

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

SANDRA SOARES DE SOUZA BARBOSA

**O PERFIL DO DEPENDENTE ATENDIDO NO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS**

PATOS DE MINAS
2015

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

SANDRA SOARES DE SOUZA BARBOSA

**O PERFIL DO DEPENDENTE ATENDIDO NO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS**

Monografia apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia. Para finalidade de obtenção do título de Bacharel em Psicologia, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientador: Prof. Me. Gilmar Antoniassi Junior

PATOS DE MINAS
2015

Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Faculdade Patos de Minas

B238p Barbosa, Sandra Soares de Souza

O perfil do dependente atendido no Centro de Atenção
Psicossocial de Álcool e outras Drogas / Sandra Soares de Souza
Barbosa - Patos de Minas, 2015.

60f.

Monografia (Bacharel em Psicologia) – Faculdade Patos de
Minas – FPM, 2015.

Orientação: Prof. Me. Gilmar Antoniassi junior

1. Drogas 2. Tratamento 3. Dependência 4. CAPS-AD I.Título

CDU: 613.83

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso de Bacharelado em Psicologia

SANDRA SOARES DE SOUZA BARBOSA

**O PERFIL DO DEPENDENTE ATENDIDO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 26 de novembro de 2015.

Orientador: Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior
Faculdade Patos de Minas

Examinador 1: Prof. Esp. Ma.Vânia Cristina Alves Cunha
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Prof. Me. Arthur Siqueira Sene
Faculdade Patos de Minas



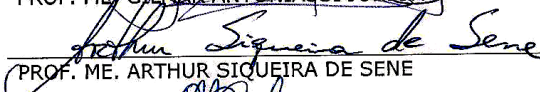
ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO, APRESENTADO^(A) POR SANDRA SOARES DE SOUZA BARBOSA, COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM PSICOLOGIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA.

Aos vinte e seis dias do mês de novembro de dois mil e quinze, reuniu-se, no AUDITORIO CENTRAL, a Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas, constituída pelos professores: PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JUNIOR (Orientador^(a)), PROF. ME. ARTHUR SIQUEIRA DE SENE (Titular), PROFA. MA. VÂNIA CRISTINA ALVES (Titular), para examinar o^(a) graduando^(a), SANDRA SOARES DE SOUZA BARBOSA na prova de defesa de seu trabalho de conclusão de curso intitulado: O PERFIL DO ATENDIDO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS. O^(a) presidente da Comissão PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JUNIOR, início os trabalhos às 10h30, solicitou ao graduando^(a) que apresentasse, resumidamente, os principais pontos de seu trabalho. Concluída a exposição, os examinadores arguíram alternadamente o^(a) graduando^(a) sobre diversos aspectos da pesquisa e do trabalho. Após a arguição, que terminou às 12h30, a Comissão reuniu-se para avaliar o desempenho do^(a) graduando^(a), tendo chegado aos seguintes resultados: PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JUNIOR (Aprovada), PROF. ME. ARTHUR SIQUEIRA DE SENE (Aprovada), PROFA. MA. VÂNIA CRISTINA ALVES (Aprovada). Em vistas deste resultado, o^(a) graduando^(a) SANDRA SOARES DE SOUZA BARBOSA foi considerado^(a) Aprovada, fazendo jus ao título de BACHAREL em Psicologia, podendo assim gozar da profissão de Psicólogo, pelo Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas. Sendo verdade eu, Lúcia Helena dos Santos França, Secretária do Departamento de Graduação em Psicologia, confirma e lavra a presente ata, que assino juntamente com o Coordenador do Curso e os Membros da Banca Examinadora.
Patos de Minas, 26 de Novembro de 2015.


Novo título (sugerido pela banca):


O Perfil do Dependente do Centro de Atenção Psicossocial de Alcool e Outras Drogas.


PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JUNIOR


PROF. ME. ARTHUR SIQUEIRA DE SENE


PROFA. MA. VÂNIA CRISTINA ALVES


Prof. Me. Gilmar Antoníassi Júnior
Coordenador de Graduação em Psicologia


Lúcia Helena dos Santos França
Secretaria do Departamento de Graduação em Psicologia

DEDICO este trabalho a todos que fizeram possíveis a sua realização. Aos usuários do CAPS-AD de um município mineiro do Alto Paranaíba à sua coordenação, pois sem eles não seria possível a conclusão e efetivação da pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força e saúde para superar as dificuldades.

A esta faculdade, ao seu corpo docente, a direção e demais funcionários que abriram essa janela de oportunidade para conclusão desta graduação em Psicologia.

Ao meu orientador Gilmar Antoniassi Junior que foi de extrema importância para a conclusão deste trabalho, obrigada pelos incentivos, carinho e amizade.

Ao meu filho Augusto Rener Barbosa de Oliveira pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos usuários do CAPS I e CAPS-AD II Regional, a suas coordenadoras Vania Cristina Alves Cunha e Nathalia Bomtempo Gonçalves, e demais funcionários, muito obrigada pela oportunidade e confiança.

Aos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

Não há culpa maior do que entregar-se às vontades, não há mal maior do que aquele que não sabe contentar-se, não há dano maior do que nutrir o desejo de conquista.

Lao-tsé

RESUMO

BARBOSA, Sandra Soares de Souza. **O PERFIL DO DEPENDENTE ATENDIDO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.** 2015. 60f. Monografia. Curso de Bacharelado em Psicologia – Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas/ MG.

Introdução: O álcool hoje corresponde à droga mais consumida pela população geral em todos os níveis de idade. O indivíduo busca no uso das drogas o prazer, e a motivação para diversas situações vivenciadas ao longo da vida, evidenciando como um grande problema de saúde pública. O CAPS-AD II tornou-se estratégia de para combater o avanço e os danos em relação ao abuso das drogas, porém suas ações isoladamente não garante o processo de recuperação do indivíduo dependente. É preciso fortalecer as ações de saúde que envolve o dependente químico no tratamento dos serviços públicos de saúde, a fim de evidenciar o sentido que este representa e as suas percepções. **Objetivo:** Levantar o perfil dos pacientes em permanência no atendimento do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, bem como sua percepção do serviço de saúde em um município da região do Alto Paranaíba no Estado de Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quali-quantitativo do tipo descritivo exploratório. Para execução da proposta foi utilizado um questionário adaptado com 27 questões que abrange o Perfil do Atendido, a Condição de Saúde e Percepção do Serviço de Saúde Mental em Álcool e Outras Drogas. Os dados foram coletados após parecer de aprovação do Comitê de Ética e pesquisa (CEPE) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde e a Unidade do CAPS-AD II. A amostra foi constituída de forma aleatória por meio de levantamento entre 22 pacientes que estavam a pelo menos 30 dias estão em atendimento, que após todos convidados apenas 12 pacientes aceitaram participar do estudo. A análise qualitativa do questionário ocorreu por meio da categorização e o agrupamento das questões, e as análises estatística por meio do auxílio do programa Epi Info® versão 3.5.2. **Resultados:** Evidenciou se que em sua maioria os pacientes atendidos no CAPS-AD II são do sexo masculino 83,3% (n=10), acima de 48 anos 66,7% (n=8), sendo 41,7% (n=5) solteiro e 41,7% (n=5) divorciado, residente com os pais 50% (n=6), possuindo o ensino fundamental incompleto 58,3% (n=7), e não exerce nenhuma atividade remunerada 100% (n=12). Onde 75% (n=9) dos atendidos já residiram nas ruas e que nas ruas e/ou junto de amigos são as situações de maior exposição ao uso das drogas. Percebeu que os problemas com as drogas estão presentes no núcleo familiar 66,7% (n=8) dos atendidos. Os hospitais psiquiátricos 25% (n=3) e clínicas de dependências 25% (n=3) são as instituições que mais encaminham ao CAPS-AD II, e 100% (n=12) estão satisfeitos com o serviço prestado na instituição. **Conclusão:** Diante do estudo evidenciou se que há uma necessidade de se adaptar melhor a saúde pública em relação a prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas. O ingresso no CAPS-AD II está associado a recomendação médica, fazendo necessário conscientizar a sociedade de que o problema das drogas é provocado pelo uso excessivo e o torna uma questão de saúde, no que tange ao usuário em tratamento

deve ser considerado um portador de perturbações mentais em decorrência dos danos causados pelo abuso e a dependência. Por fim, a satisfação dos usuários do serviço decorre da abertura e o tratamento humanizado que é ofertado pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Drogas. Dependência. Tratamento. CAPS-AD.

ABSTRACT

BARBOSA, Sandra Soares de Souza. **THE PROFILE OF THE DEPENDENT ANSWERED IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND DRUGS.** 2015. 61f. Monograph. Course of Baccalaureate in Psychology - School Patos de Minas, Patos de Minas/ MG.

Introduction: Alcohol now corresponds to the most commonly used drug by the general population in all age levels, the individual seeks the use of drugs pleased, and the motivation for different situations experienced throughout life, showing as a major public health problem. Who is CAPS-AD became government strategy to combat the advance and the damage in relation to drug abuse, but their actions alone does not guarantee the recovery process of the individual dependent. It needs to strengthen health actions involving the drug addict in the treatment of public health services in order to highlight the sense that it represents and its perceptions. **Goal:** Raise the profile of patients remaining in care of the Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs, as well as their perception of the health service in a municipality of Alto Paranaíba region in Minas Gerais. **Methodology:** This is a qualitative and quantitative study of exploratory descriptive, to proposal of execution was used an adapted questionnaire with 27 questions covering the profile Attended the Health Condition and Perception of Mental Health Services in Alcohol and Other Drugs. Data were collected after obtaining the opinion of the ECE approval and authorization of the Municipal Health and CAPS-AD unit. Sample consisted of randomly through survey of 22 patients who were at least 30 days are in attendance, which after all invited only 12 patients agreed to participate. Qualitative analysis of the questionnaire occurred by categorizing and grouping issues, and statistical analysis through Epi Info® version 3.5.2 program. **Results:** evident that in most patients treated at the CAPS-AD are male 83.3% (n = 10), above 48 years 66.7% (n = 8) and 41.7% (n = 5) single and 41.7% (n = 5) divorced, living with parents 50% (n = 6) having the elementary school 58.3% (n = 7), and does not exercise any gainful activity 100 % (n = 12). Where 75% (n = 9) of met already lived on the streets and in the streets and / or with friends are the situations of greater exposure to drug use. He realized that the problems with drugs are present in the household 66.7% (n = 8) of met. Psychiatric hospitals 25% (n = 3) and clinical dependencies 25% (n = 3) are the institutions that most refer to the CAPS-AD, and 100% (n = 12) are satisfied with the service provided at the institution. **Conclusion:** Given the study showed that there is a need to adapt better public health in relation to preventing the misuse of alcohol and other drugs. Entering the CAPS-AD is always associated with doctor's recommendation, making it necessary to make society aware that the drug problem is caused by overuse and makes it a health issue, with regard to the user in treatment should be considered a carrier mental disorders because of damage caused by abuse and dependence. Finally, the satisfaction of service users stems from the openness and humane treatment that is offered by healthcare professional.

Keywords: Drugs . Dependence. Treatment. CAPS -AD.

LISTA DE ABREVIATURA

AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CEPE	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
OMG	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Unico de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
PEAD	Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNIFRAN	Universidade de Franca
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

TABELA

Tabela 1.	Distribuição dos pacientes CAPS-AD segundo o perfil dos atendidos	34
Tabela 2.	Distribuição dos pacientes CAPS-AD segundo a forma de encaminhamento ao serviço.	35
Tabela 3.	Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme uso de drogas na vida e a dependência.	36
Tabela 4.	Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme frequência do uso de drogas anterior ao tratamento no serviço.	36
Tabela 5.	Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme frequência da última vez de uso das drogas pelos pacientes atendidos.	37
Tabela 6.	Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme situações de lugares ou ambientes, companhias que faziam uso das drogas.	38
Tabela 7.	Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme a percepção dos comportamentos no dia-a-dia.	38
Tabela 8.	Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme sentimentos auto perceptíveis no dia-a-dia.	39
Tabela 9.	Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme a percepção do pensamento no dia-a-dia.	40
Tabela 10.	Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme os motivos pelos quais se envolveram com o serviço prestado.	41

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
A DEPENDÊNCIA DO USO DAS DROGAS.....	21
O USO DA DROGA COMO INDAGAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, UM ARGUMENTO POLÍTICO E SOCIAL.....	24
CONHECENDO DO CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	27
OBJETIVO	29
OBJETIVO GERAL.....	29
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	29
METODOLOGIA	30
TIPO DE ESTUDO.....	30
CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	30
PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	31
ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	31
INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	32
PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	33
RESULTADOS	34
O PERFIL DO ATENDIDO NO SERVIÇO.....	34
ENVOLVIMENTO COM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	35
O OLHAR DO PACIENTE ATENDIDO NO CAPS-AD PARA O SERVIÇO PRESTRADO.....	40
DISCUSSÃO	42
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE – A	53

APÊNDICE – B.....	55
ANEXO – A.....	59
ANEXO – B.....	60
ANEXO – C.....	61

APRESENTAÇÃO

O consumo das drogas vem desde as civilizações antigas, independente de crença, cultura e fator econômico. O indivíduo busca no uso das drogas o prazer, e a motivação para diversas situações vivenciadas ao longo da vida, operando de forma socializadora. Em algumas culturas, o uso das drogas estabelece a crença pela cura de doenças (1).

Estudos evidenciam que ao longo dos últimos anos o Brasil sofreu um grande aumento do consumo das drogas. A industrialização dessas substâncias no século XIX ganhou mais vigor no consumo, e com isso houve um enfraquecimento das estratégias sócias culturais, da regulação do consumo e da emergência de questões sociais que envolvem a saúde (2).

O álcool corresponde hoje à droga mais consumida na população geral em todos os níveis de idade. Na América Latina e a região do Caribe o álcool representa um dos fatores de risco de maior influência para a carga global de doenças, onde representa 10% das mortes e incapacitações. Vale lembrar que o álcool faz parte do tipo de droga que se encontra legalizada para o uso, principalmente no Brasil. Em um estudo realizado pelo governo norte-americano, o custo estimado para o consumo de álcool e de outras drogas é de aproximadamente 200 bilhões de dólares por ano (3, 4).

Dentre as drogas ilícitas, a maconha é a droga mais antiga, provavelmente a primeira do mundo, a primeira vez em que ocorreu o seu uso no Brasil foi no ano de 1564. Atualmente a maconha é a droga ilícita mais utilizada no Brasil e no mundo, os *Cannabis sativa* é o nome científico da maconha, conhecida há pelo menos 5 mil anos e empregada tanto com finalidades medicinais como recreativas. A cocaína é uma droga alcaloide estimulante, extraída da folha do arbusto da coca, é altamente viciante. No Brasil, a cocaína é o entorpecente mais utilizado por usuários de drogas injetáveis. O compartilhamento de agulhas e seringas entre os viciados os deixa expostos ao contágio de várias doenças, como hepatite, malária, dengue e a AIDS (5).

É válido ressaltar que além da maconha e cocaína, há uma enorme variedade de substância de circulação proibida no Brasil e no mundo, tratando-se então que varia o significado delas, ora significa algo bom que pode se curar, ora significa algo danoso, destrutivo, dependendo de quem venha interpretar. Dentre essas na atualidade o crack tem ganhado destaque no contexto, por ser uma substância psicoativa euforizante, que é preparada à base da mistura da pasta de cocaína com bicarbonato de sódio (5, 6).

Estudo realizado pela Fio Cruz em 2013 revela que cerca de 370 mil brasileiros de todas as idades usaram regularmente crack e similares nas principais capitais do País. De modo geral, temos que os usuários de crack são, em sua maioria homens, jovens, pouco escolarizados, que estão vivendo em situação de rua, e que não tem emprego/renda fixa. Sendo assim, apresentam-se como um grupo bastante vulnerável socialmente (7).

O fato é que fazer uso de drogas tornou-se algo moderno na sociedade, e o problema das drogas, ao invés de ser somente um problema da saúde. Torna-se cada vez mais evidente e essencial o debate em relação ao domínio da moralidade, em relação ao uso das drogas, pois movimentos reforçam as polêmicas da descriminalização, iniciando preconceito e a banalização quando submetidos ao julgamento do senso comum. O abuso excessivo de álcool e outras drogas não pode ser considerado fora da realidade do contexto sociocultural, este deve ser respeitado e discutido no campo da saúde social (8).

O uso demasiado repetido das drogas associado a vontade de usar, e a dificuldade de controlar, tem ocasionado danos à saúde do sujeito, resultando na dependência. Comprometendo o comportamento social, a capacidade de aprender e a condição fisiológica do indivíduo (9).

Estudos realizados no centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas, localizados em Terezina estado do PI, evidencia que 78,4% estavam dos usuários de álcool encontra-se na faixa etária de 50 a 60 anos, 95,7% eram do gênero masculino, 65,5% eram casados, 47,7% tinham ensino fundamental completo, 36,8% eram desempregados, 31,6% tinham renda familiar de menos de um salário mínimo, 18,4% bebiam cerveja, 81,6% bebiam diariamente, 50% realizaram tratamento anterior, 28,9% foram internado e sobre as comorbidades, 63% tiveram distúrbios nutricionais e 50% depressão, foram analisados prontuários

de 38 pacientes com idade superior há 50 anos cadastrados no CAPS no período de 2005 à 2011 (10).

O uso abusivo de drogas é um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. O governo brasileiro vem adotando por meio de políticas do Ministério da Saúde (MS) estratégias para combater o avanço do uso excessivo de álcool e outras drogas, entre essas estratégias a implantação do CAPS-AD em cidades com mais de 70 mil habitantes, oferecendo a esses pacientes as modalidades de tratamento: intensivo, semi intensivo e não intensivos, disponibilizando também o tratamento por meio de serviços comunitários e apoiados por leito psiquiátricos em hospitais gerais de acordo com cada paciente (11).

O CAPS-AD é composto por uma equipe multiprofissional que contém um médico clínico, um psiquiatra, dois psicólogos, um terapeuta ocupacional, duas enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem, uma assistente social, um auxiliar em serviços gerais, um segurança e uma recepcionista. A principal estratégia do CAPS-AD refere a atenção com saúde em relação ao consumo excessivo de álcool e outras drogas, utilizando como tratamento a redução de danos. Um dos objetivos seria a estimulação e fortalecimento de uma rede de assistência e atenção psicossocial centrada na atenção comunitária, focando na reabilitação e reinserção social do usuário (12).

É preciso compreender que a dependência de álcool e outras drogas é um fenômeno com múltiplas causas, envolvendo não só os aspectos biológicos como também os psicológicos, sociais e familiares. Um dos objetivos do CAPS-AD é incentivar as famílias a participarem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços, os familiares são muitas vezes o elo mais forte que o usuário tem com o mundo exterior (13).

A proposta de atenção ao serviço de saúde desenvolvida pelo CAPS-AD, isoladamente não garante o processo de recuperação do indivíduo dependente. É preciso reconhecer a gravidade dos problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas e suas implicações para o indivíduo, a família e a comunidade, que refletem no processo de formação e na prática dos profissionais (14).

Com tudo, é preciso fortalecer as ações de saúde que envolve o dependente químico no tratamento dos serviços públicos de saúde, a fim de evidenciar o sentido que este representa e as suas percepções. Para que, se possa

reconhecer os benefícios e fortalecer as estratégias no envolvimento da recuperação do dependente, associando as ações da rede de saúde que fortalece e ampara o CAPS-AD.

Estudo realizado em Teresina (PI) levantou o perfil dos atendidos no CAPS-AD verificando que 88,9% dos usuários são do sexo masculino, com idade entre 19 e 59 anos 87,6%, 50,2% solteiros, com ensino fundamental 40%, sendo 48,6% empregados e 42,7% de religião católica. A maior parte dos sujeitos fazem uso diário de bebida alcoólica 55% e 29% fazem uso de drogas ilícitas, sendo a maconha a mais consumida 95,3%. Quanto à adesão, 43,1% permaneceram em tratamento após três meses de admissão. Identificando que os atendidos consideram o CAPS-AD como sendo de grande importância, e ações satisfatória para aqueles aderem e que permanecem com o tratamento (15).

Diante de situações vivenciadas nas redes de atenção psicossocial, é importante reconhecer os fatores que possa contribuir ao indivíduo tornar-se um dependente químico. O abandono da família, a falta de autoestima, as influências sociais, são alguns destes fatores que podem desencadear esse processo. Assim, este estudo buscou discorrer sobre: Qual o perfil do atendido no CAPS-ADII ? Que tipo de droga expressa a demanda dos atendidos? Qual o significado do CAPS-ADII para usuário? São questões que através desse estudo vão poder ser identificadas. O CAPS-ADII é um serviço de atenção psicossocial de caráter comunitário e territorial para atendimentos de pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas sob a lógica de redução de danos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Através das variáveis idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão, tipo de droga consumida, tempo de uso, frequência de uso, e quantidade de droga que insere, pôde-se traçar um perfil do atendido levando a um tratamento específico para seu caso.

O CAPS-AD oferece diariamente atendimento aos pacientes usuário de álcool e outras drogas, oferecendo um planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individual do paciente, assim, disponibilizam três modalidades de reabilitação: intensivo, semi-intensivo e o não intensivo (10).

Estudo realizado em Teresina (PI) levantou o perfil dos atendidos no CAPS-AD verificando que 88,9% dos usuários são do sexo masculino, com idade entre 19 e 59 anos 87,6%, 50,2% solteiros, com ensino fundamental 40%, sendo 48,6% empregados e 42,7% de religião católica. A maior parte dos sujeitos fazem

uso diário de bebida alcoólica 55% e 29% fazem uso de drogas ilícitas, sendo a maconha a mais consumida 95,3%. Quanto à adesão, 43,1% permaneceram em tratamento após três meses de admissão. Identificando que os atendidos consideram o CAPS-AD como sendo de grande importância, e ações satisfatória para aqueles aderem e que permanecem com o tratamento (15).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A DEPENDÊNCIA DO USO DAS DROGAS

O indivíduo busca no uso das drogas o prazer e a motivação para com diversas situações vivenciadas ao longo de sua vida, independente de fatores culturais, econômicos e crença, o uso das drogas está presente em toda história da humanidade. E por muitas vezes este uso esteve associado a cura para diversos males e alívio de sintomas, na tentativa de reduzir a ansiedade causada por algum tipo de problema, ou por alterações propositalmente ao estado de consciência bem como por outras razões (1).

Estudos apontam que 10% da população urbanizada de todo o mundo faz uso abusivo de drogas, e calcula-se que o álcool é responsável por 3,2% da mortalidade da população, destacando-se como um fator alarmante no debate em saúde e promoção da saúde mental (11).

Percebe-se que o consumo abusivo das drogas tem cada vez mais ameaçado as relações sociais, políticas e econômicas da população no mundo, e com isso contribuindo com o acréscimo de gastos referentes ao tratamento médico, internações em clínicas de reabilitação. Tal consumo tem sido um fator determinante no aumento do índice de acidente de trânsito, a violência da população e as mortes prematuras (16).

O envolvimento com drogas atinge principalmente a população de adolescentes e jovens. Estudos com universitários apontam que o álcool é a droga mais consumida (65,8%), seguida de outras drogas que não o álcool e tabaco (22,8%) para 11,4% que fazem uso do tabaco. Daqueles que fazem uso do álcool, 27,3% apresentam consumo de risco (16,17).

Compreende-se que o consumo abusivo de álcool, tabaco e outras drogas se fazem presentes na vida dos jovens universitários, e que o primeiro contato ocorre na adolescência. É válido ressaltar que a adolescência é um período

demarcado pela transformação e descobertas, uma fase em que as transformações se prolongam até a idade adulta. A interação social e a necessidade de pertencer a um grupo com o qual se identifica o adolescente apontam para um período de crise e vulnerabilidade exposta pela entrada do jovem na universidade, sendo que muitas vezes se expõe e busca nas drogas a alternativa para encontrar a saída de aceitação e interação (17,18,19).

É na tentativa de encontrar a saída que os estudos indicam que o álcool e o tabaco aduzem como porta de entrada para outras drogas como a maconha, o crack e dentre outras (20).

As pressões do grupo social inspiram aos jovens ao uso das drogas, sucessivo da curiosidade pela sensação atizada pelo uso, ou por simplesmente pelo ato imitar os demais, a rebeldia pela pressão, e até mesmo como pretexto de extravasar ou aliviar o sofrimento, diminuir a timidez, o prazer temporário do consumo, até mesmo como simbólico do sentir adulto (21).

Às vezes, a disponibilidade fácil das drogas como álcool ou a simples ação de experimentar, é o ponto inicial para o uso regular das drogas e por ter uma facilidade de aceitação social de uso, leva ao sujeito a manter um comportamento considerado normal dentro dos padrões e isso contribui para o início do uso, abuso e a dependência (22).

Devido a constante utilização da droga e a consoante variação da frequência do uso depreendido pelo vício, a dependência afigura-se pelo estado de alteração físico e psicológico do usuário, tendo como consequência sintomas que afetam o sistema nervoso, paramentado por não conseguir controlar o uso, agindo de forma impulsiva e repetitiva. Por muito tempo a dependência foi compreendida como problema de caráter, social e moral, e, como tal, não merecia atenção das questões de saúde. O que antes era considerado doença ou falta de vontade, hoje é entendido como alteração no controle de estímulos antecedentes e consequentes sobre o comportamento (23, 24, 25).

As alterações no sistema neural referente a emoção e motivação precedente ao uso eminente repetitivo das drogas, acarreta a sensibilização do Sistema Nervoso Central (SNC) devido os efeitos adversos, levando a busca desesperada impulsiva pela droga. Quando esse usuário tem contato com a droga os esquemas de defesa são ativados e desencadeiam a necessidade de consumir em excesso (26).

O contato com as drogas transforma a maneira de como o usuário se sente, atingindo experiências desconhecidas, imaginárias de sua realidade distorcida, de modo que passa a valorizá-la como via de acesso a um modo de vida satisfatória, seguido da promessa de que o faça sentir melhor, configurada pela confiança excessiva em seu único eu (27).

É importante salientar que o contato dependente com as drogas parte pela busca atrelada do desejo de bem-estar, evidenciado não apenas com apático e submisso prazer, mas também por se sentir aliviado pela forma de sua existência. A busca repetitiva da sensação de prazer exacerbada nas drogas faz com que o indivíduo dependente altere sua relação com o mundo exterior, fugindo da necessidade de cuidados (27).

As complicações em decorrência ao excesso do uso de drogas têm provocado danos irreversíveis para o usuário, sem contar os riscos eminentes ao uso, expostos a vulnerabilidade de acidentes, violência, sexo, furto e dentre outros que reduzem os cuidados e a auto percepção (28).

O prejuízo causado pelo envolvimento com as drogas no estado da dependência pode ser abalizado conjuntamente a uma doença fatal, pois a droga destrói o organismo físico e psíquico do dependente, afetando sua condição de saúde biológica e social, provocando problemas escolares bem como a redução do aprendizado e a fuga do ambiente escolar, o trabalho afastando da condição de exercício das atividades e na família o distanciamento do vínculo afetivo (29).

Inúmeras são as consequências na vida do dependente das drogas, no entanto, o suicídio gradativo causado pelo vício configura-se a grande relação do dependente com a droga e o sofrimento de todos envolvidos. Estudos revelam que a gravidade dos problemas associados ao consumo das drogas é preocupante devido aos danos potencializados pelo uso expostos dos altos índices de comorbidade psiquiátrica relacionada a dependência (30).

Logo, por conseguinte, pode se dizer que a dependência das drogas ainda é incipiente a uma questão de saúde pública. Não restando dúvidas de que se está passando de uma fase em que os estudos sobre o tema eram primordialmente baseados em uma compreensão da psicodinâmica, que destacava as relações familiares como quase que exclusivamente determinantes da dependência de drogas, para um olhar mais detalhado das condições sociais, econômicas e políticas (24).

O USO DA DROGA COMO INDAGAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, UM ARGUMENTO POLÍTICO E SOCIAL

Desde a antiguidade grega e romana a loucura está adotada ao sentido das doenças mitológicas e também classificadas como sobrenaturais caracterizadas por deuses, demônios e bruxas. Identificada pela influência religiosa que caracterizava seus portadores, tal como os hereges e em virtude do poder da igreja, foi criado o movimento de caça às bruxas, assim os chamados hereges e as divergentes cristãs eram denominados loucos, bruxos e feiticeiros, servidores do mal (31).

Era vista como movimentação espiritual afetando o humor do doente, e mesmo com a demanda que havia naquele momento, não havia médicos, tempos depois a igreja católica e o estado procuram saber sobre a loucura e provar cientificamente que era uma possessão do espírito-santo e deveria ser tratada espiritualmente (32).

Por sua vez, por meio de sua ilusão, demonstra sua entidade reflexa nos homens, da forma mais presente de seu espírito, ela reina sobre tudo o que há de mau no homem. Desta forma, ocupa o primeiro lugar do agir humano, sendo mãe de todos os pecados evidenciada como uma razão própria. Foucault deixa claro esta percepção ao citar a personificação mitológica e satírica da loucura feita por Erasmo quanto à própria sociedade e seus sistemas de governos, de tantas formas de loucura nelas abundam, e são tantas e novas a nascer todo dia, que mil Demócrito não seria suficiente para zombar delas. (33)

O louco representa e desenvolve um espaço semirreal e semi-imaginário através de uma situação causada pelas preocupações do homem da época, essa situação simbólica fecha-se as portas da sociedade e a sua exclusão do mundo exterior. É aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros, não tendo verdade nem importância, não podendo testemunhar na justiça, não podendo autenticar um ato ou um contrato (31, 34).

O movimento em torno da loucura no fim da segunda guerra mundial intensificou o modelo de asilar em termos de assistência aos portadores de

transtorno mental, destacando-se a psiquiatria democrática Italiana, cuja influenciou a construção da proposta de reforma no Brasil. Sendo assim, na Itália visavam usar métodos de tratamento de caráter coercitivo e violento, bem como sugerir ações para restituir os direitos dos loucos, com o objetivo de era que o tratamento fosse eficaz na reinserção das relações sociais, mas tal mudança acabou por vincular uma produção entre doença mental e questões da ordem policial, jurídica e socioeconômica (35).

Na Espanha e na Itália por volta do século XVIII foram construídos s primeiros locais reservados para “doentes mentais”, e foi na França em 1956 a construção do primeiro Hospital Geral para enclausurar os portadores de doença mental ‘loucos’, influenciando posteriormente a mudança dos Hospitais Gerais para Hospitais Psiquiátricos, mas devido a falência da mesma entrou em crise e teve que reduzir os gastos, comisso os Hospitais Gerais tiveram que reduzir seus gastos, devido à falta de recursos do estado, chegando a conclusão de manteriam apenas os “loucos” internados pois deveriam ter tratamento psiquiátrico (32).

No Brasil a ideia de se fundar um Hospital Psiquiátrico partiu com o intuito de se criar um espaço de recolhimento mais apropriado aos loucos que hospedavam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia, ou até mesmo nas ruas, e com a necessidade de retirar-los do espaço urbano, fez-se a ideia da construção do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, “O hospício de Pedro II”, homenagem dada ao imperador do Brasil, o qual teve sua inauguração no dia 05 de dezembro de 1852, sendo criado através do decreto nº 82 em 18 de Julho de 1841, sendo assim o Hospício de Pedro II deveria se situar afastado do centro urbano, em 1890 com a queda do Império e o surgimento da republica o Hospício de Pedro II passando a chamar-se “Hospício Nacional dos Alienados” através do Decreto nº 206^a, de 15 de Fevereiro de 1890, ficando sob direção do governo federal (36).

No entanto, o enfrentamento dos manicômios e a mudanças na forma de atenção em Saúde surge através de Franco Basaglia na década de 60, o qual atuou como diretor do Hospital Psiquiátrico, com as mudanças nos Hospitais de Gorizia, relacionadas a experiência enquanto momento do movimento antimanicomial e das mudanças subsequentes, uma dessa experiências era o encontro dos doentes mentais com todos os membros da comunidade, o qual se encontrariam em um plano de liberdade e responsabilidade, mais tarde essas experiência atingiu também

o hospital de Trieste, no qual foi o local de aprovação de uma prática de diversos modelos de reforma psiquiátrica, incluindo a Brasileira (37).

Tal experiência denominou Basaglia referência mundial colaborando para a reformulação da assistência em saúde mental, destacada em 1973 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), qual foi essencial para aprovação da lei Italiana 180, no ano de 1978, a qual previa a eliminação dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outros dispositivos de assistência e cuidado (38).

Essa substituição do modelo de atendimento psiquiátrico resultou no Brasil deu-se através da criação do Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), o qual tem o papel principal e fundamental no modo de olhar e tratar a pessoas que possui um sofrimento psíquico grave, por funcionar como porta de entrada a outros serviços ligados a ele, ou seja, o CAPS tem como um serviço de acolhimento, que dependendo da demanda do sujeito, encaminha para outro serviço da rede (32).

Em 1986 surge o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, o qual foi dado o nome de Luís da Rocha Cerqueira, com o intuito de ser um local que se propunha a evitar internações, e acolher os transferidos dos hospitais psiquiátricos, e poder lhes oferecer um atendimento para portadores de doenças mental, dessa forma, os CAPS se estrutura pelos atendimentos diários, os quais se identificam não só por ter um entendimento de que a especificidade clínica de seus paciente, mas pelas suas doenças e as condições de vida, e necessita muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal e semanal, tendo também caso necessite o usuário, uma série de atividades terapêuticas diversificadas (39).

Segundo a Lei nº 10216 de 6 de abril de 2001, trata-se de que a pessoa que possui um transtorno mental, são assegurados sem qualquer forma de discriminação, levando em consideração a raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, nacionalidade, idade, recursos econômicos, o grau de gravidade ou o tempo de devolução de seu tratamento, ou qualquer outro motivo (40).

Os CAPS foram redefinidos, no âmbito federal, através da portaria 336 do ministério da saúde de 2002, no qual estabelece três tipos de modalidades sendo elas: CAPS I, CAPS II, CAPSIII, CAPS AD II, CAPS i, são definidos pela ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional, as quais cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental (41)

O Ministério da Saúde, vem adotando uma política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, buscando novas estratégias, e fundando-se assim o CAPS-AD, afim de ter contato e vínculo com o usuário e com sua família, com o objetivo de implantação de múltiplos programas de prevenção, tratamento, e promoção de fácil adaptação às diferentes necessidades de cada usuário, e para que a política seja ainda mais eficaz, são usadas distintas estratégias, associando a redução do uso de drogas, e trabalhando com a redução de danos que são elementos fundamentais (42).

CONHECENDO O CENTRO DE ATENDIMENTOS PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Através da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que se institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando que a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, e as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, 4 de junho de 2009, ao qual normatiza o Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). Tendo em vista a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção e a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS, para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, e outras drogas, fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja sua finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (43).

O CAPS AD tem por objetivo acolher o paciente proporcionando atenção à saúde de forma geral e integral, reforçando e aumentando os cuidados com o usuário. Favorecer com condições para que o desenvolvimento tenha responsabilidade e autonomia de forma que o paciente possa ter direito nas

escolhas com base na estratégia de redução de danos, e possibilitar o tratamento em um projeto terapêutico global interdisciplinar, e através desse a recuperação e a reinserção na sociedade (44).

A estrutura da equipe multidisciplinar para o CAPS AD II é constituída por um médico psiquiatra, um enfermeiro generalista com formação em saúde mental, um médico clínico responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, quatro profissionais de nível superior entre psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (45).

A equipe multidisciplinar deve se organizar, para acolher o usuário, desenvolver projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reinserção e reabilitação do usuário, o papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico (45).

A atuação do Psicólogo se fundamenta no que envolve uma reflexão do sujeito como um todo, segundo a técnica de atuação do Psicólogo, é importante que cada profissional utilize de uma linha de atuação com a qual se identifique, favorecendo a troca de experiências, percepção e habilidades sendo um provocador de questionamentos para que cada indivíduo se interrogue na posição frente a dependência química e nas relações sociais com o outro (44).

Com a proposta de atuação do Psicólogo decorre em desenvolver atividades como a avaliação psicológica, psicoterapia individual, visita domiciliar, grupo psicoterápico, de família, de mulheres, grupo operativo, de pesquisa, assembleia com a equipe, discussão de caso e intervenções terapêuticas com a equipe interdisciplinar acolhimento e atuação em rede na comunidade (44).

A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS-AD, depende muitas vezes do comprometimento psíquico do usuário em relação ao projeto terapêutico traçado. O importante é saber que o CAPS-AD não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda sua vida. Mas um espaço que restabeleça a reconstrução dos laços sociais e familiares, afim de possibilitar a independência que deve ser cuidadosamente preparado e acontecer de forma gradativa (45).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Levantar o perfil dos pacientes em permanência-dia no atendimento do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, bem como sua percepção do serviço de saúde, em uma cidade de médio porte na Região do Alto Paranaíba no Estado de Minas Gerais.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar o tipo de droga com maior utilização entre os atendidos.
- Relatar a percepção do usuário em relação ao tratamento.
- Reconhecer os benefícios encontrados na instituição pelo usuário.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quali-quantitativo do tipo descritivo exploratório, a partir dos pacientes em permanência-dia no atendimento do CAPS-AD.

O estudo de base quali-quantitativo dispõe como benefício em seu emprego o conjunto dos métodos, preenchendo as lacunas que uma abordagem ou a outra não consegue suprir. A abordagem qualitativa nos permite o trabalho com os dados do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A abordagem quantitativa permite que se inicie com o estudo de certo número de casos individuais, quantificam fatores segundo um estudo típico, servindo-se frequentemente de dados estatísticos, e generaliza o que foi encontrado nos casos particulares. Assim a utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente. A natureza exploratória da pesquisa se define em proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (46, 47, 48, 49).

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo dar-se no CAPS-AD em um Município de médio porte na Região do Alto Paranaíba no Estado de Minas Gerais. Onde a população atendida atualmente nesta instituição corresponde à 165 pacientes cadastrados.

PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo doze (12) usuários do serviço de saúde no CAPS-AD, ao qual foi levado em consideração os critérios de inclusão, pacientes estiveram cadastrados na unidade e que se encontravam em atendimento há pelo menos a 30 dias, independentemente da idade. Foram excluídos do estudo, aqueles pacientes menores de 18 anos, cujos responsáveis não autorizaram a participação, e que não se disponibilizaram a responder 50% das perguntas das entrevistas.

A amostra foi constituída de forma aleatória por meio de levantamento amostral entre os 22 pacientes atendidos no CAPS-AD ao qual estavam cadastrados em atendimento a mais de 30 dias, conforme verificado nos prontuários. Após o levantamento dos atendidos, todos os (165) pacientes foram convidados pela pesquisadora a participarem do estudo, resultando na amostra final de 12 pacientes.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo atendeu aos princípios éticos segundo Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 para pesquisa com seres humanos, para tanto foi submetido, através de documentação necessária para análise ética e acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca (UNIFRAN).

A pesquisa somente foi realizada após a aprovação do CEPE (Anexo A) e da autorização da Secretária Municipal de Saúde (Anexo B, Anexo C). Todos os participantes convidados receberam o Termo Consentimento de Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice A), onde constavam todas as informações e esclarecimentos necessários referentes à pesquisa.

É importante acentuar que na possibilidade de o estudo acarretar em uma discriminação diante da coleta de dados podendo causar a sensação de invasão da privacidade, principalmente no que tange as informações obtidas sobre o uso excessivo de álcool e outras drogas. Cabe ao entrevistador cautela com o

manuseio das informações e diante da manifestação estresse, emoções, culpa e outros quais quer por parte do paciente em relação a entrevista, foi ofertado a ele um acolhimento terapêutico por parte da entrevistadora.

INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para execução da proposta, foi utilizado o instrumento Questionário do Perfil do Atendido, a Condição de Saúde e Percepção do Serviço de Saúde Mental em Álcool e Outras Drogas, adaptado com base nos estudos de Guimaraes et al. 2008, Silva, 2006 e Ferreira et al. 2003 (Apêndice B). O questionário foi estruturado em 27 questões, ao qual se identificou o perfil do atendido; condições de uso de álcool e outras drogas; condições da saúde mental; e percepção do serviço de saúde (50, 51, 52).

PRECEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeiramente foi feito o levantamento nos cadastros e prontuários dos pacientes atendidos no CAPS-AD, para identificar aqueles que estavam a mais de 30 dias em tratamento. Logo após foi realizada uma sensibilização da proposta da pesquisa junto com a coordenação da unidade aos pacientes.

Logo após, a pesquisadora iniciou as entrevistas com aqueles que demonstraram interesse em participar do estudo, sendo convidado a direcionar-se no consultório do serviço de psicologia da unidade.

Primeiramente foi entregue o TCLE para que tomasse ciência e conhecimento da proposta, e todas as dúvidas fossem esclarecidas após assinado, o mesmo era depositado em uma urna separada dos questionários de entrevista.

Após os protocolos do TCLE a entrevistadora iniciou a aplicação dos questionários, que foram preenchidos pelo sujeito acompanhado pela pesquisadora para facilitar os esclarecimentos. A entrevista durou em média aproximadamente 35 a 60 minutos para cada participante. A identidade dos participantes foi preservada,

após o término de cada entrevista os questionários eram colocados em envelopes e lacrados.

PRECEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do Questionário do Perfil do Atendido, a Condição de Saúde e Percepção do Serviço de Saúde Mental em Álcool e Outras Drogas, foram analisados por meio da categorização dos agrupamentos das questões no: perfil do atendido da questão 1 a 9, condições de uso de álcool e outras drogas da questão 10 a 16, condições da saúde mental da questão 17 a 21 e a percepção do serviço de saúde da questão 22 até a questão 27.

Para as análises estatística dos dados obtidos nos instrumentos utilizara do auxílio do programa Epi Info® versão 3.5.2 (17). As análises qualitativas tiveram como recurso a análise do discurso.

RESULTADOS

PERFIL DO ATENDIDO NO SERVIÇO

Os pacientes atendidos pelo CAPS-AD em sua maioria são do sexo masculino 83,3% (n=10), acima de 48 anos 66,7% (n=8), sendo 41,7% (n=5) solteiro e 41,7% (n=5) divorciado, residente com os pais 50% (n=6), com primário incompleto 58,3% (n=7), 100% (n=12) não exerce nenhuma atividade remunerada. A tabela 1 permite compreender melhor o perfil dos atendidos.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes CAPS-AD segundo o perfil dos atendidos.

Variáveis	Frequência [% (n=12)]
Sexo	
Masculino	83,3 (10)
Feminino	16,7 (2)
Idade	
Menor de 18 anos	-
Entre 18 a 27 anos	-
Entre 28 a 37 anos	16,6 (2)
Entre 38 a 47 anos	16,6 (2)
Acima de 48 anos	66,7 (8)
Estado Civil	
Solteiro	41,7 (5)
Casado	8,3 (1)
Separado	8,3 (1)
Divorciado	41,7 (5)
Residente	
Sozinho	33,3 (4)
Pais	50 (6)
Esposo(a) e Filhos	16,7 (2)
Escolaridade	
Nenhuma	16,7 (2)
Primário Incompleto	58,3 (7)
Médio Incompleto	25 (3)
Atividade Remunerada	
Não exerce nenhum tipo de atividade	100 (12)

No que refere ao tipo de moradia 75% (n=9) reside em casa própria e 25% (n=3) reside em casa de aluguel, sendo que 75% (n=9) já residiram na rua e 25% (n=3) nunca residiram na rua.

A forma de encaminhamento ao serviço de Saúde Mental de Álcool e Outras Drogas deu-se por meio espontâneo, pela unidade de pronto atendimento (UPA), por hospital psiquiátrico e clínica de dependência química. A tabela 2 permite compreender os meios os quais os pacientes chegaram até o serviço.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes CAPS-AD segundo a forma de encaminhamento ao serviço.

Variáveis	Frequência [% (n=12)]
Hospital Psiquiatra	25,0 (3)
Clínica de dependência Química	25 (3)
Espontâneo	16,7 (2)
Unidade de Pronto Atendimento	16,7 (2)
Estratégia de Saúde da Família	8,3 (1)
Comunidade Terapeuta	8,3 (1)
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	-
Psiquiatra	-
Hospital Geral	-
Outros	-

ENVOLVIMENTO COM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

O álcool e o tabaco são as principais substâncias usada na vida e as substância em que os atendidos no serviço foi (ou esta) dependente. A tabela 3 permite compreender os resultados em relação as substâncias usada na vida e a dependência da droga. E a tabela 4 permite compreender a frequência com que se usava estas substâncias.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme uso de drogas na vida e a dependência.

Substância	Uso na Vida [% (n=12)]		Dependência [% (n=12)]	
	Sim	Não	Sim	Não
Álcool	91,7 (11)	8,3 (1)	91,7 (11)	8,3 (1)
Tabaco	83,8 (10)	16,7 (2)	75 (9)	25 (3)
Canabinóides	25 (3)	75 (9)	16,7 (2)	83,3 (10)
Cocaína/ Crack	25 (3)	75 (9)	16,7 (2)	83,3 (10)
Sedativos e hipnóticos	16,7 (2)	83,8 (10)	8,3 (1)	91,7 (11)
Alucinógenos	16,7 (2)	83,3 (10)	8,3 (1)	91,7 (11)
Solventes voláteis	16,7 (2)	83,3 (10)	8,3 (1)	91,7 (11)
Opiáceos	8,3 (1)	91,7 (11)	8,3 (1)	91,7 (11)
Estimulantes	8,3 (1)	91,7 (11)	8,3 (1)	91,7 (11)
Múltiplas drogas	8,3 (1)	91,7 (11)	8,3 (1)	91,7 (11)
Outras	8,3 (1)	91,7 (11)	8,3 (1)	91,7 (11)

Tabela 4. Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme frequência do uso de drogas anterior ao tratamento no serviço.

Substância	Frequência [% (n=12)]			
	Esporádico	Semanal	Diário	Nunca
Tabaco	-	8,3 (1)	58,3 (7)	33,3 (4)
Álcool	50 (6)	8,3 (1)	25 (3)	16,7 (2)
Canabinóides	-	-	16,7 (2)	83,3 (10)
Cocaína/ Crack	-	-	-	100 (12)
Opiáceos	-	-	-	100 (12)
Sedativos e hipnóticos	-	-	-	100 (12)
Alucinógenos	-	-	-	100 (12)
Solventes voláteis	-	-	-	100 (12)
Estimulantes	-	-	-	100 (12)
Múltiplas drogas	-	-	-	100 (12)
Outras	-	-	-	100 (12)

Questionado os pacientes sobre as diversas formas aos quais usavam as drogas, a via oral 82,4% (citada 14 vezes) pelos pacientes atendidos, seguido da forma inalada para 11,8% (citada 2 vezes) dos pacientes e 5,9% (citada 1 vez) de forma injetável. Sendo que para 25% (n=3) a última vez em que fez uso das drogas foi a um mês, seguido de seis meses, doze meses e mais de um ano. A tabela 5 permite identificar os dados referente a última vez de uso das drogas pelos pacientes atendidos.

Tabela 5. Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme frequência da última vez de uso das drogas pelos pacientes atendidos.

Variável	Frequência [% (n=12)]
A um mês	25 (3)
Aproximadamente 6 meses	16,7 (2)
Aproximadamente 12 meses	16,7 (2)
Mais de um ano	16,7 (2)
Um dia	8,3 (1)
A 15 dias	8,3 (1)
Aproximadamente 3 meses	8,3 (1)
A uma semana	-

Verificado junto dos pacientes os lugares ou ambientes, companhias aos quais faziam uso das drogas, evidenciou que a rua 40,7% (citada 11 vezes) e na companhia de amigos 33,3% (citado 9 vezes), foram as situações que mais se identificou. A tabela 6 permite compreender os dados verificados.

Tabela 6. Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme situações de lugares ou ambientes, companhias que faziam uso das drogas.

Situações	Frequência [% (n=27) *]
Ruas	40,7 (11)
Junto de Amigos	33,3 (9)
Outros	11,1 (3)
Festas	7,4 (2)
Em Casa	7,4 (2)

* O N corresponde ao número de vezes que foram citados pelos 12 pacientes

Dos pacientes atendidos no CAPS-AD (n=12), 66,7% (n=8) indicaram que existem mais casos na família com problemas do uso das drogas, e 33,3% (n=4) disseram que não. Dos que disseram que a problemas com as drogas na família (n=8), 75% (n=6) são parentes de primeiro grau e 25% (n=2) são parentes de segundo grau. Sendo que para a amostra total (n=12), 25% (n=3) já tentaram suicídio e 75% (n=9) nunca tentaram. Porém, tremores, agitação e inquietação são os principais comportamentos que o paciente percebe no seu dia-a-dia, a tabela 7 permite compreender os comportamentos que são percebidos pelos pacientes. E 50% (n=7) percebe-se sensações alucinógenas visuais e auditivas, e 50% (n=7) não percebem nenhum tipo de sensação quanto ao não uso das drogas.

Tabela 7. Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme a percepção dos comportamentos no dia-a-dia.

Variáveis do Comportamento	Frequência [% (n=29) *]
Tremores	27,6 (8)
Agitação	20,7 (6)
Inquietação	17,2 (5)
Tiques	13,8 (4)
Trejeitos Faciais	13,8 (4)
Lentidão	6,9 (2)
Bizarrices	-
Impulsividade	-
Convulsividade	-
Gestos Incomuns	-

* O N corresponde ao número de vezes que foram citados pelos 12 pacientes

A depressão, ansiedade, apatia e culpa são sentimentos que mais expressa a auto percepção dos pacientes atendidos no CAPS-AD, a tabela 8 permite identificar os resultados.

Tabela 8. Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme sentimentos auto perceptíveis no dia-a-dia.

Variáveis de Humor	Frequência [% (n=47) *]
Depressivo	17,9 (8)
Ansiedade	17 (8)
Apático	12,8 (6)
Culpa	10,6 (5)
Alegria	2,1 (1)
Raiva	8,5 (4)
Pânico	6,4 (3)
Desconfiança	6,4 (3)
Ódio	4,3 (2)
Indiferença	4,3 (2)
Serenidade	4,3 (2)
Vergonha	2,1 (1)
Exaltação	2,1 (1)
Maníaco	2,1 (1)
Euforia	-
Amor	-
Agressividade	-
Perplexidade	-

* O N corresponde ao número de vezes que foram citados pelos 12 pacientes

No que tange a percepção dos pensamentos no dia-a-dia os mais expressivos pelos pacientes do CAPS-AD foram de incoerência, ruína, não lógico e disperso, a tabela 9 permite identificar os dados expressados.

Tabela 9. Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme a percepção do pensamento no dia-a-dia.

Variáveis de Pensamento	Frequência [% (n=22) *]
Incoerente	31,8 (8)
Ruína	22,7 (5)
Não lógico	18,2 (4)
Disperso	13,6 (3)
Obsessivo	9,1 (2)
Perseguição	9,1 (2)
Fóbico	-
Grandeza	-
Referencia	-
Místico	-
Não sei identificar	-

* O N corresponde ao número de vezes que foram citados pelos 12 pacientes

O OLHAR DO PACIENTE ATENDIDO NO CAPS-AD PARA O SERVIÇO PRESTADO

Conforme verificado junto aos pacientes atendidos pelo CAPS-AD, o nível de satisfação do serviço prestado pelos profissionais da unidade de saúde mental, 100% (n=12) considera satisfeito com o serviço médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e enfermeiro.

No que tange ao primeiro atendimento para o tratamento do uso das drogas, 66,7% (n=8) não representa o primeiro local de busca de ajuda e 33,3% (n=4) buscaram ajuda inicialmente no CAPS-AD. Sendo que a busca pelo serviço se deu para 33,3% (n=4) por encaminhamento médico, 33,3% (n=4) por um amigo ou parente, 16,7% (n=2) devido um auxílio de um profissional de saúde e 16,7% (n=2) devido a família ter levado. A tabela 10 apresenta os motivos pelos quais os pacientes se envolveram com o serviço prestado no CAPS-AD.

Tabela 10. Distribuição dos pacientes CAPS-AD conforme os motivos pelos quais se envolveram com o serviço prestado.

Variáveis	Frequência [% (n=32) *]
Melhorar a Vida	34,4(11)
Diminuir o Uso da Droga	34,4(11)
Resgatar a Família	18,8(6)
Conseguir um Emprego	3,1(1)
Restabelecer os vínculos sociais	9,4(3)

* O N corresponde ao número de vezes que foram citados pelos 12 pacientes

Quanto as atividades desenvolvidas no CAPS-AD, 100% (n=12) se consideram satisfeitos e para os atendidos, o CAPS-AD representa no tratamento:

Boa coisa, para melhorar a pessoa. Sem discussão. Um bom lugar. (P1)

Representa tudo, bons tratamentos. Todos conversam bem, ninguém maltrata. (P2)

Meu melhor amiga que me ajudou a sair das drogas. (P3)

Ajuda, esperança de resgatar filhos. (P4)

Grandes coisas desde que se queira. Leva a pessoa a ser mais positiva. Melhora a vida. (P5)

Clinica boa, se não foi aqui teria morrido. (P6)

Paz de espirito que aposentar-se para ir todos os dias. (P7)

Tudo bom, igual a própria casa, passa mal se não vir. (P8)

Bom demais, nada a reclamar, as meninas sai boas. (P9)

Jeito de fugir das drogas, lugar perfeito. (P10)

Minha casa, meu lugar de lazer de refrescar a cabeça. (P11)

Se não fosse a Nathalia Psicóloga já teria morrido. (P12)

DISCUSSÃO

Através das análises dos resultados identificou-se que o perfil dos atendidos no CAPS-AD, em sua maioria são do sexo masculino 83,3% (n=10), acima de 48 anos 66,7% (n=8), sendo 41,7% (n=5) solteiro e 41,7% (n=5) divorciado, residente com os pais 50% (n=6), possuindo o ensino fundamental incompleto 58,3% (n=7), e não exerce nenhuma atividade remunerada 100% (n=12). Estes dados se assemelham com estudo sociodemográfico e epidemiológicos cuja a maioria dos participantes são do sexo masculino (94,7%), possuem uma faixa etária superior a 50 anos (68,4%), com ensino fundamental incompleto (47,4%), e (36,8%) estava desempregado (10).

Estes dados nos possibilitam compreender que o fato do perfil ser predominante nos homens e que não apresenta perspectiva futura diante da decadência do envolvimento com as drogas, em sua maioria os problemas são decorrentes do uso específico do álcool (10, 50, 53).

Exposto ao envolvimento com as drogas em relação aos resultados, evidenciaram quando 75% (n=9) dos atendidos já residiram nas ruas. Dados que se assemelham em estudo realizado no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre onde 30% moraram nas ruas (50). A exposição de estar nas ruas, representa a posição de igualdade de todos que nela vivem, uma vez que nela existem muitos sujeitos envolvidos com as drogas nas margens da facilidade ao acesso, principalmente o álcool (53, 54).

Verificado junto dos pacientes os lugares ou ambientes, companhias aos quais faziam uso das drogas, indica que na rua (40,7%) e na companhia de amigos (33,3%), foram as situações que mais se identificou. Os dados que reforçam o que traz a literatura vigente sobre tal assunto que indica a influência de amigos, a curiosidade e problemas de família são um dos principais meios de influência para uso de drogas. Tais dados indicam também que o comportamento vulnerável leva a dificuldade de tomar decisões o que provavelmente será impossibilitado de ter informações e dificuldade de resolver os seus conflitos (55).

É manifesto que quanto mais o sujeito encontra-se em condição desprovida de cuidados e com baixo nível de escolaridade, muitos deles não sabem ler e nem escrever corretamente, demonstra que uma vez a ausência do conhecimento mais dificuldade em compreender os riscos e as consequências da utilização das drogas lícitas e ilícitas pode favorecer o uso dessas substâncias, bem como o bem-estar físico e psíquico que essas produzem (53).

No entanto, deve se ter cautela em relação a afirmativa de que estar nas ruas e não possuir escolaridade completa são fatores determinantes para os agravos do uso das drogas. Não existe um perfil único dos usuários de drogas. As características pessoais e a história de vida dos usuários ou dependentes podem ser muito semelhantes às de qualquer indivíduo, bem como diferentes (10, 53, 54).

Diante da problemática com as drogas, a presença dos atendidos no CAPS-AD II se deu por meio de encaminhamento de hospital psiquiátrico 25% (n=3) e clínicas de dependência 25% (n=3) e 16,7% (n=2) de forma espontânea 16,7% (n=2 e por meio da UPA 16,7% (n=2). Estudos em instituições especializadas na Paraíba puderam observar que os usuários eram encaminhados através do Pronto Atendimento 68,8%, e 16,7% de hospitais psiquiátricos, e enquanto 16,7% espontaneamente (9).

No entanto, o estudo comprovou que o CAPS-AD II não foi a instituição de saúde ao qual o usuário buscou auxílio primeiramente 66,7% (n=8), somente 33,3% (n=4) buscaram. A busca pelo serviço do CAPS-AD se deu por encaminhamento médico, por um amigo ou parente, por um outro de profissional de saúde que não médico e pôr a família tê-lo levado.

É notório que a aderência ao tratamento do álcool e outras drogas ocorrem quando a recomendação medica, ou quando um outro profissional da saúde é consultado, sendo que a procura por iniciativa própria do usuário de droga ainda é irrelevante (15).

Todavia, a busca de auxílio profissional para o enfrentamento dos problemas decorrentes da droga e a percepção da necessidade do tratamento enquanto doente, é um dos fatores que mais dificulta a reabilitação. Os usuários não se evidenciam doentes. Estudos em relação ao tratamento com usuários de drogas enfrenta grandes desafios que fragilizam o cuidado, ao qual se destaca a dificuldade em estabelecer vínculo e o preconceito contra estes usuários, e a persistência no imaginário social do modelo institucionalizante como alternativa mais eficaz (54).

Como informado nos estudos já publicados, o estudo confirmou que álcool 91,7% (n=11) e o tabaco 83,8% (n=10) são as principais drogas usada na vida dos atendidos no CAPS-AD. e as os tornaram dependente. Comparando os dados com estudos semelhantes podemos observar que o álcool é um dos principais componentes que provoca o vício a nossa cultura, e por vários motivos são consumidas, sem dizer que é considerado a droga que mais leva o número de pessoas ao tratamento (9, 53, 54).

Conforme os dados afirmaram a frequência do uso de drogas anterior ao tratamento no serviço observou-se que 58,3% (n=7) dos usuários de tabaco, 25% (n=3) de álcool, e 16,7% (n=2) de canabinoides faziam uso diário estas substancias. Estes dados se assemelham com estudos que indicam a incidência de problemas decorrente do uso das drogas, pois o índice de dependência é do álcool 12% e do tabaco de 10,7% dos usuários atendidos em instituições especializadas de dependência química no Brasil (9).

As formas aos quais os pacientes atendidos faziam uso das drogas citadas no estudo, foram por via oral 82,4% (citada 14 vezes), inalada para 11,8% (citada 2 vezes) dos pacientes e 5,9% (citada 1 vez) é injetável. Sendo que para 25% (n=3) a última vez em que fez uso das drogas foi à um mês, seguindo 16,7%(2) à seis meses, 16,7%(2) doze meses e 16,7%(2) mais de um ano. Estes achados se configuram devido os principais tipos de drogas consumidas identificados. Diante deste, estudos com dependente no CAPS-AD destaca que a maioria dos pacientes 55% fazem uso diário de bebida alcoólica, e 29% usam drogas ilícitas sendo a maconha a mais consumida com 95,3%. O que confirma a forma de administração da droga identificada em comum com outros estudos (15),

O estudo possibilitou identificar que os problemas das drogas é algo presente na vida do atendido no CAPS-AD onde 66,7% (n=8) disseram que existem mais casos na família além de si mesmo. Destes 75% (n=6) são parentes de primeiro grau e 25% (n=2) são parentes de segundo grau. O que pode ser percebido em estudos com indivíduos tabagistas, sendo que 60% informaram que convivem com fumantes em casa, 49,42%, convivem com familiares que possuem o hábito de beber, destes bebedores 32,72% tem o costume de ficar embriagado (55).

É percebido que o fato de estar próximo a pessoas que fazes uso das drogas, é facilitador para o uso, além do que, para aqueles que estão em tratamento tornam risco a recaídas. Assim torna necessário o cuidado e atenção o

monitoramento das famílias, apontando a necessidade do cuidado também desta no envolvimento com o atendimento no CAPS-AD.

Assim como se confirma em estudo que apontam os familiares como mediadores entre os sujeitos que abusam, ou estão em tratamentos das drogas e a equipe de Saúde, pois muitas vezes os profissionais necessitam oferecer orientações a família para facilitar o tratamento ao usuário (54).

Um dos problemas referenciado no estudo refere a tentativa de suicídio 25% (n=3) tentaram, além de indicarem sofrerem de tremores, agitação, inquietação e alucinação auditiva e visual. Estudos realizados com usuários de álcool e outras drogas, indicam que o consumo excessivo de drogas leva dependente ao suicídio e as tentativas de suicídio o que tem sido umas das preocupações em muitos países, porém tudo isso possivelmente devido a estudos que mostraram que o consumo de substâncias pode aumentar o índice de tentativa de suicídio e o ato suicida. Comprova que a ideação suicida é mais predominante em dependente de álcool em tratamento (56).

A depressão, ansiedade, apatia e culpa são sentimentos que mais expressa a auto percepção dos pacientes atendidos no CAPS-AD. Comparando com outro estudo de pacientes atendidos em instituições especializadas de dependência química, observa-se que os sintomas mencionados no estudo são semelhantes, além de agressividade, insônia inquietação, angústia e até mesmo convulsão (9).

Contudo, conforme os resultados dos estudos, 100% dos pacientes atendidos pelo CAPS-AD estão satisfeitos com o serviço prestado pelos profissionais da unidade de saúde mental. O que se confirma em estudos que o profissional de saúde do CAPS-AD apresenta papel relevante, em apresentar a responsabilidade de propor novas estratégias de enfrentamento. Por ser um serviço de atenção psicossocial de caráter comunitário e territorial para atendimentos de pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas sob a lógica de redução de danos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (10, 53, 54).

CONCLUSÃO

Diante deste estudo pode-se concluir que a maioria dos usuários atendidos no CAPS-AD são do sexo masculino e vão em comum acordo com os estudos realizados com pacientes atendidos nestas instituições. Evidenciando a vulnerabilidade em que os homens se encontra em relação aos problemas do álcool e outras drogas.

Estudo revela que o álcool e o tabaco são as principais drogas consumidas, tal o envolvimento acarreta em danos à saúde que não somente a dependência, bem como os problemas sociais, o abandono da família, e a vulnerabilidade de estarem nas ruas.

A falta de contato torna se um problema evidente, pois conforme identificado junto dos pacientes o mesmo se isola da sociedade e com isso fica difícil o acesso a qualquer tipo de ajuda, voluntaria ou involuntária. Esse isolamento é devido ao consumo elevado das drogas, pois o usuário se limita somente em seus pares.

O ingresso no CAPS-AD II está associado a recomendação médica, bem como hospitais, clínicas quando em situação de risco. Sendo a procura voluntária pequena em proporção a oferta do serviço. Não sendo o CAPS-AD a instituição em primeiro contato para superar a dependência do álcool e de outras drogas.

O estudo revelou que a satisfação em relação ao serviço prestado no CAPS-AD decorre da abertura e o tratamento humano que é ofertado pelos profissionais de saúde, mesmo diante das normas, o funcionamento é diversificado e as atividades direcionadas para abertura do paciente expor suas dificuldades e limitações. Sendo amparados por uma equipe que o reconhece como pessoa.

Por fim, através deste estudo é visível que há uma necessidade de maior atenção dos serviços de saúde pública em relação a prevenção ao uso das drogas por meio de ações que promovam o benefício a saúde sem as drogas, levando informações através de uma linguagem clara e objetiva.

O álcool por ser uma droga liberada, requer maior atenção pois torna se a porta de entrada para o envolvimento com outras drogas, elucidando complicações em todas as esferas do sujeito em relação a condição física, psicológica, familiar e social, atingindo diretamente o seu bem-estar e a qualidade de vida.

Diante deste estudo destaca que ha possibilidade do CAPS-AD em conscientizar a sociedade que os problemas com as drogas é uma questão de saúde em relação a doença provocada pelo uso, ou seja, o dependente deve ser considerado um doente, um portador de perturbações mentais. Enquanto doença mental, é preciso estigmatizar as famílias e a sociedade, para estimular aqueles que estão em tratamento possam vir executar e reestabelecer seus projetos de vida, de forma dinâmica e diversificada nas possibilidades de um novo ser.

REFERÊNCIAS

- 1- Moraes MM. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(1): 121-133.
- 2- Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*: 2009; 25(11): 2309-2319.
- 3- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray DJL. *Global burden of disease and risk factors*. New York/Washington: Oxford University Press and the World Bank, 2006.
- 4- Harwood HJ, Fountain D, Fountain G. Economic cost of alcohol and drug abuse in the United States, 1992: a report. *Addiction* 1999; 94:631-5.
- 5- Queiroz VE. *A questão das drogas ilícitas no Brasil*. [Monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008
- 6- Conselho Nacional de Justiça. *Cartilha sobre o crack*. 4ª ed. Brasília: CNJ; 2011.
- 7- Bertone N, Bastos FI. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional. In: Bastos FI, Bertone N. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014. p.47-67.
- 8- Mota LA. Cultura e sociedade ao uso indevido de drogas na escola: Compulsão e o vício na modernidade: *Revista Humanidade*; 2002; 2(17): 133-140
- 9- Ribeiro IF, Viana BRO, Cordeiro RS, Oliveira JS, Souza AKP, Melo VFC. Perfil dos usuários com dependência química atendidos em instituições especializadas na Paraíba. *Rev. De ciências da saúde Nova Esperança*. 2012; 2(10): 47-60.

- 10- Sousa GM, Silva LDC, Moura PTV. Perfil de usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: possíveis relações entre comorbidades e álcool. Rev. Interdisciplinar NOVAFAPI. 2012; 2(5): 9-14.
- 11- Peixoto C, Prado CHO, Rodrigues CP, Cheda JND, Mota LBT, Veras AB. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). J Bras Psiquiatria. 2010; 59(4): 317-321.
- 12- Azevedo DM, Miranda FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal- RN: Com a palavra família. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14 (1): 56-63.
- 13- Melo PF, Paulo MAL. A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas. Saúde Coletiva em Debate. 2012; 2(1): 41-51.
- 14- Gonçalves AM. Ações de cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rev, Brasileira de Medicina de família e Comunidade. 2008; 15(4): 231-231.
- 15- Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. Esc Anna Nery (impr.)2011; 15 (1): 90-95.
- 16- Silva LVER, Malbergier A, Stempluk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas em estudantes universitários. Rev Saúde Pública 2006;40(2):280-288.
- 17- Antoniassi Junior G, Meneses-Gaya C. O uso de drogas associado ao comportamento de risco universitário. Rev. Saúde e Pesquisa. 2015; Ed.Esp(8): 9-17.
- 18- Cavalcanti MBPT Alves MDS Barroso MGT. Adolescência, álcool e drogas uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12 (3):555-559.
- 19- Ferro LRM, Meneses-Gaya C, Antoniassi Junior G. A violência e o consumo de drogas entre universitários. Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics. 2014; 3(3): 258-272.
- 20- Abramovay M, Castro MG. Drogas nas escolas: versão resumida. Brasília: UNESCO Rede Pitágoras; 2005.

- 21- Siber TJ, Souza RP. O uso e abuso de drogas na adolescência. O que se deve saber e o que se pode fazer. *Adolescência Latino Americana*. 1998; 3(1): 148-162.
- 22- Reis FC, Silva AA. Adolescência: Consumo de álcool e outras drogas. *Rev. Enfermagem Integrada*. 2009; 1(2): 112-125.
- 23- Garcia-Mijares M, Silva MTA. *Dependência de drogas*. *Psicologia USP*. 2006; 17(4): 213-240.
- 24- Malbergier A. Dependência de drogas. *Rev Bras Psiquiatria* 2002; 24(4): 204.
- 25- American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V*. 5ª ed. Porto Alegre: Artimed; 2014.
- 26- Peuker AC, Lopes FM, Menezes CB, Cunha SM, Bizarro L. Processamento Implícito e Dependência Química: Teoria, Avaliação e Perspectivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2013; 1(29): 7-14.
- 27- Sipahi FM, Vianna FC. Uma análise da dependência de drogas numa perspectiva fenomenológica existencial. *Rev. Analise Psicológica*. 2001; 4(19): 503-507.
- 28- Almeida Filho AJ, Ferreira MA, Gomes MLB. O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007; 11(4): 605-610.
- 29- Zeitoune RCG, Ferreira VS, Silveira HS, Domingos AM, Maia AC. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. *Esc Anna Nery (impr.)*. 2012; 16(1): 57- 63.
- 30- Kessler F, Diemen LV, Seganfredo AC, Brandão I, Saibro P, Scheidt B et al. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Rev. Psiquiatria RS*. 2003; 25(suplemento 1): 33-41.
- 31- Millani HFB, Valente MLLC. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD, Rev. Eletr. Saúde Mental Alcool Drog*. [online] 2008; 4(2): 2-19.
- 32- Cortes PM. *A convivência no espaço de um CAPS*. [Monografia]. Brasília: Faculdade de Psicologia do Centro Universitário; 2013.
- 33- Foucault M. *História da Loucura na Idade Clássica (1961)*. 5ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 1997.

- 34- Foucault M. A ordem do Discurso (1970). 6ª ed. São Paulo: Loyola; 2000.
- 35- Sales ALLF, Dimenstein M. Psicólogos no processo de Reforma Psiquiátrica: Práticas em desconstrução? *Psicologia em Estudo*. 2009; 2(14): 277-285.
- 36- Jorge MAS. Engenho dentro de casa: Sobre a construção de um serviço de atenção diária em Saúde Mental. [Dissertação]. Rio de Janeiro: escola Nacional de Saúde Pública; 1997.
- 37- Puchivailo MC, Silva GB, Holanda AF. A Reforma na Saúde Mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. *Rev. da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*. 2013; 19(2): 230-239.
- 38- Guimarães AN. A Prática em Saúde Mental do modelo manicomial ao Psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem. [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.
- 39- Ribeiro SL. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2004; 24(3):92-99.
- 40- Brasil. Presidente da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília; 2001.
- 41- Andreoli SB, Ronchetti SSB, Miranda ALP, Bezerra CRM, Magalhães CCPB, Martins D. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(3): 836-844.
- 42- Azevedo DM, Miranda FAN. Práticas Profissionais e Tratamento ofertado nos CAPS Ad do município de Natal- RN: Com a palavra família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(1): 56-63.
- 43- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília; 2011.
- 44- Mato Grosso. Secretária de Estado de Saúde. Revisão do Projeto Terapêutico Global do Centro de Atenção de álcool e outras Drogas de Cuiabá – 2013. Cuiabá: SES; 2013.
- 45- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção Psicossocial. Brasília: MS; 2004.
- 46- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

- 47- Minayo MCS. O desejo do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- 48- Rampazzo L. Metodologia Científica: Para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 2005.
- 49- Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC; 2002.
- 50- Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araújo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). Rev. psiquiatr. RS. 2008; 30(2): 101-108.
- 51- Silva AM. Tratamento do centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas CAPS ad II - leste Natal/ RN: Uma avaliação da efetividade. [Dissertação de mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; 2006.
- 52- Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. Rev. Saúde Pública. 2003; 37(6): 751-759.
- 53- Freitas RM, Silva HRR, Araújo DS. Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (Caps-AD). SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2012; 8(2): 56-63.
- 54- Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Albuquerque RA. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. Psicologia em Estudo. 2014; 2(19): 223-233.
- 55- Luz AA, Wosniak FL, Savi CA. Vulnerabilidade ao abuso de drogas e as outras situações de risco. Educ. Rev. [online]. 1999; 15. pp.1-9.
- 56- Ribeiro DB, Terra MG. Motivos Da Tentativa De Suicídio Expressos Por Homens Usuários De Álcool E Outras Drogas. [Dissertação de Mestrado]. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS); 2012.

APÊNDICE – A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



www.unifran.edu.br

Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201
14404 600
Franca SP
T 55 16 3711 8888
F 55 16 3711 8886

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O PERFIL DO ATENDIDO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ALCOOL E DROGAS”, coordenada pelo pesquisador responsável Gilmar Antoniassi Júnior e conduzida por Sandra Soares de Souza Barbosa aluna/pesquisador do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas. Essa pesquisa se justifica para identificar o perfil do dependente químico atendido no CAPS AD:

1. Os objetivos com os quais essa pesquisa estará sendo realizada serão: Levantar o perfil dos pacientes em permanência no atendimento do Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas, bem como sua percepção do serviço de saúde, em uma cidade de médio porte na Região do Alto Paranaíba no Estado de Minas Gerais. Para tanto, serão realizados procedimentos que não trarão quaisquer danos a sua saúde, entretanto. É importante acentuar que na possibilidade de o estudo acarretar em uma discriminação diante da coleta de dados podendo causar a sensação de invasão da privacidade, principalmente no que tange as informações obtidas sobre o uso excessivo de álcool e outras drogas. Cabe ao entrevistador cautela com o manuseio das informações e diante da manifestação estresse, emoções, culpa e outros quais quer por parte do paciente em relação a entrevista, foi ofertado a ele um acolhimento terapêutico por parte da entrevistadora.

2. O procedimento de coleta constará de: Foi utilizado um instrumento *Questionário do Perfil do Atendido, a Condição de Saúde e Percepção do Serviço de Saúde Mental em Alcool e Outras Drogas*.

3. Os benefícios esperados diante de sua participação neste estudo serão: Acredita-se que com este estudo possa delinear o perfil dos pacientes atendidos no CAPS-AD, por meio de informações obtidas no campo de estudo, identificando o tipo de droga mais presente no município e qual a percepção dos atendidos quanto ao tratamento. O estudo possibilitará através dos dados obtidos perceber as demandas podendo compreender o indivíduo afim de indicar ao serviço ações que possam ajudar diante das situações do tratamento fortalecendo os vínculos sociais, podendo traçar estratégias para mudanças dos hábitos diários do atendido. Cabe ressaltar que o benefício real deste estudo somente poderá ser afirmado após a conclusão deste estudo.

4. Sua identidade, serão mantidos em sigilo absoluto sob responsabilidade do pesquisador, estando o mesmo sujeito às penas previstas na Lei brasileira;

5. Cabe a você decidir se deseja ou não participar dessa pesquisa. Se decidir participar deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando ciente de que terá o direito de interromper o estudo e/ou retirar seu consentimento a qualquer momento durante o desenvolvimento da pesquisa sem que isso afete seus direitos aos cuidados futuros, implique responsabilização ou cancelamento dos serviços oferecidos pela instituição. Sua participação é livre e não implica quaisquer tipos de recebimento de remuneração ou pagamento;

6. Em relação a qualquer dano direta ou indiretamente causado por esta pesquisa, o(s) Pesquisador(es) do Estudo e seus assistentes e a Instituição serão responsáveis, perante a lei brasileira, pela indenização de eventuais danos que o participante de pesquisa possa vir a sofrer, bem como por prestar assistência imediata e integral, nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde;

7. Os seus dados pessoais e as informações obtidas neste estudo, pelo pesquisador e sua equipe, serão garantidos pelo sigilo e confidencialidade. Os seus dados do estudo serão codificados de tal modo que sua identidade não seja revelada;

8. Você terá o direito de dirigir-se, a qualquer momento, ao(s) pesquisador(es) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, para os esclarecimentos sobre dúvidas que surgirem durante a pesquisa, tendo, portanto, o direito à informação. Nesse caso, entre em contato:

- Nome do Pesquisador: GILMAR ANTONIASSI JÚNIOR
Telefone: (34) 9801-4128

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante

Recredenciada pela Portaria Ministerial nº 1.450, D.O.U. 07/10/2011



www.unifran.edu.br

Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201
14404 600
Franca SP
T 55 16 3711 8888
F 55 16 3711 8886

Endereço: Rua Major Gote, 1409, 2º Andar, Departamento de Graduação em Psicologia
CEP: 38700-001 – Patos de Minas – Minas Gerais

- Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca – CEPE/UNIFRAN
Endereço: Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201 - Pq. Universitário
CEP: 14404-600 - Franca - SP
Telefone: (16) 3711-8904
E-mail: cepe@unifran.br
Horário de funcionamento: 07h00h às 13h00

9. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO:

- Eu recebi informação oral sobre o estudo acima e li por escrito este documento.
- Eu tive a oportunidade de discutir o estudo, fazer perguntas e receber esclarecimentos.
- Eu concordo em participar do estudo e estou ciente que minha participação é totalmente voluntária.
- Eu entendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso afete meu direito aos cuidados futuros.
- Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado e rubricado em duas vias originais por mim e pelo Pesquisador.
- Assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Pesquisador do Estudo garantirá ao Participante da Pesquisa, em seu próprio nome e em nome da instituição, os direitos descritos neste documento.
- Eu entendo que receberei uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A outra via original será mantida sob a responsabilidade do Pesquisador do Estudo.

Para ser assinado e datado pelo Participante da Pesquisa:

Assinatura do Participante da Pesquisa

Data da Assinatura

Nome da Participante da Pesquisa por extenso (LETRAS MAIÚSCULAS)

Para ser assinado e datado pelo Pesquisador do Estudo:

Assinatura do Pesquisador do Estudo

Data da Assinatura

SANDRA SOARES DE SOUZA BARBOSA

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas no Capítulo IV da Resolução 466/12 e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Patos de Minas, _____ de _____ de 2015.

GILMAR ANTONIASSI JÚNIOR

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante

10) Qual destas das substancias psicoativas você fez uso na vida?	SIM	NÃO
10A. Álcool	1	2
10B. Tabaco	1	2
10C. Canabinóides	1	2
10D. Cocaína/ Crack	1	2
10E. Opiáceos	1	2
10F. Sedativos e hipnóticos	1	2
10G. Alucinógenos	1	2
10H. Solventes voláteis	1	2
10I. Estimulantes	1	2
10J. Múltiplas drogas	1	2
10L. Outras	1	2

11) Qual destas das substancias você foi (ou está) dependente?	SIM	NÃO
11A. Álcool	1	2
11B. Tabaco	1	2
11C. Canabinóides	1	2
11D. Cocaína/ Crack	1	2
11E. Opiáceos	1	2
11F. Sedativos e hipnóticos	1	2
11G. Alucinógenos	1	2
11H. Solventes voláteis	1	2
11I. Estimulantes	1	2
11J. Múltiplas drogas	1	2
11L. Outras	1	2

12) Qual a frequência de USO para estas substâncias.

	Não Uso	Diário	Semanal	Esporádico
12A. Álcool	0	1	2	3
12B. Tabaco	0	1	2	3
12C. Canabinóides	0	1	2	3
12D. Cocaína/ Crack	0	1	2	3
12E. Opiáceos	0	1	2	3
12F. Sedativos e hipnóticos	0	1	2	3
12G. Alucinógenos	0	1	2	3
12H. Solventes voláteis	0	1	2	3
12I. Estimulantes	0	1	2	3
12J. Múltiplas drogas	0	1	2	3
12L. Outras	0	1	2	3

13) A principal via de uso da droga? *pode marcar mais que uma

1() Injetável 2() Inalada 3() Fumada 4() Oral 5() Outras

14) Qual foi o último episódio de uso da droga.

- | | |
|-------------------|-------------------------------|
| 1() Um dia | 5() Aproximadamente 3 meses |
| 2() A uma semana | 6() Aproximadamente 6 meses |
| 3() A 15 dias | 7() Aproximadamente 12 meses |
| 4() A um mês | 8() Mais de um ano |

15) Em qual ambiente/ ou lugares você fez/ ou fazia uso da droga?

- | | | |
|----------------|-----------------------|-------------|
| 1() Na rua | 3() Em casa | 5() Outros |
| 2() Em festas | 4() Junto dos Amigos | |

16) Tem outras pessoas na sua família com problemas de uso do álcool e outras drogas?

- 1() Sim 2() Não

16.1) Se sim, qual o grau de parentesco:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1() Primeiro Grau | 3() Terceiro Grau |
| 2() Segundo Grau | 4() Não sei |

17) Tentativas de autoextermínio:

- 1() Sim 2() Não

18) Quanto ao seu comportamento, você se percebe como: *pode marcar mais que um

- | | | | | |
|---------------|--------------|---------------|-----------------|------------------------|
| 1() Lento | 3() Agitado | 5() Bizarros | 7() Impulsivo | 9() Trejeitos faciais |
| 2() Inquieto | 4() Tiques | 6() Tremores | 8() Compulsões | 10() Gestos Incomuns |

19) Quais destas sensações você sente ou se percebe? *pode marcar mais que um

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1() Sem alucinações | 5() Alucinações táteis |
| 2() Ilusão | 6() Alucinações olfativas |
| 3() Alucinações visuais | 7() Alucinações gustativas |
| 4() Alucinações auditivas | |

20) Quanto ao seu humor você sente ou se percebe? *pode marcar mais que um

- | | | |
|----------------|---------------------|--------------------|
| 1() Ansiedade | 7() Indiferença | 13() Perplexidade |
| 2() Euforia | 8() Raiva | 14() Serenidade |
| 3() Alegria | 9() Culpa | 15() Exaltação |
| 4() Amor | 10() Agressividade | 16() Depressivo |
| 5() Ódio | 11() Pânico | 17() Apático |
| 6() Vergonha | 12() Desconfiança | 18() Maníaco |

21) Quanto ao seu Pensamento você se percebe? *pode marcar mais que um

- | | | |
|-----------------|------------------|---------------------------|
| 1() Lógico | 5() Fóbico | 9() Referencia |
| 2() ilógico | 6() Disperso | 10() Místico |
| 3() incoerente | 7() Perseguição | 11() Ruína |
| 4() Obsessivo | 8() Grandeza | 12() Não sei identificar |

ANEXO – A

PARECER APROVAÇÃO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O USUÁRIO DE DROGA ATENDIDO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGA.

Pesquisador: GILMAR ANTONIASSI JÚNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42009212.0.0000.5099

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 975.224

Data da Relatoria: 27/02/2015

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresentação clara do projeto a ser desenvolvido, contém referencial teórico e TCLE coerentes. O projeto é atual e mostra-se relevante para o conhecimento da saúde bucal dos universitários.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi acatado, projeto aprovado. Solicitamos o envio da Declaração da Instituição Co-Participante até o dia 19/03/2015 (se houver), utilizando o botão "Notificações" para fazer o upload do documento pela Plataforma Brasil. O relatório final e demais documentos deverão ser entregues até 20/12/2015. Importante lembrar que todas as folhas do TCLE deverão ser rubricadas pelo sujeito da pesquisa e também pelo pesquisador responsável e equipe, quando houver. Que continuem sendo cumpridas as determinações da Resolução CNS 466/12, na realização da pesquisa.

FRANCA, 09 de Março de 2015

CLÉRIA MARIA LOBO BITTAR
(Coordenador)
Assinado por:

Endereço: Av. Dr.Armando Salles de Oliveira, 201
Bairro: Parque Universitário **CEP:** 14.404-600
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3711-8904 **Fax:** (16)3711-8829 **E-mail:** cepe@unifran.edu.br

ANEXO – B

DECLARAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Município de Carmo do Paranaíba
Pça. Misael Luz de Carvalho - 84 ☎ (034) 3851-2068 ☎ FAX (034) 3851-2670
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que os (as) alunos (as) Lorrâne Gonçalves Flávio, portadores (as) do RG nº MG17.504.696, CPF nº 114.255.876-23 e Sandra Soares de Souza Barbosa, portadores (as) do RG nº MG11.346.596, CPF nº 030.166.226.61 sob orientação do pesquisador responsável Gilmar Antoniassi Júnior portador (a) do RG nº 40.948.213-4, CPF nº 312.531.428-31, estão autorizados(as) a realizar entrevistas com os pacientes desta instituição, no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas – CAPS-AD, com a finalidade de realizar seu trabalho de conclusão do curso em Psicologia, da Faculdade Patos de Minas.

Declaro ainda ter conhecimento da pesquisa a ser realizada e de ter sido previamente informado (a) de como serão utilizados os dados colhidos nesta instituição, bem como de que o paciente também terá acesso às informações através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Carmo do Paranaíba, 03 de Dezembro de 2014.

Leandra de Fátima Silva Costa
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Carmo do Paranaíba
Estado de Minas Gerais

ANEXO – C

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Município de Carmo do Paranaíba
Pça. Misael Luiz de Carvalho - 84 ☎ (034) 3851-2068 ☎ FAX (034) 3851-2670
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde do Município do Carmo do Paranaíba Estado de Minas Gerais, na pessoa de seu representante a Secretária de Saúde Leandra de Fátima Silva Costa, autoriza o pesquisador(a) Gilmar Antoniassi Júnior, portador(a) do RG nº 40.948.213-4 e do CPF nº 312.531.428-31, e as participantes envolvidas Lorrane Gonçalves Flávio, portadores (as) do RG nº MG17.504.696, CPF nº 114.255.876-23 e Sandra Soares de Souza Barbosa, portadores (as) do RG nº MG11.346.596, CPF nº 030.166.226.61 a realizar pesquisa com prontuários do departamento/setor de Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e Droga (CAPS-AD), com a finalidade de realizar sua pesquisa intitulada "O USUÁRIO DE DROGA ATENDIDO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGA", realizada na instituição de ensino Faculdade Patos de Minas.

A autorização está restrita à obtenção dos seguintes dados: informações clínicas dos pacientes e histórico de vida e do atendimento.

Para tanto, o pesquisador em epígrafe, foi cientificado de que:

I - deve realizar a pesquisa nos termos do determinado no parecer ético emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, assim como das Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012;

II - que a Secretaria Municipal de Saúde, está ciente de suas co-responsabilidades, na condição de co-participante da pesquisa, assim como dispõe de infraestrutura necessária ao compromisso assumido, no sentido de resguardar o sigilo das informações, garantindo a segurança e bem-estar dos sujeitos participantes da pesquisa.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente em duas vias.

Carmo do Paranaíba, 03 de Dezembro de 2014.

Leandra de Fátima Silva Costa
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Carmo do Paranaíba
Estado de Minas Gerais

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Autora Orientanda:

Nome completo: Sandra Soares de Souza Barbosa

Endereço: Avenida Marabá, 4211, Casa 121

Telefone: (34) 99244-0261

E-mail: sandrassoares@hotmail.com

Autor Orientador:

Nome completo: Gilmar Antoniassi Júnior.

Endereço: Rua Major Gote, 1901, FPM/Campus Shopping, 2º andar. Centro. Patos de Minas, MG.

Telefone: (34) 3818-2300

E-mail: jrantiassi@bol.com.br

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Patos de Minas, 26 de novembro de 2015.

Sandra Soares de Souza Barbosa

Gilmar Antoniassi Junior