa o desenvolvimento do consumo da droga. Eles ressaltam que um fator de risco isolado não leva à dependência.

De acordo com o Marques e Ribeiro (2006):

Dentre os fatores biológicos, destacam-se a predisposição genética, a capacidade do cérebro de tolerar presença contínua da substância, a tendência do corpo em metabolizar a substância e a natureza farmacológica desta, tais como potencial de toxicidade e dependência, ambas influenciadas pela via de administração escolhida. Nos psicológicos há distúrbios do desenvolvimento, doenças psiquiátricas: ansiedade, depressão, déficit de atenção e hiperatividade e transtornos de personalidade, alterações do comportamento, baixa capacidade de suportar as adversidades e déficits de habilidades sociais. Nos fatores sociais a estrutura familiar disfuncional: violência doméstica, abandono, exclusão e violência social, baixa escolaridade, escassas oportunidades de lazer, pressão de grupo para consumo e ambiente estimulador do uso.

4.5 Tratamento em Dependência Química

Conforme Branco *et al.* (2017), inúmeros problemas de saúde estão ligados ao consumo e à dependência de substâncias psicoativas. Isso requer maior cuidado dos profissionais de saúde e demanda, respostas e políticas públicas adequadas que possam solucionar ou minimizar esses dilemas em diversas sociedades.

A dependência química representa um transtorno multifacetado e complexo,

não sendo possível discuti-lo em uma única perspectiva. Ao buscar ajuda, o usuário encontra-se com diferentes demandas clínicas e sociais que interferem em seu funcionamento e necessitam ser consideradas de maneira individual (CARVALHO, 2012).

O dependente químico é uma pessoa em crise, em um conflito consigo mesmo, que se estende à família e à sociedade. Constitui-se como um ser emotivamente frágil, impossibilitado de assegurar relações interpessoais bem sucedidas. Vê no álcool e em outras drogas um refúgio. É notável na dependência essa relação desarmoniosa entre o usuário e o modo de consumo das substâncias psicoativas (CAMBUÍ; CALORIZI, 2016)

No tratamento os focos são tanto o uso das drogas como as condições que contribuíram para o comportamento. O tratamento é processado pela avaliação minuciosa dos comprometimentos; manejo da abstinência, desintoxicação (conforme necessidade), pelo planejamento e pela implantação de estratégias terapêuticas globais (CARVALHO, 2012). Devem ser consideradas várias ações: a interação familiar, o distanciamento do grupo e de locais em que o dependente consumia as drogas e o estímulo a outras formas de socialização, como novos grupos, igreja e ajuda profissional (CAMBUÍ; CALORIZI, 2016).

Tais ações estratégicas devem levar em consideração fatores complicadores, dentre os quais: a baixa adesão e a falta de motivação para o tratamento, que provocam constantes recaídas. Estudos mundiais indicam alto índice de recaídas dos dependentes químicos, independentemente da modalidade de tratamento, mostrando a motivação relevante à adesão ao tratamento (SOUSA *et al.*, 2013).

Ferreira *et al.* (2015) apontam que os aspectos considerados intrínsecos ao dependente químico atingem diretamente a adesão ao tratamento, sendo a motivação um dos fatores mais importantes para a facilitação da reabilitação e do tratamento. Ainda ressaltam como fatores externos a falta de apoio da família e condições socioeconômicas (como a ausência de recursos financeiros para locomoção até o local de tratamento).

Outra condição destacada é a ideia fantasiosa dos dependentes químicos de que apenas a medicação favoreça a reabilitação (KANTORSKI *et al.*, 2013). Ferreira *et al.* (2015) referem-se a este motivo como uma dificuldade de adesão às demais atividades propostas ao tratamento. Além disso, afirmam que a medicação necessita ser considerada um dos recursos terapêuticos, auxiliadora na qualidade de vida, adjuvante a outras ações terapêuticas.

Cambuí e Calorizi (2016) evidenciam que a internação não apresenta uma solução para todos os dependentes e o tempo desta pode variar de mais curto a algumas semanas. Ressalvam como efeitos da internação a proporcção de um ambiente seguro,

no qual o indivíduo aparece distante do meio no qual usava a droga e tem a oportunidade de se recuperar física e mentalmente. O tempo de internação se dá conforme a evolução do paciente e a estrutura da clínica e o programa.

O tratamento ambulatorial (sem internação) apresenta como principal benefício a oportunidade de tratamento, sem distanciamento do meio familiar, profissional e social. Todavia, o tratamento adequado estabelece-se de acordo com a avaliação profissional do perfil do paciente associada à escolha deste (CAMBUÍ; CALORIZI, 2016).

Vale ressaltar que o estabelecimento e manutenção de uma aliança terapêutica contribui para conseguir a confiança do paciente e favorece seu envolvimento e o de outros significantes no processo (CARVALHO, 2012).

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório, documental e retrospectivo. A pesquisa descritiva / exploratória favorece uma primeira aproximação com o tema, familiarizando o pesquisador com os fatos referentes ao problema a ser estudado e com a observação, o registro e a descrição do objeto de estudo. Os dados são distribuídos de forma quantitativa, por meio de gráficos e tabela.

O estudo documental visa ao levantamento de documentos como base, e a coleta de informações é realizada em materiais que não receberam qualquer tipo de análise crítica (FONTELLES *et al.*, 2009).

5.2 Local do Estudo

O Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas Estadual (CAPS AD), inaugurado em dezembro de 2008, localizado na Rua Conde D'Eu, sem número - Monte Castelo, São Luís - MA, CEP: 65030-330. Telefone: (98) 3236-4741.

O horário de funcionamento é das 07h30 às 17h30 de segunda à sexta – feira. São três modalidades de terapêuticas: intensivo, semi-intensivo e não intensivo, de acordo com o grau de evolução do paciente. O CAPS AD Estadual atende adultos de ambos os sexos que apresentam dependência a substâncias psicoativas, independentemente do histórico de tratamento.

5.3 Critérios de Inclusão

Incluimos na pesquisa os prontuários dos pacientes assistidos no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017 no CAPS AD Estadual, independentemente de idade e sexo.

5.4 Critérios de não Inclusão

Não foram incluídos os prontuários de pacientes que abandonaram o tratamento há mais de 6 (seis) meses. Optamos por este critério, considerando um tempo mínimo de três meses para a adesão, e mais de 3 (três) meses, totalizando 6 (seis) para a afirmação. O CAPS AD não adota uma duração determinada do tratamento, porque o alvo não é a “cura”, propriamente dita, mas a abstinência, a qual pode demandar um longo acompanhamento, dependendo da condição do usuário.

5.5 População e Amostra

A população foi constituída por 2.000 prontuários de pacientes que realizaram tratamento psiquiátrico no CAPS AD no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, organizados após a aplicação dos critérios. Para estimar o parâmetro proporção, utilizamos o nível de significância de 95% (1,96), o erro < 1%. A amostra foi aleatória simples com população conhecida, tendo como critério de extração a enumeração da população. Usamos ainda, uma calculadora com número randômico para a obtenção da amostra de 153 prontuários e a fórmula:

$$n = \frac{NG^2\left(\frac{Z\alpha}{2}\right)^2}{(N-1)e^2 + G^2\left(\frac{Z\alpha}{2}\right)^2} \quad (5.1)$$

5.6 Coleta de dados

A coleta foi realizada em 153 prontuários de pacientes que fizeram tratamento no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, auxiliada por um formulário (APÊNDICE B) com questões relacionadas à idade, escolaridade, ao estado civil, nível socioeconômico, à história com o uso de drogas e à modalidade do tratamento. Esta efetuada de setembro de 2017 a fevereiro de 2018, após a autorização formal da direção da instituição para o acesso livre aos prontuários.

5.7 Análise dos dados

Os dados foram registrados, identificados por códigos numéricos, organizados em uma planilha Excel®2007 e analisados de maneira quantitativa e descritiva com o auxílio do software estatístico Epi info, expressos por médias, medianas, valores mínimos, desvio padrão e por frequências e percentuais, apresentados em forma de gráficos e tabela. O programa é de domínio público e pode ser obtido por meio do site do CDC – Centers for DiseaseControl– Atlanta (www.cdc.gov).

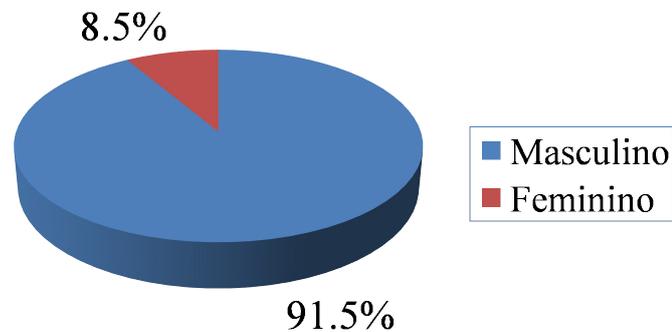
5.8 Aspectos Éticos

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa - CEP, em atendimento aos requisitos da Resolução no 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CSN). Por se tratar de estudo documental, foi encaminhado uma Solicitação de Dispensa de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A). A coleta de dados da pesquisa iniciou após aprovação ética.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 153 prontuários, nos quais constatamos a prevalência do público masculino 140 (91.5%) e 13 (8.5 %) do público feminino.

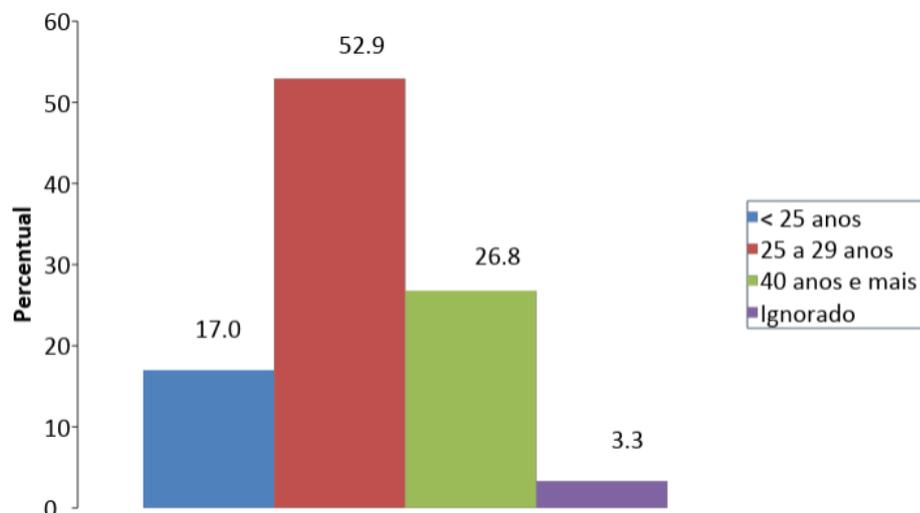
Figura 1 – A organização dos usuários segundo o gênero. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018



A predominância masculina reforça dados encontrados em outros estudos. Faria e Schneider (2009) ressalta que a população masculina é mais atingida pelo problema da dependência às drogas, levando assim à conseqüente procura por tratamento. Também as questões culturais, associadas a ideias preconceituosas ligadas ao próprio usuário de drogas, principalmente relacionadas às mulheres, são fatores contribuintes para a diferença numérica.

Um estudo realizado no Piauí relata que em relação ao gênero para busca do tratamento, as mulheres sentem vergonha da doença, o que resulta em afastamento da terapêutica (MONTEIRO *et al.*, 2011). Quanto à idade dos usuários, variou entre 18 e 66 anos, com média de 35 anos. A maior demanda está representada pela faixa etária entre 25 e 29 anos (52.9 %), conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Percentual das idades dos usuários. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018



Freitas, Silva e Araújo (2012) assinalam que os transtornos mentais têm início na fase jovem, fase produtiva da vida, de inserção no mercado de trabalho e dos conflitos psicológicos.

No CAPS AD Monte Castelo, 72.5% são solteiros, conforme indicado na Figura 3. Já 60.8% dos prontuários mostravam que os pacientes residem com parentes (pai, mãe, tia, irmãos, avó...); 15.7% com esposo (a); 3.3% moram sozinhos e 7.2% configuram outras formas de residência, como abrigos e situação de rua (ver Figura 4).

Figura 3 – Percentual do estado civil. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018

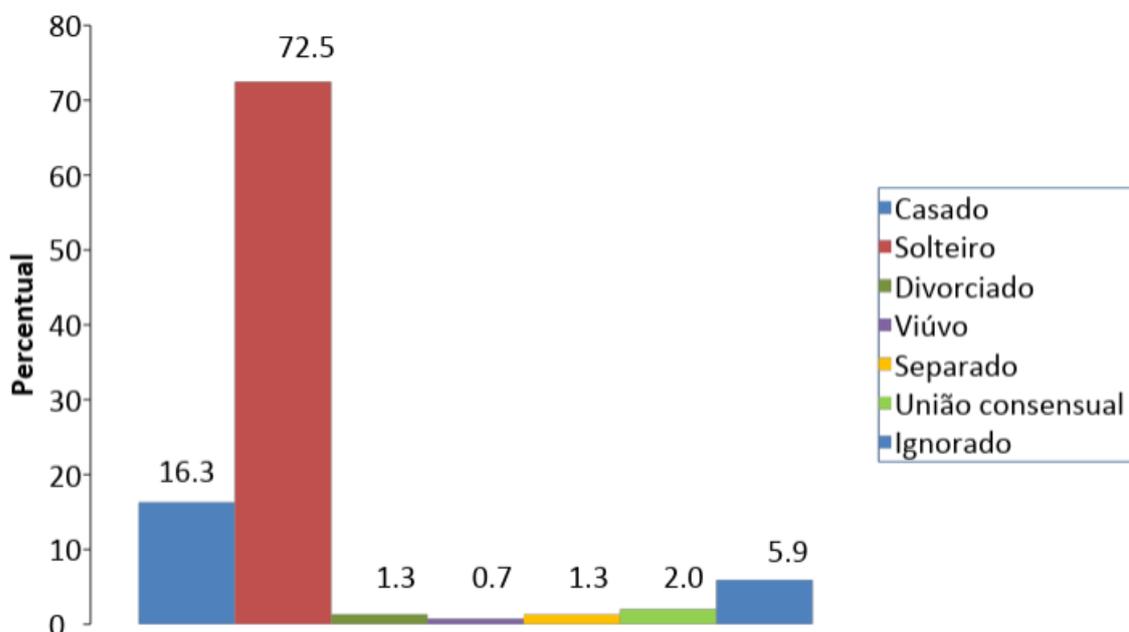
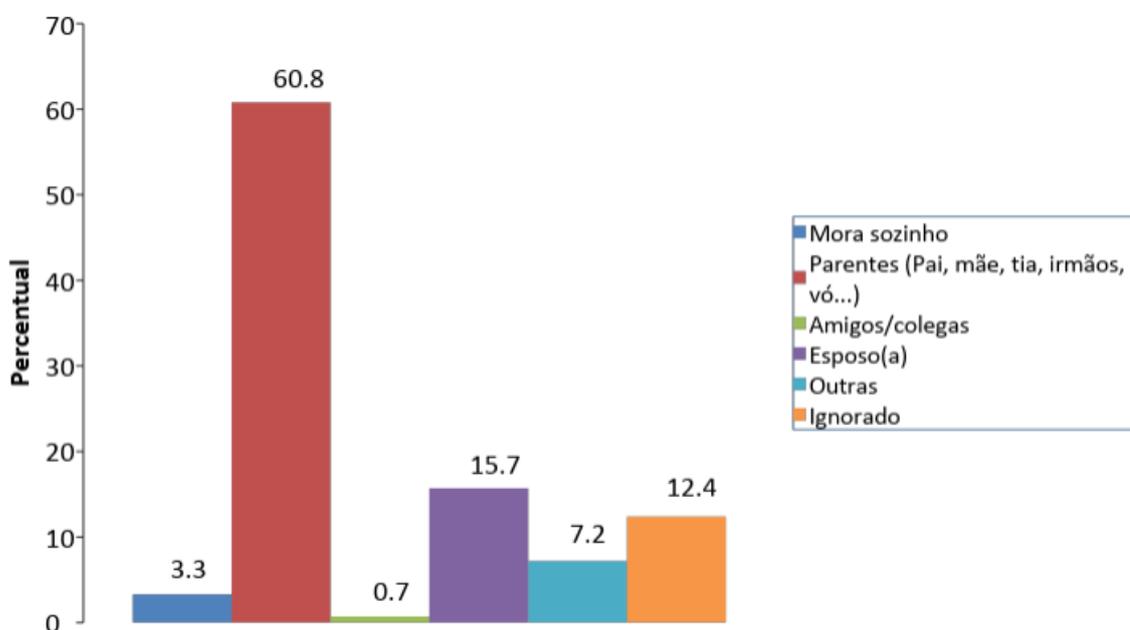


Figura 4 – Tipo de afinidade das pessoas que residem com os usuários. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018



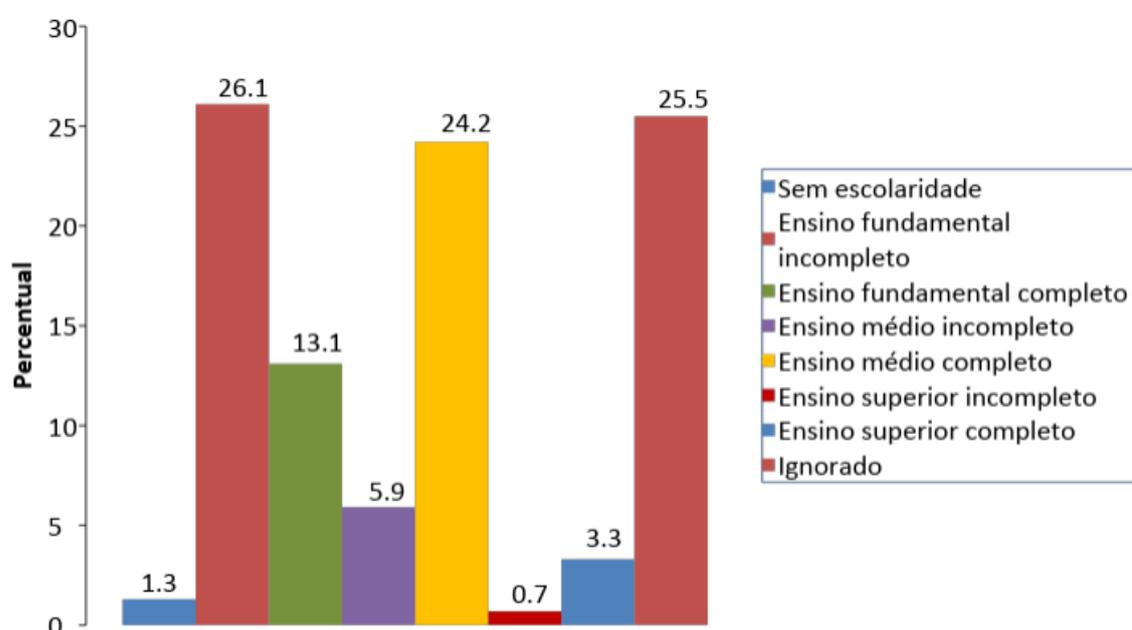
De acordo com Silva *et al.* (2017), residir com a família pode significar um fator de risco ou proteção, dependendo da composição familiar e da relação estabelecida entre seus membros. O processo do "adoecer psíquico" não é bem entendido pela sociedade como uma doença, sendo assim, ocorre uma definição não apenas fundamentada em fatores ditos biológicos, mas determinada pela base cultural e por valores, o que resulta, às vezes, na exclusão social e no isolamento, pela falta de enquadramento em padrões habituais. Essas atitudes interferem no acesso à educação e na constituição de uma união conjugal.

A literatura assinala a condição de solteiros em sua maioria, também pelo papel prioritário que a SPA assume na vida do usuário. Dessa forma, a constituição de uma família torna-se secundária (SILVA *et al.*, 2017).

Averiguando o território do estudo, São Luís apresenta um número significativo de bairros e uma constante remarcação destes. E considerando o CAPS AD como uma instituição de caráter estadual, esta apresenta uma variada demanda. Dentre a proveniência dos usuários, oriundos dos bairros da cidade, destacam-se: Centro - 6.5%; Anjo da Guarda - 5.9%; Cidade Operária - 3.9%; Liberdade - 3.3%; São Francisco - 3.3%; Coroadinho, Anil, Bairro de Fátima, Turu e Vila Embratel - 2.6% cada. Um dos usuários era procedente do município de Açailândia. Dos prontuários analisados, 7,2% não apresentaram a informação instituída como "Bairro".

Quanto à escolaridade, 26.2% possuem ensino fundamental incompleto. Encontrou-se um Veterinário, um Professor, um Engenheiro, um Jornalista e um Empresário, com superior completo; 2 (dois), representando um percentual de 1.3 % não têm escolaridade. Figura 5.

Figura 5 – Distribuição do nível de escolaridade dos usuários. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018



Há uma variedade de profissões/ocupações dispostas, e as que mais aparecem são: Pedreiro e Auxiliar de Pedreiro - 7.2 %; Autônomo - 7.2 %; Mecânico - 2.6%; Eletricista - 2 % e Garçom - 1.3%. No entanto, 67.3% não informaram qualquer profissão. Quanto à ocupação/profissão e vínculo empregatício, 31.4% estão desempregados.

Para Dalpiaz *et al.* (2014), uma explicação sobre o papel prioritário desempenhado pelas drogas na vida dos usuários pressupõe a não aceitação de restrições e a resistência à disciplina como dificuldades para retomar aos estudos ou ao trabalho.

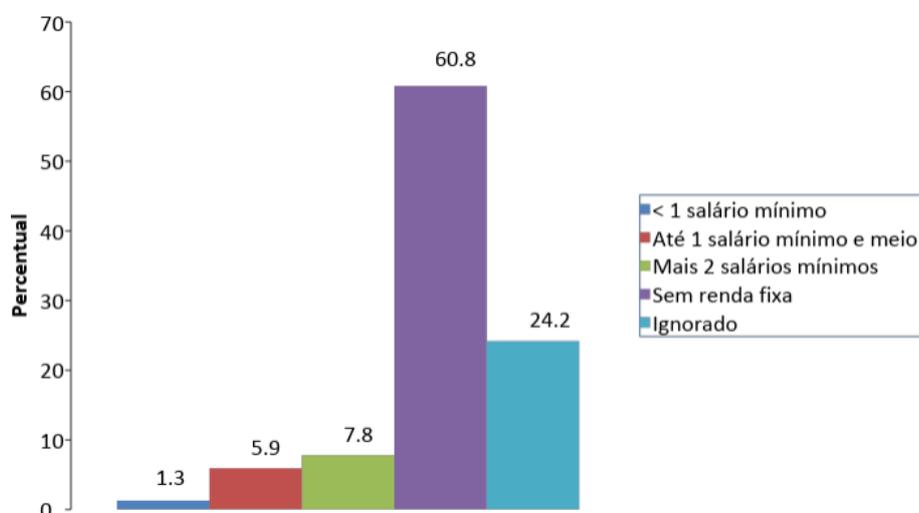
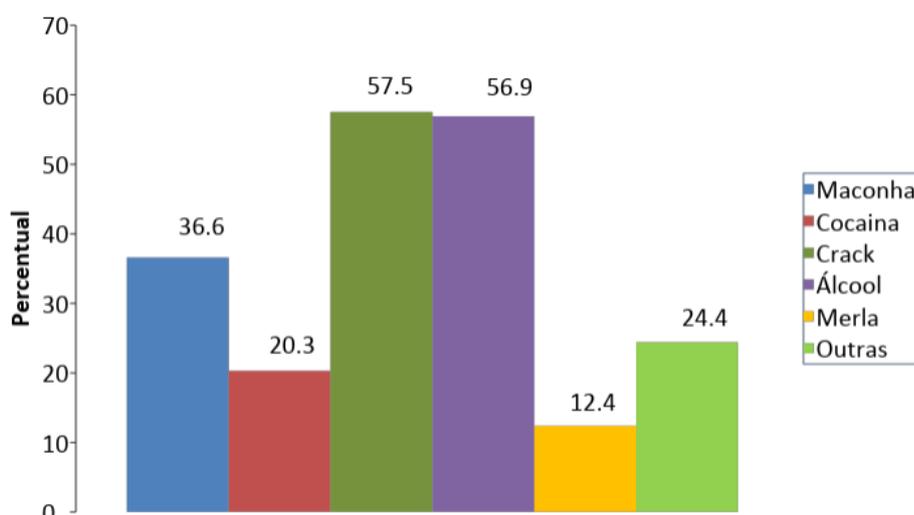
A correlação entre o uso de substâncias psicoativas e a baixa escolaridade está presente na maioria das pesquisas. Imagina-se que esta associação esteja vinculada aos danos cognitivos de percepções, memória e pensamentos, os quais resultam em problemas na aprendizagem e no rendimento e, conseqüentemente, no abandono escolar.

Um estudo ocorrido em um CAPS AD de Campinas demonstrou dados discordantes: 40% dos usuários têm ensino médio completo, o que nos leva a inferir como principal motivo o fato de esse CAPS ser referência para os distritos de saúde com maior renda *per capita* do município estudado, tornando - se esse fato justificativa para o nível de escolaridade desses usuários. Esta diferença aponta para a relação entre renda *per capita* e investimento em educação, como condições colaboradoras para o nível de escolaridade dos indivíduos (SILVA *et al.*, 2017). Porém, o referente caso conduz a uma reflexão: o maior grau de instrução não impossibilitou o envolvimento com as drogas, circunstância que denota a dependência química como um problema de saúde pública, podendo afetar pessoas independentemente do grau de educação que possuem.

Foi constatada a maioria dos usuários do CAPS AD Monte Castelo, 60,8%, como sem renda fixa, seguidos de 7.8% com mais de 2 (dois) salários mínimos (o salário mínimo vigente no início da pesquisa era de R\$ 937,00), levando em consideração a renda da casa. Figura 6.

Na análise do perfil clínico dos pacientes, verificamos uma média de 20 anos de consumo e, dentre as drogas utilizadas, foram computadas todas as relatadas pelo indivíduo no momento da admissão, apuradas nos prontuários. Não foi instituído um critério de priorização das drogas; consideramos relevantes para a pesquisa todas aquelas usadas. A maioria faz uso de Crack (57,5 %), em segundo lugar o Álcool (56,9%). Figura 7.

O crack não representa uma droga nova; teve seu início nos Estados Unidos, na década de 80, mas no Brasil apareceu no final desta década. O seu acesso é facilitado, devido principalmente ao seu baixo custo, inferior ao da cocaína, droga aspirada ou injetada (UNODC *et al.*, 2009) .

Figura 6 – Renda familiar dos usuários. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018**Figura 7** – Distribuição das drogas segundo o grau de consumo. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018

É uma droga com alto potencial para induzir à dependência ou ao uso contínuo. Provoca uma vontade irresistível de se consumi-lo (fissura), mesmo quando o indivíduo para de utilizá-lo. Fumar é a via mais rápida de fazer o crack chegar ao cérebro e, provavelmente, esta seja a razão da rápida progressão à dependência. Os primeiros efeitos surgem de 10 a 15 segundos. Acredita-se como outro fator contribuinte para o alto índice de consumo a curta duração de seu efeito, em média, 5 minutos (BRASIL, 2017).

Ribeiro *et al.* (2012) destacam que a dependência causada pelo crack também é instituída como uma doença, a qual precisa de cuidado com metas e intervenções, levando em conta as especificidades e necessidades de cada paciente, e, em muitos casos, por longo prazo.

Uma pesquisa realizada em Campo Grande (MS) por Peixoto *et al.* (2010), que também analisa o perfil de usuários de CAPS AD, constatou que a maioria utilizava

álcool, denotando as divergências da utilização de drogas por região no País. Apesar dessa afirmação, o II Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (LENAD) indicou as regiões Sul e Sudeste com a maior concentração de usuários de crack (LARANJEIRA *et al.*, 2014). Essas diferenças evidenciam a dificuldade em contabilizar os usuários de drogas, principalmente os dependentes de crack, os quais, muitas vezes, acabam em situação de rua e não recebem o devido tratamento.

Informações contidas nesse Levantamento reafirmam o alto índice de problemas com as bebidas alcoólicas mostradas nesta pesquisa. O Levantamento domiciliar aponta 11.700.000 de pessoas dependentes do álcool, dados alarmantes (LARANJEIRA *et al.*, 2014). Presume-se a situação como geradora de complicações físicas, psicológicas e sociais.

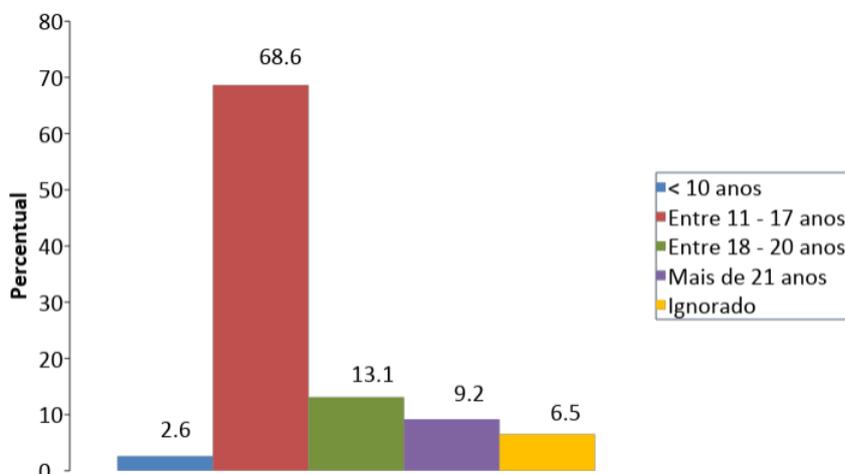
Mangueira *et al.* (2015) apontam como aspecto contribuinte para o consumo de bebidas alcoólicas o amplo espaço na mídia oferecido às indústrias que as fabricam, intensificando a permissividade social. Um exemplo para a situação são as propagandas de cerveja, direcionadas cada vez mais ao público jovem, com diversas mensagens de incentivo ao seu uso.

Cerutti, Ramos e Argimon (2015) assinalam a necessidade de compreender os efeitos do alcoolismo nas diversas interações sociais do indivíduo, como, por exemplo, na família. Enfatizam o papel cultural desempenhado pelo álcool, visto como um agente facilitador da sociabilidade, e sendo uma droga lícita, ganha um valor positivo. No entanto, para diversas pessoas que sofrem direta ou indiretamente com a dependência alcoólica, agrega um sentido de dissociação, apresentando-se como um causador de rupturas sociais, assim como as demais drogas.

Quanto à faixa etária de início do uso, é notória entre 11 e 17 anos, com 68.6%, idade de jovens no estágio inicial da adolescência. Tratando-se de uma fase de exposição a vários fatores de risco, isso os torna vulneráveis ao uso de drogas e a problemas a elas relacionados. Figura 8.

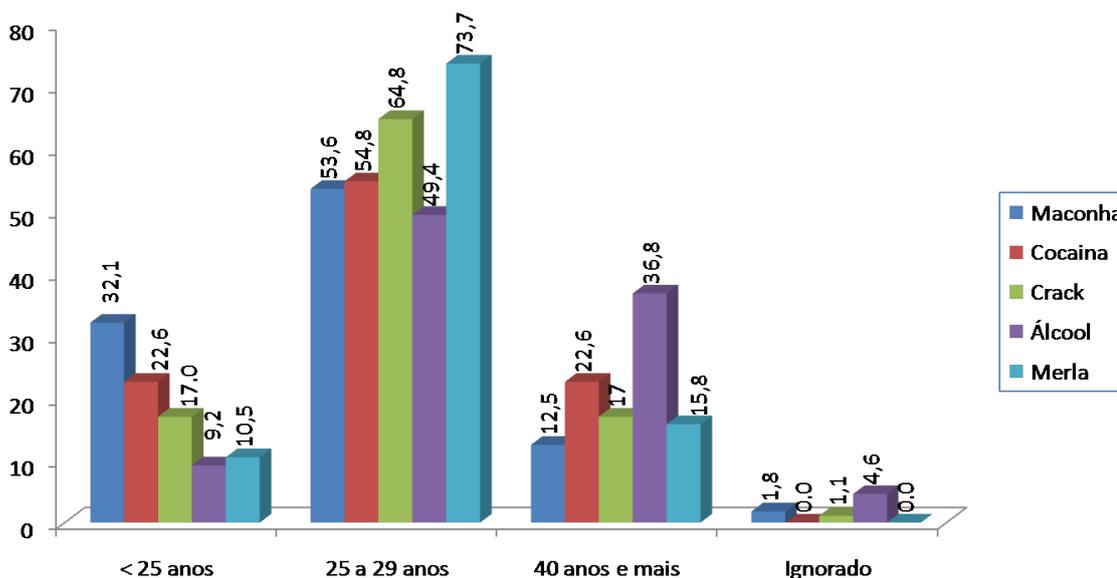
Uma pesquisa realizada com estudantes mexicanos do ensino médio confirma que, geralmente, quando o adolescente começa a utilizar drogas, tem idade maior que 13 anos, frequenta a escola, mora com os familiares e tem um relacionamento complicado com estes. Houve predominância do sexo masculino. Usa drogas, primeiramente por curiosidade, ou para fugir do enfrentamento de situações desagradáveis. Mostra como primeiras drogas experimentadas o álcool e o tabaco (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009). Esta disposição para o aumento do consumo de drogas por adolescentes corrobora outro estudo, realizado pelos Estados Unidos, que investigou o consumo de drogas por escolares nos anos de 2011 a 2015 (ARRAZOLA *et al.*, 2015).

Figura 8 – Apresentação da faixa etária de início do uso de drogas. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018

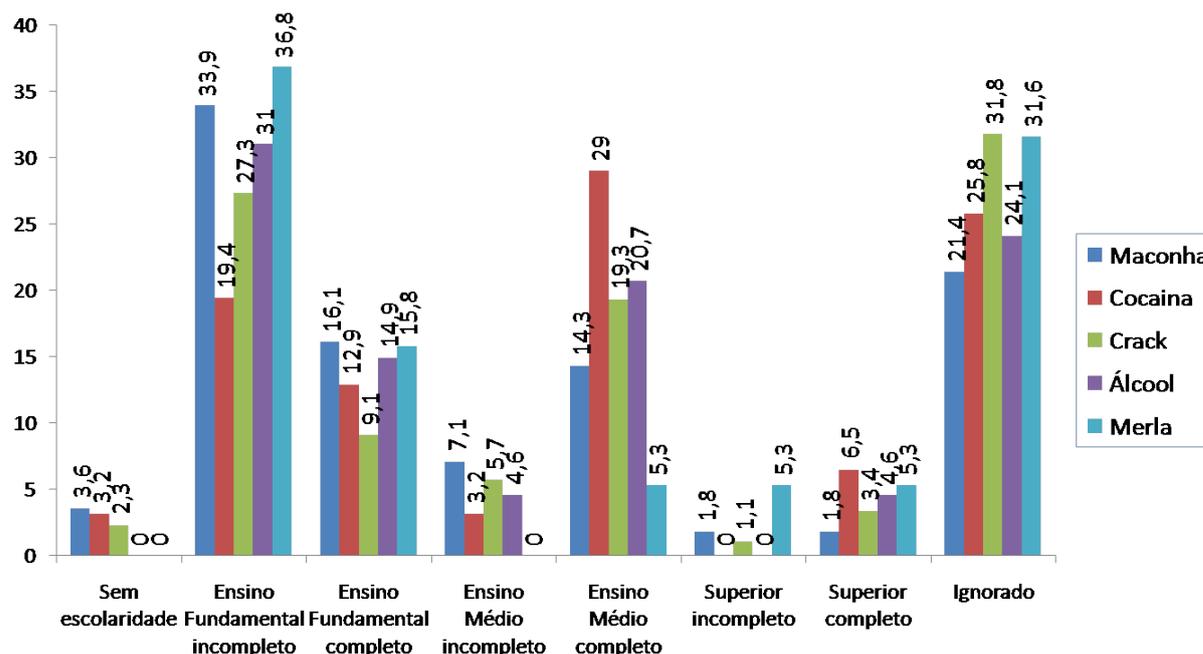


Relacionando as faixas etárias que constituem o CAPS AD e o tipo de droga utilizada, percebemos, de acordo com a Figura 9, que os usuários com idade inferior a 25 parecem apresentar uma preferência pela maconha (32, 1%); os de 25 a 29 (73,7%), pela merla, seguido do crack (64,8%) e os com idade de 40 e mais, pelo álcool (36,8 %). Constatamos o aumento da idade para a população vigente consumidora do álcool, dado que coincide com outros estudos. Esta situação pode estar interligada a fatores culturais e ao incentivo dos meios de comunicação.

Figura 9 – Faixa etária e drogas consumidas. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018



O cruzamento de dados entre nível de escolaridade e drogas consumidas, conforme a Figura 10, mostrou que os indivíduos com fundamental incompleto, prevalentes na pesquisa, consomem em maior percentual a merla (36,8%), maconha (33,9 %) e o crack (27.3 %). Nossa pesquisa ainda demonstrou que os usuários com superior completo consomem mais a cocaína (6,5%).

Figura 10 – Nível de escolaridade e drogas utilizadas. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018

A distribuição do consumo das drogas manifesta-se interligada aos diagnósticos, critério CID-10, encontrados neste estudo. O predominante foi o F 19.2 - 79 casos, (51.7%) o qual constitui uso e dependência de múltiplas substâncias psicoativas, seguido do F10. 2: transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência, 24 casos, 15.7% . Ver Tabela 1.

Tabela 1 – Diagnósticos (CID – 10) encontrados nos prontuários dos pacientes. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018

CID-10	N	%
DIFICULDADE DE CONCENTRACAO	1	0.7
F10.2	24	15.7
F10.5	14	9.2
F12.2	4	2.6
F14.2	3	2.0
F14.2, F12.2	1	0.7
F17.2, F14.2	1	0.7
F19 -	2	1.3
F19.2	79	51.6
F19.2, F14.0, F70	1	0.7
F19.2, F19.5	1	0.7
F19.4	1	0.7
F19.5	11	7.2
F40, F19	1	0.7
HIPERATIVIDADE	1	0.7
IGNORADO	8	5.2
TOTAL	153	100.0%

Fonte: Elaborado pelos autores

Dentre os indivíduos que apresentam o uso abusivo de múltiplas drogas, pesquisas indicam a combinação de substâncias psicoativas depressoras do sistema nervoso central, bastante citadas pelos usuários como maneira de conter a "fissura" para

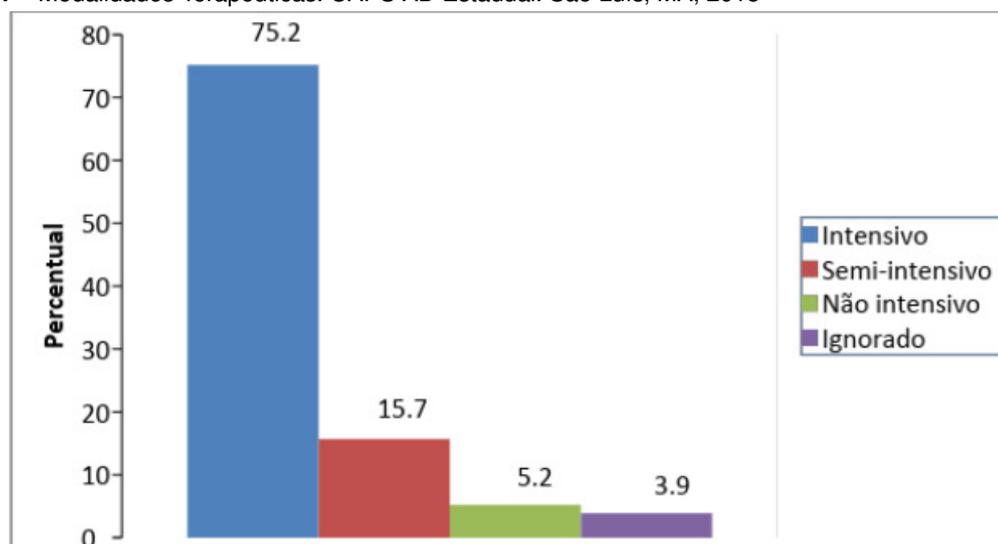
usar o crack. Faria e Schneider (2009) indicaram em sua pesquisa a associação da *canabioides* (maconha) e cocaína como de maior incidência.

O predomínio da merla como droga de escolha da faixa etária entre 25 a 29 anos (Figura 9); imaginamos que esteja relacionado à semelhança dos efeitos desta com a cocaína e o crack, todos derivados da coca, apresentando a merla um baixo custo, comparada ao da cocaína.

Um mesmo paciente pode consumir várias drogas e apresentar complicações provenientes dessas associações. Presumimos que esta circunstância se expressa interligada aos resultados obtidos nos dados cruzados expostos nas Figuras 9 e 10.

Xavier e Monteiro (2013) indicam a existência da combinação de crack a outras substâncias como favorável para o agravamento do quadro de saúde do usuário, por possibilitar o desenvolvimento de dependências múltiplas, representando um obstáculo na recuperação, retardando sua reinserção social. Um fato que parece estar relacionado ao maior percentual da modalidade terapêutica tipo Intensivo, com 72.2 %, encontrado em nosso levantamento, como mostra a Figura 11.

Figura 11 – Modalidades Terapêuticas. CAPS AD Estadual. São Luís, MA, 2018



A ideia do cuidado desenvolvido em vários espaços baseia-se em uma prática intersetorial e pode significar respostas a questões complexas como o da dependência a substâncias psicoativas. Para atingir esse nível de cuidado, fazem-se necessárias ações integradas e articuladas entre vários setores da sociedade, como: saúde, educação, segurança, trabalho e renda (SILVA *et al.*, 2017).

Silva *et al.* (2017) ainda realçam que, quando se refere ao setor saúde, intensifica-se a necessidade de implantação de práticas apoiadas à perspectiva de redução de danos, enfatizando a acessibilidade dos usuários, os quais frequentemente não chegam à rede pelas portas instituídas. Essa situação destaca os problemas sociais decorrentes da dependência ao álcool e outras drogas, configurando a vulnerabilidade

dessas pessoas à marginalização, considerando-se como agravante a adoção de uma visão higienista por profissionais da área da saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou-nos identificar o perfil dos usuários de um CAPS AD de São Luís/MA. No que se refere aos pesquisados, observamos que a maioria é composta por homens, cuja idade varia entre 25 e 29 anos e com ensino fundamental incompleto. São solteiros, residem com os parentes. Não informaram ocupação/profissão, e a renda da casa não é fixa. Um significativo número faz uso de múltiplas drogas, sendo o crack a droga mais utilizada, seguida do álcool. Iniciaram o uso de drogas no começo da adolescência. Os de faixa etária de 25 a 29 anos e com fundamental incompleto parecem apresentar uma predileção pela merla, o que nos leva a inferir que isso ocorra em razão da proximidade de efeitos desta droga com os do crack e da cocaína.

Acreditamos que a compreensão do perfil sociodemográfico e clínico dos usuários de SPA, que procuram os serviços públicos de saúde, tende a colaborar com a criação de políticas públicas e na reabilitação psicossocial, refletindo na assistência integral, considerando as particularidades dos indivíduos.

Entretanto, os resultados obtidos em nossa pesquisa indicam a necessidade de despertarmos uma visão sensibilizada dos usuários de álcool e outras drogas, no que concerne à percepção da amplitude do problema, o qual atinge esferas políticas, sociais e econômicas. Dentre os desafios enfrentados para a organização de práticas intersetoriais, principalmente ligadas à inclusão social, encontram-se os paradigmas, relacionados em sua maioria às concepções higienistas e à própria consumação da exclusão dessas pessoas.

Assim, faz-se indispensável a percepção do significado dos fatores de risco, como desencadeadores de uma possível dependência às drogas, e dentre estes, destacam -se o biológico, social e o psicológico. Convém ressaltar também que, para um cuidado de qualidade, o profissional precisa ficar atento ao meio no qual esse usuário está inserido, sua composição familiar, situação econômica, bem como as doenças associadas. Pesquisas indicam estes como aspectos importantes no processo de predisposição ao consumo de drogas e complicações provenientes desse consumo.

Por outro lado, percebemos a interferência da dependência química em vários âmbitos da vida dos indivíduos, situação evidente na idade de início da utilização das drogas e da busca do tratamento, fases produtivas da vida, na adolescência e jovens - adultos. Este fato vem corroborar os dados sociodemográficos encontrados neste estudo.

Outro ponto de destaque é o papel importante desempenhado pela SPA na vida do usuário, condição que pode está relacionada ao seu afastamento de atividades, contribuinte para a alta taxa de desemprego e a falta de ocupação/profissão entre

os indivíduos, além da violência como forma de conseguir recursos financeiros para manter o vício.

Analisando o perfil clínico, constatando em primeiro lugar o crack, dentre as drogas mais consumidas, acreditamos que devido às características da droga, de rápida absorção e efeito, causa assim no usuário uma necessidade quase instantânea de consumi-la cada vez mais, além do baixo custo pelo qual é oferecida. O segundo lugar é ocupado pelo álcool, o que nos leva a presumir que seja pelo valor cultural a ele atribuído, como droga lícita, e porque move interesses financeiros e ainda ter seu uso estimulado pela mídia.

É oportuno mencionarmos também que nos deparamos com limitações, na realização deste trabalho, sobretudo no que diz respeito à falta de registros, uma vez que se trata de um levantamento realizado em prontuários. Daí, enfatizarmos a necessidade e o valor das anotações feitas por profissionais da área da saúde, pois servem de embasamento não somente para as práticas assistenciais, mas também para auxiliar na interação multiprofissional.

Apesar disso, reconhecemos a importância desta pesquisa para a identificação das características do público-alvo, considerando que, embora restritas, são informações relevantes como subsídio ao cuidado prestado, o qual necessita de ser planejado de acordo com as demandas individuais para êxito no tratamento de usuários de drogas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. N. de. **Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental**. [S.l.]: Artmed Editora, 2009. Citado na página 23.
- ALVES, T. M.; ROSA, L. C. dos S. Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. **Revista Estudos Feministas**, Universidade Federal de Santa Catarina, v. 24, n. 2, 2016. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p443>>. Acesso: agosto de 2017. Citado na página 13.
- ARRAZOLA, R. A.; SINGH, T.; COREY, C. G.; HUSTEN, C. G.; NEFF, L. J.; APELBERG, B. J.; BUNNELL, R. E.; CHOINIERE, C. J.; KING, B. A.; COX, S. *et al.* Tobacco use among middle and high school students-united states, 2011-2014. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 64, n. 14, p. 381–385, 2015. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/med/25879896>>. Acesso: fevereiro de 2018. Citado na página 36.
- BARBOSA, J. d. S. P. O perfil dos idosos usuários de drogas atendidos nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas no distrito federal. 2017. Dissertação - Mestrado. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/31059>>. Acesso: fevereiro de 2018. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.
- BRANCO, J. G. de O.; COSTA, F. B. C.; VIEIRA, L. J. E. de S.; ROCHA, A. A.; CATRIB, A. M. F. Dependência química e o cenário dos mhealth. **Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde**, 2017. Disponível: <<https://revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/3827>>. Acesso: fevereiro de 2018. Citado na página 26.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 2001. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001L>>. Acesso: agosto de 2016. Citado na página 20.
- BRASIL. Portaria n/0 336 de 19 de fevereiro de 2002. resolve: Art.1º estabelecer que os centros de atenção psicossocial poder/ o constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: Caps i, caps ii e caps iii. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, fev. 2002. Citado na página 20.
- BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 4a edição. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2003. Disponível em: <<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol-tica-do-Minist-rio-da-Sa-de-para-Aten-o-Integral-ao-Usu-rio-de-lcool-e-Outras-Drogas-2003-.pdf>>. Acesso: fevereiro de 2018. Citado na página 13.
- BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. [S.l.]: Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>>. Acesso: agosto de 2016. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 21.

BRASIL. Política de saúde mental no Brasil. In: **Conferência Regional de Reforma de Serviços de Saúde Mental**. Brasília, 2005. v. 15. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.

BRASIL. Portaria n/0 130 de 26 de janeiro de 2012. redefine o centro de atenção psicossocial de Álcool e outras drogas 24 h (caps ad iii) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 21.

BRASIL. **Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD**. 1a edição. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrategico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de-Alcool-e-Outras-Drogas-Guia-AD-.pdf>>. Acesso: fevereiro de 2018. Citado na página 13.

BRASIL. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**. 11. ed. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017. Disponível em: <<https://www.supera.senad.gov.br/@/material/mtd/pdf/SUP/SUP_Mod1.pdf>>. Acesso: fevereiro de 2018. Citado 2 vezes nas páginas 22 e 35.

BRASIL, M. d. S. 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. **Diário Oficial da União**, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 21.

CAMBUÍ, F. B.; CALORIZI, M. D. D. Usuários de substâncias psicoativas: Uma relação familiar em debate. **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social**, v. 11, n. 20, 2016. Disponível em: <<http://ojs.ite.edu.br/index.php/css/article/view/75>>. Acesso: janeiro de 2018. Citado 5 vezes nas páginas 23, 25, 26, 27 e 28.

CARNEIRO, H.; PRIORE, M. D. **Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas: histórias e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas**. [S.l.]: Elsevier Editora, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.

CARVALHO, M. B. de. **Psiquiatria para a enfermagem**. [S.l.]: Editora Rideel, 2012. Citado 4 vezes nas páginas 23, 26, 27 e 28.

CERUTTI, F.; RAMOS, S. de P.; ARGIMON, I. I. de L. A implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 18, n. 2, p. 173–181, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v18n2/v18n2a15.pdf>>. Acesso: agosto de 2016. Citado na página 36.

CID10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 2. Citado na página 23.

CLARO, H. G.; OLIVEIRA, M. A. Ferreira de; PAGLIONE, H. B.; SOARES, R. H.; OKAZAKI, C.; VARGAS, D. de. Estratégias e possibilidades da entrevista

motivacional na adolescência: revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Universidade Federal de Santa Catarina, v. 22, n. 2, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a33.pdf>. Acesso: fevereiro de 2018. Citado na página 13.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; COUTINHO, M. P. de L.; COSTA, E. C.; HOLANDA, Í. T. A. A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. **Psicologia E Saber Social**, v. 5, n. 1, p. 35–45, 2016. Disponível em: <www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psisabersocial/article/download/15855/17903>. Acesso: fevereiro de 2018. Citado na página 19.

DALPIAZ, A. K.; JACOB, M. H. V. M.; SILVA, K. D. da; BOLSON, M. P.; HIRDES, A. Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um caps ad. **Aletheia**, Universidade Luterana do Brasil, n. 45, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 34.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. [S.l.]: Espasa, 2007. Disponível em: <<http://www.tabiblion.com/liber/Libros/Historia>>. Acesso: fevereiro de 2018. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 19.

FARIA, J. G. de; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do capsad-blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, SciELO Brasil, v. 21, n. 3, p. 324–333, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf>. Acesso: fevereiro de 2018. Citado 2 vezes nas páginas 31 e 39.

FAVARO, F.; PAULA, S. R. de. Dependentes químicos: o perfil da abstinência de drogas. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 1, p. 41–3, 2012. Citado na página 12.

FERREIRA, A. C. Z.; BORBA, L. d. O.; CAPISTRANO, F. C.; CZARNOBAY, J.; MAFTUM, M. A. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Revista Mineira de Enfermagem, v. 19, n. 2, p. 150–164, 2015. Citado na página 27.

FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1–8, 2009. Citado na página 29.

FREITAS, R. M. d.; SILVA, H. R. R. d.; ARAÚJO, D. S. d. Resultados do acompanhamento dos usuários do centro de atenção psicossocial-álcool e drogas (caps-ad). **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 56–63, 2012. Citado na página 32.

JINEZ, M. L. J.; SOUZA, J. R. Molina de; PILLON, S. C. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Universidade de São Paulo, v. 17, n. 2, 2009. Citado na página 36.

KANTORSKI, L. P.; GUEDES, A. d. C.; FEIJÓ, A. M.; HISSE, C. d. N. Negotiated medication as a therapeutic resource in the work process of a psycho-social care center: contributions to nursing. **Texto & Contexto-Enfermagem**, SciELO Brasil, v. 22, n. 4, p. 1022–1029, 2013. Citado na página 27.

LARANJEIRA, R. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnósticos e tratamento. In: **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnósticos e tratamento**. [S.l.: s.n.], 2003. Citado 2 vezes nas páginas 24 e 25.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; MITSUHIRO, S.; CASTELLO, G. II levantamento nacional de álcool e drogas (lenad)-2012. **São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/Universidade Federal de São Paulo**, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 12, 22 e 36.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. D. Os centros de atenção psicossocial (caps): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Universidade Luterana do Brasil, n. 40, 2013. Citado na página 13.

LIMA, E. H. *et al.* **Educação em Saúde e Uso de Drogas: Um Estudo Acerca da Representação das Drogas para Jovens em Cumprimento de Medidas Educativas**. Tese (Doutorado), 2013. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 22.

MANGUALDE, A. A. dos S.; BOTELHO, C. C.; SOARES, M. R.; COSTA, J. F.; JUNQUEIRA, A. C. M.; VIDAL, C. E. L. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um centro de atenção psicossocial. **Mental**, Universidade Presidente Antônio Carlos, v. 10, n. 19, 2013. Citado na página 14.

MANGUEIRA, S. de O.; GUIMARÃES, F. J.; MANGUEIRA, J. de O.; FERNANDES, A. F. C.; LOPES, M. Venícios de O. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicologia & Sociedade**, Associação Brasileira de Psicologia Social, v. 27, n. 1, 2015. Citado na página 36.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde. In: **Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**. [S.l.: s.n.], 2006. Citado 3 vezes nas páginas 22, 23 e 26.

MONTEIRO, C. F. de S.; FÉ, L. C. M.; MOREIRA, M. A. C.; ALBUQUERQUE, I. E. de M.; SILVA, M. G. da; PASSAMANI, M. C. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em caps-ad do Piauí. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90–95, 2011. Citado na página 31.

NETO, B.; MOTA, H. Reflexos da bioética sobre o tratamento jurídico do uso de drogas no Brasil: autonomia x paternalismo. Faculdade de Direito, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 19.

OMS. Tradução e notas: Jm bertolote. **Glossário de Álcool e Drogas, Secretaria Nacional Antidrogas**, 2010. Citado na página 17.

OMS. **Relatório de status global sobre álcool e saúde**. [S.l.]: Gestão de Unidades de abuso de substâncias, 2014. <<http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>>. Acesso: fevereiro 2018. Citado na página 22.

OPAS. Da opas/oms no Brasil 2010/2011. 2010. INSTITUCIONAL, PLANO DE DESENVOLVIMENTO. Citado na página 22.

PEIXOTO, C.; PRADO, C. H. d. O.; RODRIGUES, C. P.; CHEDA, J. N. D.; MOTA, L. B. T. d.; VERAS, A. B. *et al.* 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). *SciELO Brasil*, 2010. Citado na página 35.

REIS, L. M. dos; HUNGARO, A. A.; OLIVEIRA, M. L. Felix de. Políticas públicas para o enfrentamento do uso de drogas de abuso: percepção social em uma comunidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, Universidade Federal de Santa Catarina, v. 23, n. 4, 2014. Citado na página 12.

REIS, T. G. d.; OLIVEIRA, L. C. M. d. Padrão de consumo de álcool e fatores associados entre adolescentes estudantes de escolas públicas em município do interior brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, *SciELO Public Health*, v. 18, p. 13–24, 2015. Citado na página 12.

RIBEIRO-ANDRADE, É. H. Livre arbítrio e drogadição: A capacidade volitiva e o uso nocivo de álcool e drogas ilícitas. 2013. Citado na página 24.

RIBEIRO, M.; DUALIBI, L.; PERRENOUD, L. O.; SOLA, V. Perfil do usuário e história natural do consumo. **Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. O Tratamento do usuário de crack. Porto Alegre (RS): Artmed**, p. 39–49, 2012. Citado na página 35.

RIBEIRO, M. d. M.; ARAÚJO, M. R.; SILVEIRA, D.; MOREIRA, F. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. **Silveira DX, Moreira FG, organizadores. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu**, p. 457–68, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.

SANTOS, C. M. Estudo exploratório das ações estratégicas em saúde mental desenvolvidas por um centro de atenção psicossocial. 2014. Citado na página 20.

SILVA, C. d. N. L.; BEZERRA, T. F.; JUNIOR, J. C.; MELO, D. C.; GOMES, M. F. *et al.* Dependência química entre crianças e adolescentes: Uma das facetas da questão social. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 11, 2016. Citado na página 17.

SILVA, D. L.; TORREZAN, M. B.; COSTA, J. V.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 1, 2017. Citado 3 vezes nas páginas 33, 34 e 39.

SILVA, T. Liara da; MAFTUM, M. A.; KALINKE, L. P.; MATHIAS, T. Aidar de F.; FERREIRA, A. C. Z.; CAPISTRANO, F. C. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Cogitare Enfermagem**, Universidade Federal do Paraná, v. 20, n. 1, 2015. Citado na página 14.

SOLLERO, L. **Farmacodependência**. [S.l.]: Livraria Agir Editora, 1979. Citado na página 18.

SOUSA, P. F.; RIBEIRO, L. C. M.; MELO, J. R. Félix de; MACIEL, S. C.; OLIVEIRA, M. X. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para

mudança. **Temas em Psicologia**, Sociedade Brasileira de Psicologia, v. 21, n. 1, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 27.

TEIXEIRA, L. A.; MONTEIRO, A. R. M. Abordagens terapêuticas a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 9, n. 9, p. 9230–9238, 2015. Citado na página 12.

UNODC. **Relatório Mundial sobre Drogas 2017**. [S.l.]: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017. <<http://www.unodc.org/wdr2017/>>. Acesso: 15 de fevereiro de 2018. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 22.

UNODC, I. *et al.* World drug report. **United Nations New York, NY**, 2009. Citado na página 34.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos caps ad. **Psicologia Revista**, v. 22, n. 1, p. 61–82, 2013. Citado na página 39.

APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Eu, RITA DA GRACA CARVALHO F. LOREN portador
do CPF nº 075 137773-00 Pesquisador responsável pelo projeto
"COMORBIDADES PSÍQUICAS EM DEPENDENTE
QUÍMICO ASSISTIDO EM UM CAPS", solicito perante este
Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do **TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE** para a coleta de dados,
tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados obtidos a partir do estudo de
material já coletado e/ou de investigação de prontuários com as informações referentes
aos pacientes.

Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras
descritas na Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

São Luís, 10 / julho / 2017

Rita de Gracia C. Frazed Ferreira
Assinatura do Pesquisador Responsável pelo Projeto

APÊNDICE B – FORMULÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

Pesquisa: **Perfil dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de São Luís/ MA**

Local: Centro de Atenção Psicossocial Estadual

Responsáveis pela pesquisa: Discente Adya Evany Botelho Morais e Orientadora Profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa.

FORMULÁRIO

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Bairro onde mora: _____

4. Pessoas com quem reside:

() Mora sozinho () Parentes (Pai, mãe, tia, irmãos, Avó...) ()

Amigos/colegas () Esposo (a) () Outras _____

5. Estado civil

() Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo () Separado

6. Nível de escolaridade

() Sem escolaridade () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto

() Superior completo

7. Profissão: _____

8. Ocupação: _____

9. Renda mensal:

() Menos de 1 salário mínimo () Até 1 salário mínimo ½ () Mais de 2 salários mínimos.

10. Droga (s) de uso:

() Maconha () Cocaína () Crack () Álcool () Outras _____

11. Idade de início do uso:

() Menos de 10 anos () Entre 11 – 17 anos () Entre 18 – 20 anos

() Mais de 21 anos

12. Em qual Modalidade Terapêutica o paciente se enquadra?

() Intensivo () Semi- intensivo () Não intensivo

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO CAPS AD



**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS AD**



DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que autorizo a pesquisa “Comorbidades Psiquiátricas em Dependentes Químicos” da Sra. Adya Evany Botelho Morais, sob orientação da Profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Correa, a ser realizada nesta unidade substitutiva em Saúde Mental do Estado, CAPS AD Estadual (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas do Estado do Maranhão).

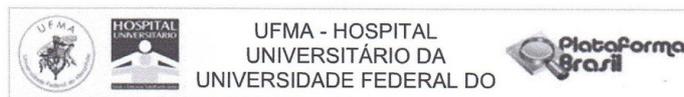
São Luis 1 de setembro 2017

Marcelo Soares Costa

(98)98430-2299/3236-4741

Diretor do CAPS AD Estadual

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA - CEP



**UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comorbidades Psiquiátricas em dependentes químicos assistidos em CAPS AD de São Luís-MA

Pesquisador: Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73307717.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

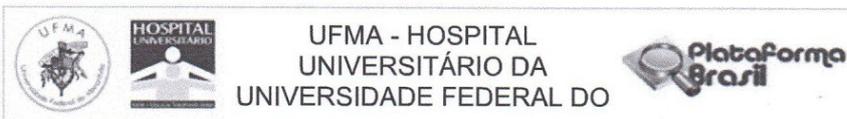
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.293.174

Apresentação do Projeto:

De acordo com um Relatório apresentado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, cerca de 5% da população mundial adulta, ou 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos, usou pelo menos uma droga em 2014. O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas revela que 64% dos homens e 39% das mulheres adultas relatam consumir álcool regularmente (pelo menos 1x por semana), 7% da população brasileira adulta já experimentou maconha na vida, quase 4% dos adolescentes já usou maconha pelo menos uma vez e mais da metade dos usuários, tanto adultos quanto adolescentes consomem maconha diariamente no Brasil. As substâncias psicoativas com capacidade de abuso são motivo de preocupação da sociedade, devido ao crescimento significativo do consumo destas nas últimas duas décadas, manifestando-se cada vez mais cedo, na vida de crianças e adolescentes. O presente projeto tem como objetivo pesquisar as comorbidades psiquiátricas que mais acometem dependentes químicos de um CAPS AD de São Luís - MA. O estudo será realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Monte Castelo. A coleta será por meio da análise dos prontuários de pacientes assistidos no período de 2015 à julho de 2017, auxiliada por um formulário com questões relacionadas à idade, escolaridade, estado civil, nível socioeconômico, história com uso de drogas, tratamento para outro problema mental e modalidade do atendimento. A análise dos dados obtidos será descritiva com auxílio do software

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.293.174

estatístico Epi in-fo. O programa é de domínio público e pode ser obtido por meio do site do CDC – Centers for Disease Control– Atlanta (www.cdc.gov). Os resultados serão apresentados em forma de gráficos e tabelas. Fonte de financiamento: Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos e usuários de outras drogas em tratamento no CAPS álcool e drogas de São Luís – MA – Monte Castelo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, os riscos estão associados ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Entretanto estes se comprometem a não divulgar informações relacionadas aos dados investigados. Relatam que os benefícios dizem respeito às estratégias que poderão ser utilizadas, na elaboração de protocolos e ou práticas de orientações, voltadas para o cuidado junto à adesão dos pacientes relacionadas ao tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, pois pretende identificar as comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos submetidos à tratamento no CAPS álcool e droga localizado no bairro Monte Castelo, São Luís-MA. Os resultados poderão ser utilizados por pesquisadores e profissionais que atuam na área, na elaboração de protocolos e práticas de orientação, incrementando o cuidado aos pacientes dependentes químicos em tratamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhadas, Termo de Dispensa do TCLE, Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_959650.pdf	05/09/2017 11:43:41		Aceito
Outros	AUTORIZACAOGESTOR.docx	05/09/2017 11:42:29	ADYA EVANY BOTELHO MORAIS	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	05/09/2017 11:40:56	ADYA EVANY BOTELHO MORAIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAdyaBotelho.docx	05/09/2017 11:32:35	ADYA EVANY BOTELHO MORAIS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAPROJETO.docx	05/09/2017 10:13:42	ADYA EVANY BOTELHO MORAIS	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	25/07/2017 12:10:28	ADYA EVANY BOTELHO MORAIS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/07/2017 09:11:32	ADYA EVANY BOTELHO MORAIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoanuencia.pdf	16/07/2017 14:13:56	ADYA EVANY BOTELHO MORAIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	termocompromisso.pdf	16/07/2017 14:13:14	ADYA EVANY BOTELHO MORAIS	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO


 UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
 CURSO DE ENFERMAGEM

APÊNDICE 2 - TERMO DE COMPROMISSO

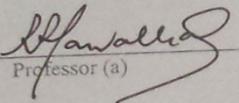
ORIENTAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

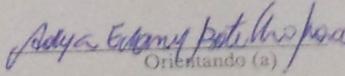
Eu, Lita da Graça Carvalho Inácio Louie professor(a)
 lotado no Departamento de Enfermagem declaro ao Colegiado
 do Curso de Enfermagem que aceito, a partir do 1º semestre de 2017 ser o (a)
 Orientador(a) do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) Adya
Evany Botelho Mourais, matricula:
 que versará sobre o tema:
Comorbidades psiquiátricas em dependentes quími-
 cos em CAPS de São Luís - Maranhão.

_____, por um período de 02 (dois) semestres letivos,
 considerando o disposto na Resolução nº 1.175-CONSEPE/UFMA e nas Normas
 Complementares de Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem.

Declaramos estar cientes do disposto nas Normas Complementares do TCC e
 de comum acordo assinamos o presente termo de compromisso de orientação.

São Luís (MA), 13 de fevereiro de 2017


 Professor (a)


 Orientando (a)

ANEXO D – PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC


 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: Comorbidades Depressivas em dependentes químicas, avaliadas em um CAPS AD - São Luís/MA

2. ALUNO(A): Adya Gray Botelho Moura

3. ORIENTADOR(A): Rita de Fátima Cardonal Araujo Lourenço

4. INTRODUÇÃO: Adequada e contextualizada com referências atuais

5. JUSTIFICATIVA: Projeto fundamentado

6. OBJETIVOS: Objetivos presentes e atendem ao desenho do trabalho

7. PROCESSO METODOLÓGICO: Processo metodológico adequado

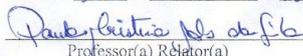
8. CRONOGRAMA: presente e adequado ao período de defesa do TCC

9. TERMO DE CONSENTIMENTO: Não apresenta por ser pesquisa documental. O projeto se propõe e possui dispensa de TCE do CEP.

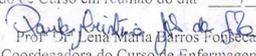
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: Atende em sua maioria os normas da ABNT

11. CONCLUSÃO DO PARECER: Aprovado

São Luís, 26 de Outubro de 2017.


 Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 26/10/2017
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 26/10/2017
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 26/10/2017


 Prof. Dr.ª Jena Maria Barros Figueira
 Coordenadora do Curso de Enfermagem

