

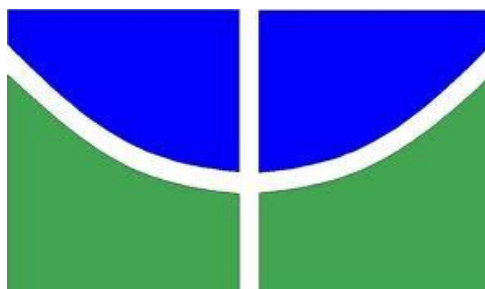
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**TRAJETÓRIA DE USO DE DROGAS ILÍCITAS ENTRE PESSOAS QUE SE  
ENCONTRAM EM TRATAMENTO EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO  
DISTRITO FEDERAL**

**Aluna: Ana Carolina dos Santos Pereira (10/43455)**

**Orientadora: Prof. Dra. Andrea Donatti Gallassi**

Brasília  
2013



ANA CAROLINA DOS SANTOS PEREIRA

**TRAJETÓRIA DE USO DE DROGAS ILÍCITAS ENTRE PESSOAS QUE SE ENCONTRAM EM TRATAMENTO EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como um dos requisitos para a obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Andrea Donatti Gallassi

Brasília  
2013

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O consumo de drogas se manteve estável nos últimos 5 anos, porém de 3,4% a 6,6% da população mundial já fez uso de alguma substância ilícita pelo menos uma vez na vida, sendo a maconha a mais utilizada. O Brasil segue esta tendência mundial, no qual 3 milhões de brasileiros adultos já fizeram uso de maconha pelo menos uma vez na vida e este número é de 470mil entre os adolescentes. **OBJETIVO GERAL:** Analisar a trajetória de uso de drogas ilícitas entre as pessoas que se encontram em tratamento nos CAPS AD do Distrito Federal. **METODOLOGIA:** É um estudo transversal, descritivo e exploratório realizado nos CAPS AD de Santa Maria e Sobradinho, com uma amostra de 80 usuários, sendo 40 de cada serviço. Foram entrevistadas pessoas que faziam acompanhamento nestes serviços, que tinham mais de 18 anos e estavam em tratamento pelo uso de alguma droga ilícita. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário baseado no instrumento ASSIST. **RESULTADOS:** A maioria dos usuários teve contato com a primeira substância ilícita entre os 11 e 15 anos, na companhia de amigos e na rua, sendo o principal motivador a curiosidade. A droga mais citada como primeira droga ilícita usada foi a maconha.

**PALAVRAS-CHAVES:** uso de drogas; tratamento; CAPS AD.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: SEXO.....	14
TABELA 2: ESCOLARIDADE.....	15
TABELA 3: OCUPAÇÃO.....	16
TABELA 4: PRIMEIRA DROGA ILÍCITA QUE USOU NA VIDA.....	17
TABELA 5: IDADE DO PRIMEIRO CONTATO.....	18
TABELA 6: CONTEXTO.....	19
TABELA 7: POR QUANTO TEMPO USOU A PRIMEIRA DROGA.....	20
TABELA 8: DROGAS QUE JÁ USOU NA VIDA.....	21
TABELA 9: DROGAS QUE AINDA USA.....	22
TABELA 10: TENTATIVAS DE PARAR.....	24

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	3
1.1	O USO DE DROGAS NO BRASIL E NO MUNDO .....	3
1.2	POLÍTICAS SOBRE DROGAS .....	3
1.3	CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	6
1.3.1	O QUE É CAPS.....	6
1.3.2	COMO SURTIRAM OS CAPS?.....	8
1.3.3	CAPS AD (álcool e drogas) .....	8
2	JUSTIFICATIVA.....	10
3	OBJETIVOS .....	11
3.1	OBJETIVO GERAL.....	11
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4	METODOLOGIA.....	12
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	12
4.1.1	CAPS AD DE SANTA MARIA.....	12
4.1.2	CAPS AD DE SOBRADINHO .....	12
4.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO .....	13
4.2.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	13
4.2.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	13
4.3	INSTRUMENTO DA PESQUISA .....	13
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	13
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	13
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	14
5.1	SEXO .....	14
5.2	RELIGIÃO .....	14
5.3	ESCOLARIDADE.....	14
5.4	IDADE .....	15
5.5	ONDE MORA .....	15
5.6	OCUPAÇÃO.....	15

5.7	TEMPO DE TRATAMENTO .....	16
5.8	PRIMEIRA DROGA E IDADE DE USO.....	16
5.9	CONTEXTO E COMPANHIA.....	18
5.10	USO DO ÁLCOOL .....	19
5.11	A PRIMEIRA DROGA E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	19
5.12	SUBSTÂNCIAS QUE JÁ USOU NA VIDA.....	20
5.13	SUBSTÂNCIAS QUE AINDA USA .....	21
5.14	FAMÍLIA OU AMIGO QUE FAZ USO DE DROGAS.....	22
5.15	COM QUEM USA/USAVA.....	23
5.16	MAIOR PROBLEMA CAUSADO PELO USO DE DROGAS .....	23
5.17	TENTATIVAS DE PARAR.....	23
5.18	PORQUE COMEÇOU A USAR.....	24
5.19	PORQUE RESOLVEU PROCURAR AJUDA .....	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
8	ANEXOS.....	29
8.1	QUESTIONÁRIO .....	29
8.2	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE .....	32

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 O USO DE DROGAS NO BRASIL E NO MUNDO**

Segundo o World Drug Report (2011), de 3,3% a 6,1% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos utilizou alguma droga ilícita no último ano, e metade deste número é consumidor frequente dessas substâncias. Os usuários que apresentam problemas pelo uso de drogas são estimados em 0,3% a 0,9% da população mundial.

A substância ilícita mais utilizada no mundo é a maconha, sendo, em 2009, estimado o seu uso por 2,8% a 4,5% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos. Neste mesmo contexto populacional, a segunda substância mais utilizada são as anfetaminas (0,3% a 1,3%) e a terceira são os opióides, (0,5% a 0,8%).

Na América do Sul encontra-se 2,9% a 3% dos consumidores mundiais de maconha, e o Brasil tem alta prevalência de uso não terapêutico de medicamentos opióides e estimulantes. (UNODC, 2011).

No último levantamento nacional, realizado no ano de 2005, as drogas mais utilizadas pela população brasileira, sem considerar o álcool e o tabaco, foram: maconha (8,8%), solventes (6,1%) e benzodiazepínicos (5,6%), e as que apresentaram maior número de dependentes foram: maconha (1% a 1,2%), benzodiazepínicos (1,1% a 0,5%) e solventes (0,8% a 0,2%). Os homens apresentaram maior prevalência de *uso na vida* de maconha, solvente, cocaína, alucinógenos, crack, merla e esteróides, enquanto as mulheres têm um consumo maior de substâncias estimulantes, benzodiazepínicos, orexígenos e opiáceos. (RELATÓRIO BRASILEIRO SOBRE DROGAS, 2009).

Na região Centro-Oeste do Brasil, as drogas mais consumidas seguem o panorama nacional em ordem de prevalência, sendo a substância ilícita que apresenta o maior número de dependentes é a maconha. (RELATÓRIO BRASILEIRO SOBRE DROGAS, 2009).

### **1.2 POLÍTICAS SOBRE DROGAS**

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 10% das populações de centros urbanos no mundo faz uso de drogas psicotrópicas, incluindo álcool e tabaco, independente da idade, sexo, nível social e/ou educacional. (A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2003).

Segundo Machado e Miranda (2007), as intervenções para tentar coibir o uso e o tráfico de drogas se iniciaram no século XX, como a medida jurídico-institucional para o controle sobre o uso e o comércio de drogas. Em 1911, influenciado por países desenvolvidos, o Brasil aderiu a Convenção de Haia, para controle de ópio, morfina, heroína e cocaína. No ano de 1923, pelo decreto 4.294, o Código Penal Brasileiro, propôs a prisão para aqueles que comercializassem ópio e seus derivados.

Na década de 70, as políticas de drogas passam também pelo âmbito da medicina, e o usuário passa a ser considerado doente e/ou criminoso. Foram propostas diversas formas de tratamentos, como internação em hospitais psiquiátricos, que depois passariam a ser centros especializados, com o intuito de “salvar, recuperar, tratar e punir”. (MACHADO; MIRANDA; apud FIORE, 2005).

A interferência médico-psiquiátrica nas políticas de controle do consumo de drogas pode ser observada na lei 5.726 de 1971, que versa sobre a aliança entre as políticas de controle e repressão e a psiquiatria:

Primeiramente ao surgir no cenário jurídico-penal de 1971 como um complemento às ações de repressão e prevenção, servindo para o reaparelhamento do Judiciário através da absorção de sua tecnologia. Em segundo lugar, ao se apresentar como alternativa institucional ao destino dessa classe de excluídos, implicando a psiquiatrização dos procedimentos de controle do uso de drogas em nossa sociedade... (Bittencourt, 1986, p.42)

Nos anos 1980, a lei 6.368 favoreceu o atendimento de saúde para usuários de drogas a partir da criação de centros especializados de tratamento, que podiam ou não ser vinculados ao governo (MACHADO E MIRANDA, 2007; apud BITTERN COURT, 1986).

No ano de 1980, foi criado e regulamentado o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), a partir do decreto 85.110, de 2 de setembro que explicitava suas ações:

Art 4. ... propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica... (Brasil, Ministério da Justiça, 1992, p.19)

Em 1998, o Brasil começa a construir uma política nacional sobre redução de demanda (tratamento) e oferta (controle do tráfico) de drogas. Essa iniciativa se deu após a XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, onde a pauta foram os princípios diretivos para redução de demanda de drogas. O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) se transformou em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), hoje denominada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, que



tem como missão coordenar a Política Nacional sobre Drogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade civil.

Em 2002, por meio de Decreto Presidencial nº. 4.345 de 26 de agosto, foi criada a Política Nacional sobre Drogas – PNAD e no ano de 2003, o então Presidente Luiz Inácio “Lula” da Silva apontou a criação de uma nova agenda nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas que seguisse três vertentes: integração das políticas públicas, descentralização das ações e estreitamento das relações. Nos primeiros anos de vigência, observou-se a necessidade de modificações, nas quais deveriam ser consideradas as mudanças sociais, políticas e econômicas que o Brasil e o mundo vinham vivendo. (DUARTE; DALBOSCO, 2012).

A Lei 10.216, sancionada dia 06 de Abril de 2001, torna-se um marco legal na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quando são garantidos os direitos das pessoas que sofrem com transtornos mentais inclusive àqueles relacionados ao uso de drogas. (A POLITICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2003).

A primeira política de saúde específica para o consumo de drogas foi lançada em 2003, quando se deixou de lado uma política restrita ao controle e a repressão e passou a usar a prática de redução de danos como uma das estratégias de abordagem ao usuário. Neste momento, o Ministério da Saúde passa a considerar o consumo de drogas como um problema de saúde pública e não somente médico-psiquiátrico/jurídico. Atualmente, tenta-se aliar a intervenção clínica com a saúde coletiva, de modo que possam ser realizadas ações terapêuticas específicas a cada indivíduo e ações voltadas para a comunidade. (DUARTE; DALBOSCO, 2012).

Seguindo a tendência mundial, em 2006 foi aprovada no Brasil a Lei n. 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e passa a ser reconhecida a diferença entre o traficante e o usuário de drogas. O Brasil passa a entender que usuários não devem ser penalizados com a privação da liberdade e, desta forma, a justiça baseada no castigo deu lugar à justiça restaurativa, que passa a atribuir penas alternativas aos usuários de drogas, como advertência sobre os efeitos das drogas, serviços comunitários e medidas educativas. (DUARTE; DALBOSCO, 2012.)

Em 20 de maio de 2010, momento em que o país observava um suposto aumento do uso de crack e de suas consequências relacionadas, foi criado, por meio do Decreto Presidencial 7.179, o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras. Drogas”, que teve

como objetivo promover ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack, de forma intersetorial e multidisciplinar, visando também a diminuição da criminalidade associada ao consumo desta substância. (Presidência da República, 2010).

Com o intuito de fortalecimento e continuidade das ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, em dezembro de 2011 a presidenta Dilma Rousseff implementou o programa “Crack, é Possível Vencer”, que é baseado em três eixos de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. (<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer>).

O eixo da prevenção se dá por meio de ações de educação, informação e capacitação de diferentes segmentos sociais, que atuam de forma direta ou indireta com os usuários de crack e outras drogas. O eixo do cuidado visa ampliar as ações de intervenção junto aos usuários de crack e outras drogas e sua família, por meio da implementação e expansão dos serviços especializados, como os CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas), leitos de desintoxicação em hospital geral, ações nas unidades básicas de saúde, por meio dos Consultórios na Rua, entre outras. O terceiro e último eixo é o da autoridade, que busca promover o enfrentamento estratégico do tráfico de drogas e organizações criminosas, contando com o apoio da Polícia Federal e polícias estaduais. (<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer>).

Os dois programas – Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e o Programa Crack, É Possível Vencer – tem um foco comum: criação e expansão de uma rede articulada e cooperativa entre o governo federal, estados, municípios e o Distrito Federal, além de contar com o apoio da sociedade civil. (DUARTE; DALBOSCO, 2012).

### **1.3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

#### **1.3.1 O QUE É CAPS**

Com a revisão do modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais, inclusive àqueles relacionados ao uso de drogas, ocorrido com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, o tratamento que antes ocorria predominantemente em hospitais psiquiátricos e em outras instituições asilares, dá lugar a um serviço de base comunitária que tem como proposta oferecer cuidado a essas pessoas em seus territórios, evitando o confinamento e o isolamento, tão prejudiciais para o processo de reabilitação. Nesse contexto surgem os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. (SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 2004).

Os CAPS tem como objetivo acompanhar clinicamente e reinserir socialmente os usuários por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e reconstrução/fortalecimento dos laços sociais.

O CAPS organiza de forma estratégica as redes comunitárias, direcionando políticas e programas de saúde mental com projetos terapêuticos voltados para o usuário, sua família e para a comunidade. (SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 2004).

Os CAPS se dividem em CAPS I, II e III, que os diferencia, entre outras coisas, pelo tamanho da equipe, cobertura populacional e horário de funcionamento, e os CAPS voltados para o atendimento de públicos específicos, como o CAPSi (infantil) e o CAPS AD (álcool e drogas). Segundo o relatório “Saúde Mental em Dados 10”, do Ministério da Saúde, em 2012 o Distrito Federal contava com 7 CAPS sendo três deles CAPS AD (SAÚDE MENTAL EM DADOS 10, 2012).

O CAPS I é para municípios com a população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, contando com uma equipe mínima de, 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e 4 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). (SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 2004).

O CAPS II é para municípios com um nível populacional que varia entre 70.000 e 200.000 habitantes, com horários de funcionamento iguais ao CAPS I podendo ou não conter um terceiro turno até às 21 horas. Sua equipe mínima é formada por: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais e 6 profissionais de nível médio. (SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 2004).

O CAPS III é para municípios com população maior de 200.000 habitantes e tem funcionamento 24 horas, incluindo fins de semana e feriado. Por atender uma demanda muito maior e espontânea, é necessária uma equipe mínima de 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais e 8 profissionais de nível médio. (SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 2004).

O CAPSi abrange regiões com população acima de 200.000 habitantes e tem horário de funcionamento igual ao CAPS II. Trata de um serviço onde o público alvo são crianças e adolescentes com transtornos psíquicos, podendo ser: autismo, psicose, neurose grave ou qualquer outra condição que esteja impossibilitando a criança/jovem a manter e/ou estabelecer suas redes sociais, inclusive aqueles ocasionados pelo uso de drogas. (SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 2004).

O CAPS AD se assemelha ao CAPS II, porém é voltado para pessoas cujo principal problema é o uso abusivo de álcool e outras drogas. Os CAPS AD são localizados em municípios com população acima de 100.000 habitantes e, atualmente, estão sendo incentivados a se transformarem em CAPS AD III, ou seja, com funcionamento 24 horas. (SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 2004).

### **1.3.2 COMO SURGIRAM OS CAPS?**

Em 1986, em São Paulo, foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, sendo fruto de um movimento social em prol da melhoria da assistência aos usuários com transtornos mentais e que, ao mesmo, tempo denunciava a situação de maus tratos dos hospitais psiquiátricos.

Sua criação oficial se deu por meio da Portaria GM 221/92, definidos como:

“unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população descrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional.”

### **1.3.3 CAPS AD (álcool e drogas)**

Surgiu em 2002 para tratar pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e drogas. Os CAPS AD oferecem tratamento diário visando um planejamento terapêutico individual e contando com uma rede de apoio (ex: Unidades Básicas de Saúde, hospitais gerais, etc.). As intervenções são realizadas em forma de consultas individuais, grupos terapêuticos e visitas domiciliares, sendo o plano traçado a partir da demanda do usuário. Os CAPS AD também oferecem sala de repouso e desintoxicação ambulatorial. (SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 2004).

Os CAPS AD atendem usuários de álcool e outras drogas e tem como objetivo proporcionar um local onde a pessoa possa voltar a ter autonomia em sua vida por meio de resgate social e desenvolvimento de potencialidades, geralmente trabalhados na perspectiva da Redução de Danos.

As estratégias de Redução de Danos são um conjunto de ações de saúde pública que tem o objetivo de reduzir e/ou prevenir consequências negativas associadas ao uso de drogas. Está voltada para usuários que não conseguem ou não querem interromper o uso de drogas, sendo uma alternativa aos tratamentos nos quais a meta é a abstinência. (Fonseca, 2005.)

Os CAPS AD trabalham, portanto, com uma política no qual ações de promoção, prevenção e proteção à saúde do usuário são norteadoras. No ano de 2006 o Brasil contava com 1.010 CAPS e, atualmente, este número é de 1.742. (SAÚDE MENTAL EM DADOS 10, 2012).

O Distrito Federal conta com cinco CAPS AD, que se localizam nas Regiões Administrativas (RA) de Sobradinho, Guará, Santa Maria e Ceilândia, e na Rodoviária da área central de Brasília, chamada de Plano Piloto. (<http://www.saude.df.gov.br>)

## 2 JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, o consumo de drogas ilícitas vem aumentando em todo o mundo e o Brasil vem seguindo essa tendência. Segundo dados do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2005), o uso de drogas *na vida*, incluindo o álcool e o tabaco, aumentou de 19,4% em 2001 para 22,8% no ano de 2005, sendo a maconha, dentre as drogas ilícitas, a que teve seu padrão de consumo mais aumentando (1,9%) entre os anos de 2001 e 2005.

Deste modo, investigar a trajetória de uso de drogas ilícitas entre as pessoas que se encontram em tratamento, possibilitará traçar um perfil mais específico sobre os fatores que determinam o início do uso, bem como o processo de experimentação de outras substâncias, o que facilitará a elaboração de projetos de prevenção e/ou promoção da saúde com enfoque nas populações mais vulneráveis a iniciar o consumo de drogas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a trajetória de uso de drogas ilícitas entre as pessoas que se encontram em tratamento em dois CAPS AD no Distrito Federal.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conhecer quais são as drogas ilícitas “porta-de-entrada”;
- Verificar a idade e o contexto de início de uso de drogas entre os usuários hoje em tratamento
- Investigar quais fatores influenciam na trajetória de uso de drogas.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório realizado com uma amostra de 80 usuários atendidos em dois CAPS AD do Distrito Federal, escolhidos de forma aleatória seguindo os critérios de inclusão/exclusão, sendo um localizado na RA de Santa Maria e o outro na RA de Sobradinho, sendo 40 do CAPS AD de Santa Maria e 40 de Sobradinho.

#### **4.1.1 CAPS AD DE SANTA MARIA**

Santa Maria é a Região Administrativa XIII do Distrito Federal, localizada a 26 km de Brasília. Foi inaugurada em dia 10 de fevereiro de 1993, com uma área de 211 km<sup>2</sup>. Atualmente a cidade conta com quase 120 mil habitantes. (<http://www.santamaria.df.gov.br/>)

De acordo com a gerência, o CAPS AD da regional de Santa Maria foi inaugurado no dia 14 de setembro de 2010. Faz atendimentos de segunda a sexta-feira das 7h às 19h. O CAPS AD conta com uma equipe multidisciplinar, mas ainda sofre por falta de funcionários. Os atendimentos oferecidos são baseados no Planejamento Terapêutico Individualizado (PTI), no qual são tratadas as demandas de cada usuário de forma singular. Em geral, as intervenções são individuais e em grupos, podendo ou não contar com a participação da família.

#### **4.1.2 CAPS AD DE SOBRADINHO**

Sobradinho é a RA V do Distrito Federal. Foi uma cidade planejada, tendo seu projeto confiado ao urbanista Paulo Hungria Machado no período de 1958 e 1959. Foi inaugurada no dia 13 de maio de 1960, contando com uma área de 596,37 Km<sup>2</sup> e uma população de 128.789 pessoas. (<http://www.sobradinho.df.gov.br/>)

Segundo o Gerente da Unidade, o CAPS AD da região foi inaugurado em 07 de novembro de 2006, sendo o segundo de Brasília. Possui uma equipe de quatro psicólogos, dois médicos, nas especialidades de psiquiatria e clínica médica, dois assistentes sociais, um profissional de enfermagem, um terapeuta ocupacional e dois técnicos de enfermagem, e funciona com sistema de agenda aberta de segunda a sexta-feira das 7h às 18h. O CAPS AD atende usuários das mais diversas drogas, porém as maiores demandas são pela dependência de álcool e maconha. Os tratamentos são oferecidos tanto para os usuários quanto para seus



familiares, visando a reinserção na família e na comunidade, sendo os mesmo de caráter individual ou em grupo.

## **4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO**

### **4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram convidados a participar da pesquisa os usuários que fazem acompanhamento nos CAPS AD de Santa Maria e Sobradinho, maiores de 18 anos, de ambos os sexos e que foram encaminhados ao serviço por motivo de uso de alguma droga ilícita.

### **4.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Usuários em tratamento apenas pelo uso abusivo do álcool ou tabaco e menores de 18 anos.

## **4.3 INSTRUMENTOS DA PESQUISA**

O instrumento utilizado foi um questionário elaborado (APÊNDICE 1) a partir da Versão Brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIST). Os usuários foram convidados voluntariamente a participar durante os grupos ou enquanto aguardavam na sala de espera. A aplicação do questionário teve duração de aproximadamente 15 minutos.

## **4.4 ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (FEPECS-DF), pelo protocolo 220/2012 e desenvolvida de acordo com as normas exigidas pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelo Comitê de Ética do Distrito Federal (CEP/FEPECS-DF).

## **4.5 ANÁLISE DE DADOS**

A partir dos questionários respondidos, foi criado um banco de dados para análise por meio programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 18º versão.

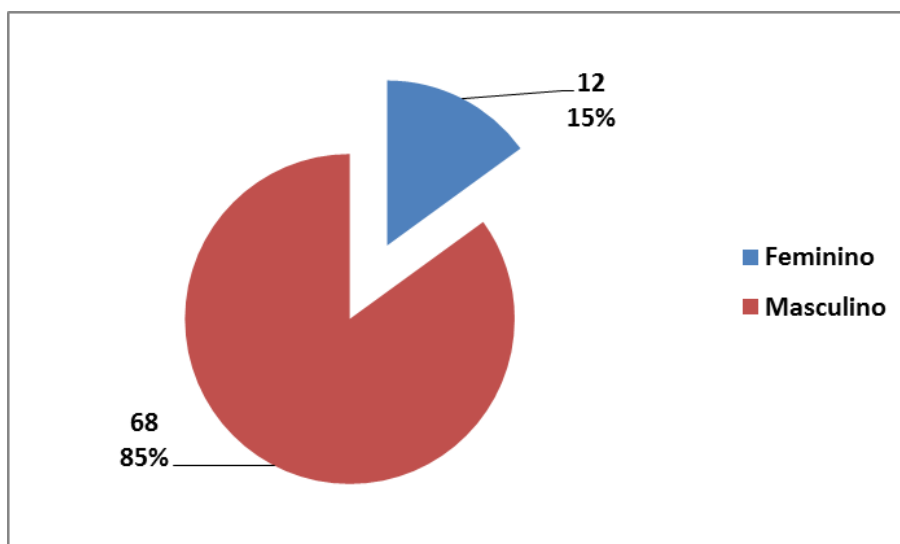
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados serão apresentados separadamente de acordo com as variáveis pesquisadas a partir do questionário.

### 5.1 SEXO

Entre os 80 usuários em tratamento que foram entrevistados, 15% (12) são do sexo feminino e 85% (68) são do sexo masculino. A prevalência do sexo masculino na amostra segue uma tendência já apresentada por César (2006), no qual as mulheres tem mais dificuldade em procurar ajuda devido ao estigma e papel social esperado que elas desempenhem, e que a adesão é maior quando os grupos são apenas do sexo feminino. (BAL, 2006).

**TABELA 1 - SEXO**



Fonte: Dados da pesquisa

### 5.2 RELIGIÃO

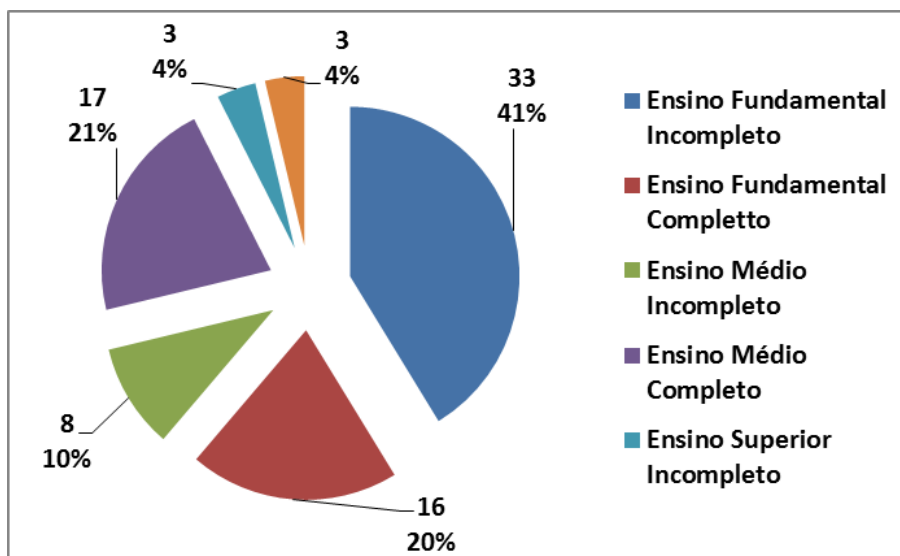
Há uma prevalência de sujeitos que se declaram evangélicos (37,5%), seguidos pelos católicos (32,5%) e espíritas (2,5%). Os que declararam não ter nenhuma religião representam 27,5% dos entrevistados.

### 5.3 ESCOLARIDADE

Com relação à escolaridade, 41,25% (33) declararam ter ensino fundamental incompleto, 20% (16) ensino fundamental completo, 10% (8) ensino médio incompleto,

21,25% (17) ensino médio completo, 3,75% (3) ensino superior incompleto e 3,75% (3) ensino superior completo.

**TABELA 2 - ESCOLARIDADE**



Fonte: Dados da pesquisa.

#### **5.4 IDADE**

Dos entrevistados, 12,5% (10) tem idade entre 18 a 23 anos, 20% (16) estão entre 24 e 29 anos de idade, 20% (16) tem idade entre 30 a 35 anos, 16,25% (13) tem entre 36 e 41 anos, 15% (12) possuem idade entre 42 e 47 anos, 13,75% (11) está com idade entre 48 e 53 anos e 2,5% (2) tem entre 54 e 59 anos. O entrevistado mais novo tinha 18 anos e o mais velho 57 anos.

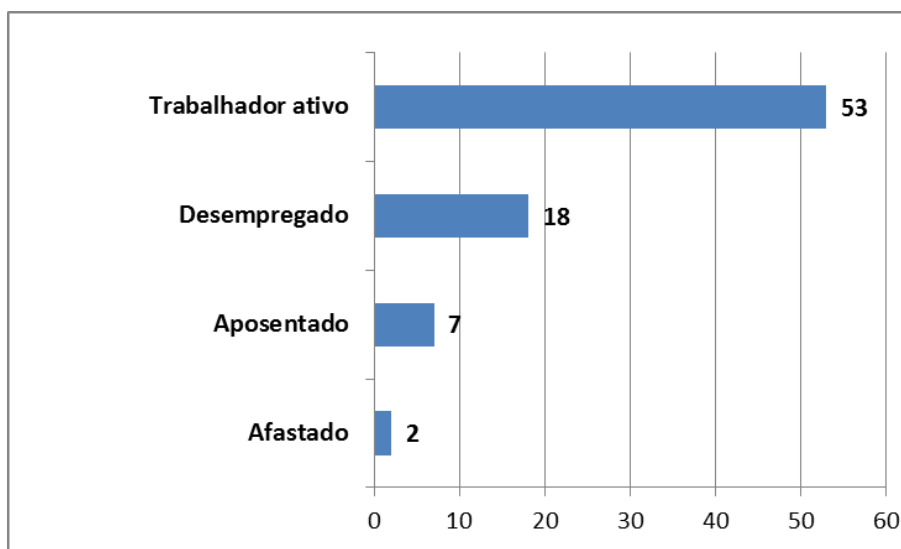
#### **5.5 ONDE MORA**

Quando perguntado em que cidade/Região Administrativa do DF moravam, 12,5% (10) disseram residir em Planaltina do DF, 12,5% (10) em Sobradinho I, 17,5% (14) no Gama, 16,25% (13) em Santa Maria, 31,25% (25) em outras cidades do Distrito Federal e 10% (8) residem em cidades da região do entorno do DF, no estado de Goiás.

#### **5.6 OCUPAÇÃO**

Os trabalhadores ativos representam 66,25% (53) da amostra, em seguida vem os desempregados com 22,5% (18), aposentados com 8,75% (7), e afastados do trabalho pelo INSS com 2,5% (2).

**TABELA 3 - OCUPAÇÃO**



Fonte: Dados da pesquisa.

### **5.7 TEMPO DE TRATAMENTO**

Estão em tratamento na instituição entre 1 a 6 meses 22,5% dos entrevistados, 33,75% estão no primeiro mês de tratamento, 16,25% responderam à entrevista no mesmo dia do acolhimento, 20% deles fazem acompanhamento de 6 meses a um ano, 6,25% estão na instituição entre um a dois anos e 1,25% está a mais de dois anos em tratamento.

Segundo estudo realizado por Peixoto *et al* (2010), usuários de álcool aderem mais e por mais tempo ao tratamento em instituições como o CAPS AD do que usuários de outras drogas.

Em um estudo realizado com adolescentes, demonstrou que adesão não significa necessariamente abstinência, e que o vínculo entre o profissional e o usuário tem um papel mais importante para o bom andamento do tratamento do que as próprias regras da instituição. Eles consideram adesão ao tratamento não só o usuário abstinente, mas aquele que tem um vínculo com a instituição e aceita o que ela tem a lhe oferecer em termos de tratamento, mesmo sem mudar alguns hábitos. (SCADUTO, BARBIERI, 2009).

### **5.8 PRIMEIRA DROGA E IDADE DE USO**

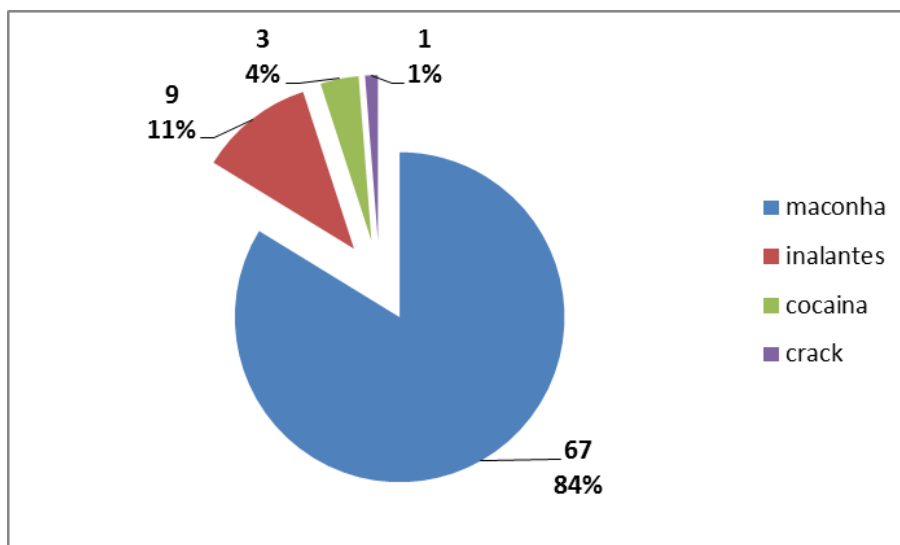
A maioria dos usuários teve como primeira droga ilícita a maconha (83,75%), seguida dos inalantes (11,25%), cocaína (3,75%) e crack (1,25%).

Um estudo sobre o perfil de usuários de cocaína e crack no Brasil demonstrou que as taxas de consumo de cocaína vêm aumentando entre estudantes, isso pode ser visto como uma tendência de mudança em relação à droga “porta de entrada”, como a maconha é muitas vezes considerada. (Duailibi, L. B., et al.)

A idade em que usou pela primeira vez foi entre 5 e 10 anos para 3,75% (3) dos entrevistados, 11 a 15 anos para 55% (44), 16 a 20 anos para 31,25% (25), 21 a 25 anos para 7,5% (6), 26 a 30 anos para 1,25% (1), 31 a 35 anos para 1,5% (1). A menor idade de uso foi 09 anos e a maior foi 33 anos de idade.

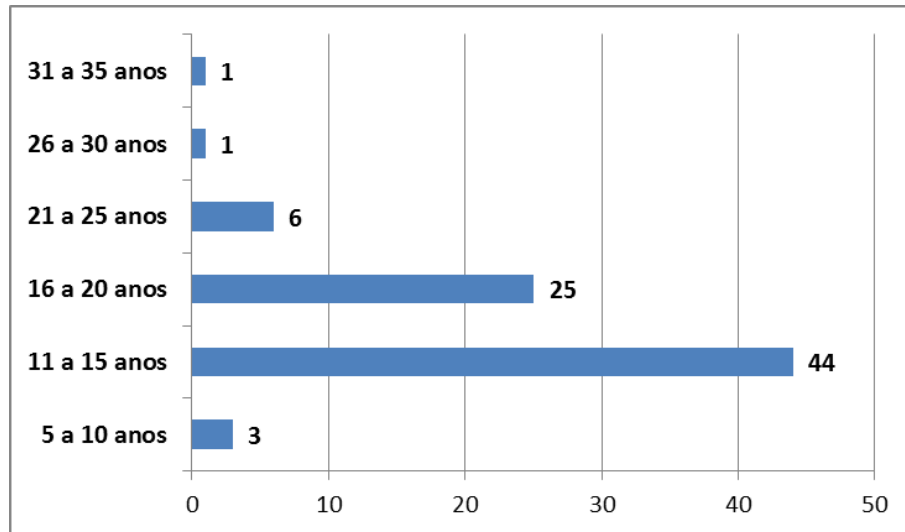
Há uma maior prevalência de usuários que tiveram o primeiro contato com substâncias ilícitas entre 11 a 15 anos, o que corrobora com um estudo realizado em 2005 na cidade de Gravataí-RS com 1.170 estudantes da 7ª série do Ensino Fundamental, onde, na maioria dos casos, o primeiro contato com drogas ilícitas ocorreu em torno dos 13 anos de idade (VIEIRA et al, 2008)

**TABELA 4 – PRIMEIRA DROGA ILÍCITA QUE USOU NA VIDA**



Fonte: Dados da pesquisa.

**TABELA 5 – IDADE DO PRIMEIRO CONTATO**



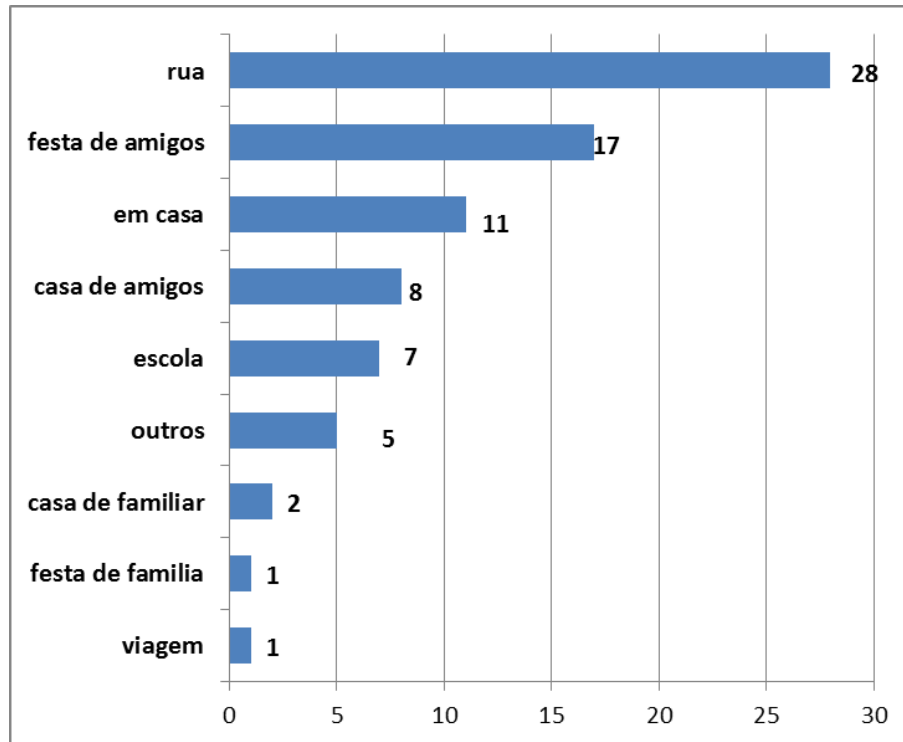
Fonte: Dados da pesquisa.

### **5.9 CONTEXTO E COMPANHIA**

Os usuários, em sua maioria, usaram pela primeira vez alguma droga ilícita na rua (35%), seguido por festas de amigos (21,25%), em sua própria casa (13,75%), na casa de amigos (10%), escola (8,75%), casa de algum familiar (2,5%), em viagem com amigos (1,25%) e em festas familiares (1,25%). Grande parte teve este primeiro contato com a companhia de amigos (75%), com familiares (10%), alguns procuram a substância sozinhos (8,75%), usaram com namorada(o) 3,75%, e com desconhecidos 2,5%.

Um estudo realizado por PRATTA & DOS SANTOS (2006), demonstrou que os amigos e a família se apresentam como os principais responsáveis pelo primeiro contato com drogas feito por adolescentes.

**TABELA 6 – CONTEXTO**



Fonte: Dados da pesquisa.

### **5.10 USO DO ÁLCOOL**

Dos 80 usuários, 60 (75%) não estavam sob efeito de bebida alcoólica no momento em que experimentou a primeira droga ilícita.

### **5.11 A PRIMEIRA DROGA E SUAS CONSEQUENCIAS**

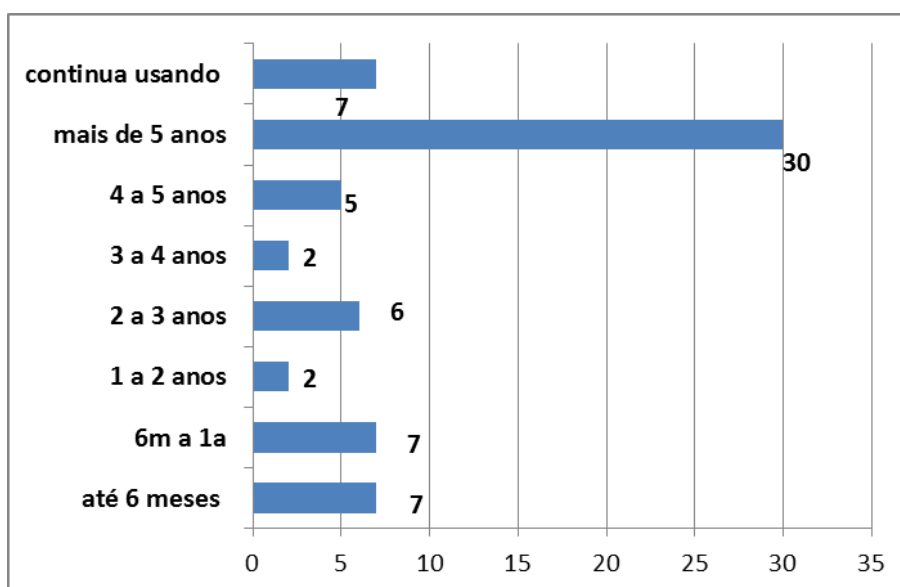
A maioria dos entrevistados 82,5% (66) declarou que a primeira substância ilícita utilizada não é a sua atual droga de escolha. Dentre esses 66 usuários, 10,6% deles usaram a primeira droga até 6 meses, 10,6% de 6 meses a um ano, 3% de um a dois anos, 9% de dois a três anos, 3% de três a quatro anos, 7,5% de quatro a cinco anos, 45,4% mais de cinco anos e 10,6% continuam usando-a.

Das substâncias ilícitas, a dependência de maconha é a mais comum, pois um em dez usuários de maconha se torna dependente em algum momento, em um período entre 4 e 5 anos. Porém, muitos tardam a procurar tratamento e alguns nunca o fazem, uma vez que os sintomas da dependência e da síndrome de abstinência de maconha não são tão intensos como os de outras drogas, o que acabam por minimizar os danos advindos do uso desta droga. (RIBEIRO, M et al . 2005).

Ainda desses sessenta e seis usuários, 39,3% relataram que mudaram de droga por sentir necessidade de novas “viagens”, 16,6% disseram que a mudança de substância ocorreu por conta da influência de outros usuários de drogas, 16,6% relataram que a quantidade usada não era mais suficiente e 27,2% não sabem o motivo da troca da substância.

Os outros 14 usuários que declaram que a primeira droga é a atual droga de escolha, 42,8% perceberam que estavam perdendo o controle do uso da substância devido ao aumento exagerado na quantidade usada, 35,7% não sabem dizer em que momento perderam o controle do uso da substância, e 21,4% perceberam a dependência por se afastar de familiares e amigos em decorrência do uso.

**TABELA 7 – POR QUANTO TEMPO USOU A PRIMEIRA DROGA**



Fonte: Dados da pesquisa.

## 5.12 SUBSTÂNCIAS QUE JÁ USOU NA VIDA

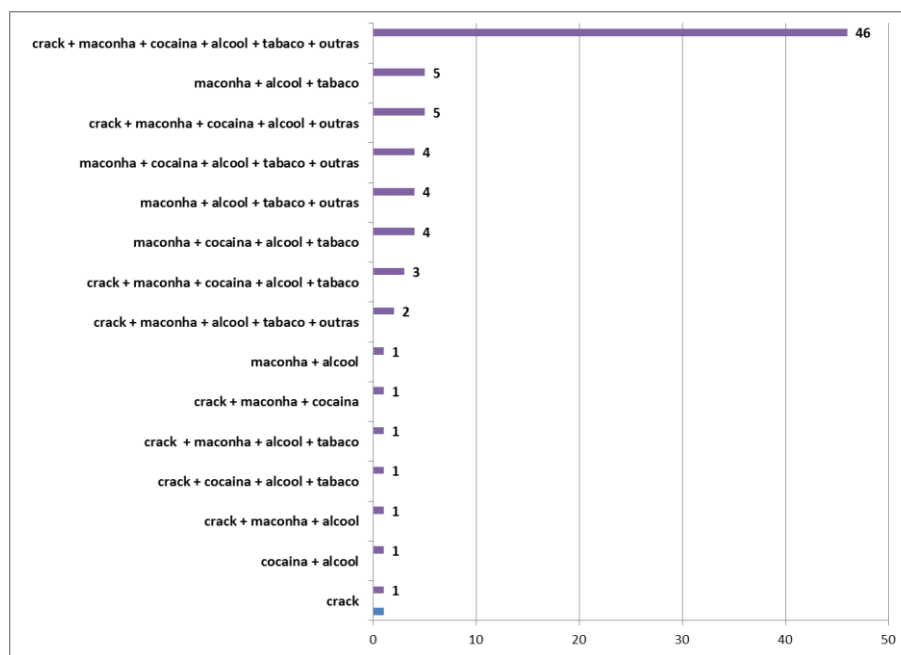
Dos usuários entrevistados, 57,5% já utilizaram crack, maconha, cocaína, álcool, tabaco e *outras drogas\**, 6,25% já utilizaram crack, maconha, cocaína, álcool e *outras drogas*, 6,25% já fizeram uso de maconha, álcool e tabaco 5% já fizeram uso de maconha, cocaína, álcool e tabaco, 5% já usaram maconha, álcool, tabaco e *outras drogas*, 5% já utilizaram maconha, cocaína, álcool, tabaco e *outras drogas*, 3,75% já fizeram uso de crack, maconha, cocaína, álcool e tabaco, 2,5% utilizou crack, maconha, álcool, tabaco e outras drogas, 1,5% já fez uso só de crack, 1,5% já fez uso de cocaína e álcool, 1,5% já fez uso de crack, maconha e álcool, 1,5% relatou já ter feito uso de crack, cocaína, álcool e tabaco, 1,5% já usou crack,



maconha, álcool e tabaco, 1,5% fez uso de crack, maconha e cocaína, e 1,5% utilizou maconha e álcool.

\*este item se refere às outras drogas que não estavam listadas no questionário

**TABELA 8 – DROGAS QUE JÁ USOU NA VIDA**



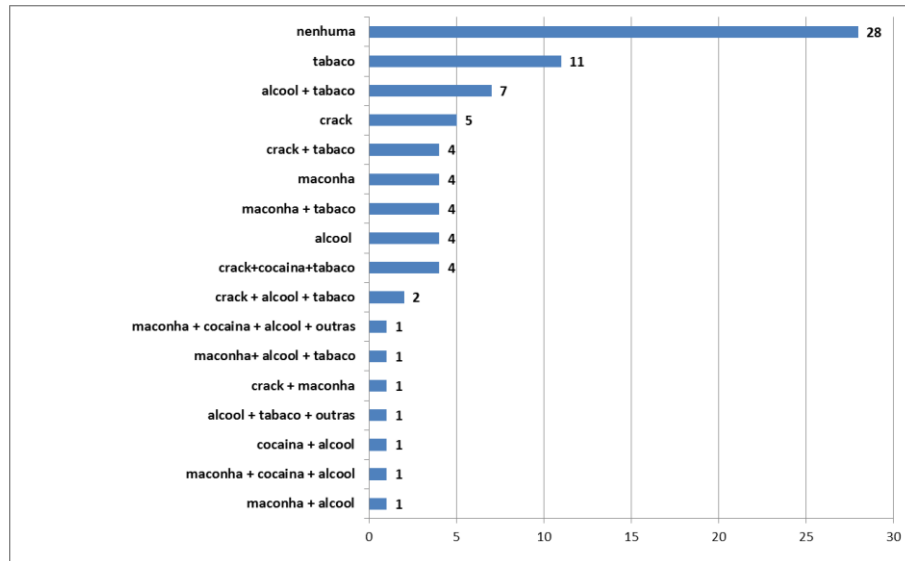
Fonte: Dados da pesquisa.

### 5.13 SUBSTÂNCIAS QUE AINDA USA

Quando perguntado sobre quais substâncias ainda utilizam, 35% relataram que não fazem mais uso de nenhuma substância, 13,75% fazem uso apenas de tabaco, 8,75% fazem uso de álcool e tabaco, 6,25% fazem uso de crack, 5% fazem uso de crack, cocaína e tabaco, 5% fazem uso apenas de álcool, 5% fazem uso de maconha e tabaco, 5% fazem uso de maconha, 2,5% fazem uso de crack, álcool e tabaco, 5% fazem uso de crack e tabaco, 1,25% faz uso de maconha e álcool, 1,25% faz uso de maconha, cocaína e álcool e 1,25% faz uso de cocaína e álcool, 1,25% utiliza álcool, tabaco e outras drogas, 1,25% faz uso de crack e maconha, 1,25% faz uso de maconha, álcool e tabaco, e 1,25% ainda utiliza maconha, cocaína, álcool e *outras drogas*.

De acordo com os dados, podemos observar que mesmo em tratamento, 65% dos usuários ainda seguem fazendo uso de algum tipo de droga, que varia desde tabaco e álcool a crack e o uso de múltiplas substâncias.

**TABELA 9 – DROGAS QUE AINDA USA**



Fonte: Dados da pesquisa.

#### **5.14 FAMÍLIA OU AMIGO QUE FAZ USO DE DROGAS**

Dos entrevistados, 67,5% (54) têm algum familiar ou amigo próximo que faz uso de álcool e/ou outras drogas e 32,5% (26) não tem ninguém próximo com problemas com drogas.

Dos que relataram ter familiar ou amigo que faz uso de droga, 16,6% (9) fazem uso de crack, 12,9% (7) utilizam álcool, 11,1% (6) fazem uso de maconha, 9,2% (5) fazem uso de cocaína, 7,4% (4) fazem uso de maconha e cocaína, 5,5% (3) usam crack e álcool, 5,5% (3) utilizam maconha e álcool, 5,5% (3) usa maconha, cocaína e álcool, 3,7% (2) usam cocaína e álcool, 3,7% (2) usam crack e cocaína, 1,8% (1) faz uso de crack, maconha, cocaína e álcool, 1,8% (1) usa crack, maconha, cocaína e *outras drogas*, e 1,8% (1) utiliza crack, cocaína e outras drogas, 1,8% (1) usa álcool e tabaco, 1,8% (1) utiliza crack e maconha, 1,8% (1) faz uso de crack, maconha e cocaína, 1,8% (1) usa crack, maconha, cocaína, álcool e tabaco, 1,8% (1) faz uso de crack, maconha, cocaína, álcool, tabaco e outras drogas, 1,8% (1) utiliza maconha, cocaína, álcool e tabaco e 1,8% (1) apenas tabaco.

A maioria dos entrevistados tem algum familiar ou amigo próximo que faz/fez uso de algum tipo de droga, e ao serem perguntados que tipo de substância essa pessoa segue usando, observou-se, também, que há uma maior prevalência no uso de crack, o que é possível considera-la como sendo a droga ilícita “de mudança” para aqueles que tiveram como “porta-de-entrada” outra droga ilícita.

### **5.15 COM QUEM USA/USAVA**

Metade (40) dos entrevistados faz/fazia uso de substâncias acompanhada de amigos, 34 preferiam utilizar sozinhos, 2 com familiares, 2 com namorada(o), 1 com familiar e amigo e 1 com desconhecidos.

Além de estarem presentes na maioria dos casos no momento do primeiro contato com a substância ilícita, os amigos também seguem como sendo a principal companhia durante o período de uso abusivo.

### **5.16 MAIOR PROBLEMA CAUSADO PELO USO DE DROGAS**

A maioria dos entrevistados – 42,5% (34) – relatou que o maior prejuízo que tiveram com o uso das drogas foi no relacionamento familiar, 16,25% (13) concluíram que problemas relacionados à saúde foi o principal prejuízo, 13,75% (11) disseram que o maior problema foi no aspecto legal, 12,5% (10) relataram que a maior dificuldade foi no âmbito do trabalho e/ou escola, 6,25% (5) acreditam que foi a vida financeira, 2,5% (2) declararam que vários contextos tiveram problemas, 1,25% (1) diz que o relacionamento com a sociedade foi a principal área afetada.

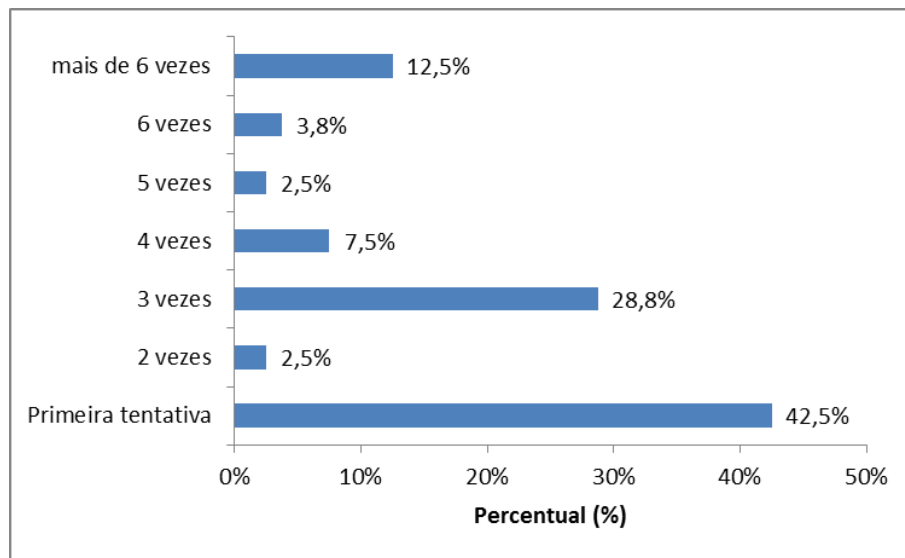
### **5.17 TENTATIVAS DE PARAR**

Dos 80 entrevistados, 42,5% (34) relataram que era a primeira tentativa de parar de usar drogas. Dos 57,5% (46) que já tentaram parar mais de uma vez, 2 deles estavam na segunda tentativa, 23 estavam na terceira, 6 tentavam pela quarta vez, 2 estavam na quinta tentativa, 3 na sexta e 10 usuários já tentaram mais de seis vezes.

Estudo realizado por GUIMARÃES *et al.*(2008) com usuários de crack em tratamento, constatou que 80% estavam tentando parar o uso da substância pela segunda ou mais vezes e PEIXOTO, *et al* (2010) relatou que indivíduos mais jovens tem mais propensão a abandonar o tratamento do que usuários mais velhos.

Observou-se uma tendência de haver várias tentativas para interromper o uso, o que reforça o caráter crônico da dependência de drogas em que episódios de recaídas fazem parte do quadro clínico.

**TABELA 10 – TENTATIVAS DE PARAR**



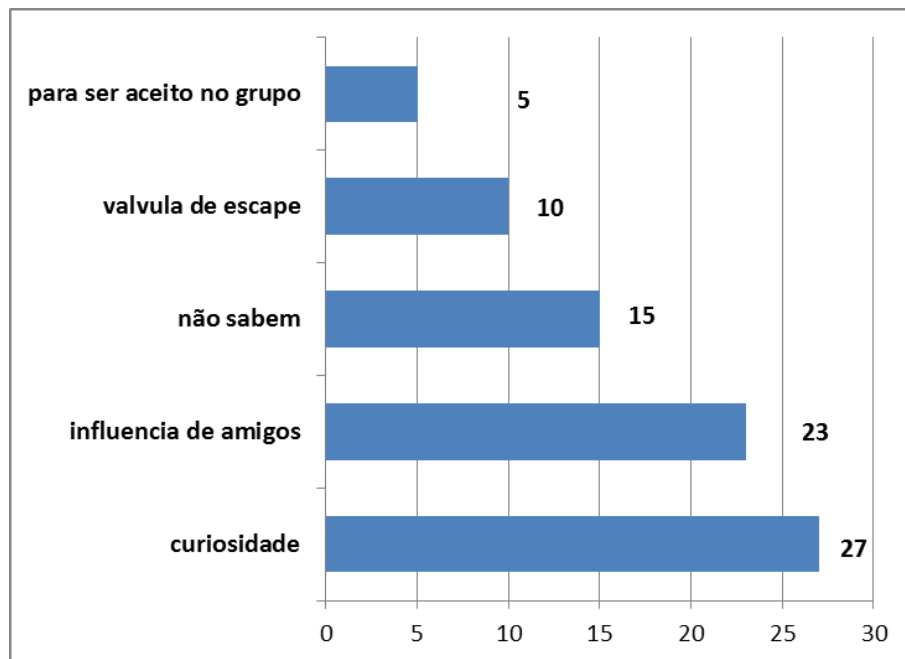
Fonte: Dados da pesquisa.

### **5.18 PORQUE COMEÇOU A USAR**

A curiosidade foi o fator mais apontado como motivador para o início do uso de drogas, com 33,75% (27). Em segundo lugar foi a influência de amigos e familiares, com 28,75% (23), 18,75% (15) não sabem o motivo que os levaram a experimentar drogas, 12,5% (10) experimentaram como válvula de escape para os problemas, e 6,25% (5) para ser aceito no grupo.

A curiosidade é o fator que mais motiva o início do uso de substâncias ilícitas, uma vez que, de forma geral, este primeiro contato ocorre na adolescência e nesta etapa ocorrem muitas transformações, e o jovem tende a explorar diversos caminhos, o que o torna, também, vulnerável a comportamentos de risco. (PRATTA: DOS SANTOS, 2006).

**TABELA 11 – PORQUE COMEÇOU A USAR DROGAS**



Fonte: Dados da pesquisa.

### **5.19 PORQUE RESOLVEU PROCURAR AJUDA**

Ao serem questionados sobre o motivo que os levaram a procurar ajuda, 37,5% (30) relatou que foi por decisão própria, 13,75% (11) está em tratamento por encaminhamento judicial, outros motivos que não os listados no questionário representam 16,25% (13), 13,75% (11) procuraram o serviço por insistência de familiares e/ou amigos, problemas de saúde foram relatados por 12,5% (10), 5% (4) por problemas no trabalho e 1,25% (1) por influência religiosa.

Apesar de a maioria dizer que procurou ajuda por conta própria, muitos são encorajados por familiares e amigos, que vão em busca de informações sobre o tratamento e repassam ao usuário como uma forma de estimulá-lo a procurar o serviço de reabilitação.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos dados coletados, foi possível identificar os principais aspectos que compõem a trajetória de uso de drogas ilícitas entre pessoas que estão em tratamento no Distrito Federal. A maconha se apresentou como a primeira droga ilícita de contato para a maioria dos usuários e que, em geral, esse primeiro contato ocorre na companhia de amigos, na rua e quando adolescentes. Por outro lado, a maconha não foi responsável pela busca por tratamento, o que ocorreu especialmente pelo uso de crack. Os dados reforçam que a curiosidade, a influência do grupo e de familiares são os principais motivadores para o primeiro contato com drogas ilícitas. A pesquisa contribuiu para ampliar o debate acerca dos fatores de risco associados ao uso e à “troca” de drogas e seus motivadores, sendo os adolescentes o grupo mais vulnerável a iniciar o uso. Nesse sentido, se reforça a necessidade de promover espaços saudáveis de estímulo à curiosidade de jovens e de participação juvenil, de modo a tornar estas atividades as responsáveis por influenciar positivamente os pares, minimizando àquelas que desagregam e expõem os jovens a situações que desfavorecem seu pleno exercício da juventude.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAL, Cesar. **Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares.** J Bras Psiquiatr. 2006;55:208-11.
- BASTOS, Francisco I; BERTONI, Neilane; HACKER, Mariana A. **Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005.** *Rev. De Saúde Pública*, São Paulo, 2012.
- BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2010
- BRASIL. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de psicotrópicos no Brasil: um estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 2006.
- BRASIL. **Relatório Brasileiro Sobre Drogas.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2009.
- BRASIL. **Saúde Mental em Dados – 10.** Brasília: Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2012.
- BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004
- BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004
- Duailibi, L. B., et al. **Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil.** Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) – Depto de Psiquiatria – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP))
- DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; DALBOSCO, Carla. **A política e a legislação brasileira sobre drogas.** In: Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas, 2012.
- FONSECA, Elize Massard da; BASTOS, Francisco Inácio. **Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira.** *Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.
- GUIMARÃES, C. F. et al. **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
- HENRIQUE, Iara Ferraz Silva; MICHELI, Denise de; LACERDA, Roseli Boerngen de; LACERDA, Luiz Avelino; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. **Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST).** *Revista da Associação Médica Brasileira,* São Paulo, v.50, n.2, p.199-206. 2004
- JORGE, Alan Cristian Rodrigues. **ANALISANDO O PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM CAPS AD.** 2010. *Trabalho de Conclusão de Especialização(Residência*

*Integrada em Saúde Mental Coletiva*) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010.

- KESSLER, Felix, et al. **Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a Escala de Gravidade de Dependência.** *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v.32, n.2, 2010.
- MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça a Saúde Pública.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p.801-821. Jul-Set, 2007.
- PEIXOTO, C et al. **Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad).** *J. bras. psiquiatr.*, 2010, vol.59, no.4, p.317-321. ISSN 0047-2085
- PILLON, Sandra Cristina et al. **Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial; álcool e outras drogas.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, Dec. 2010.
- PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas.** SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, ago. 2006 .
- RIBEIRO, Marcelo et al . **Abuso e dependência da maconha.** *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 51, n. 5, Oct. 2005. Available from
- ROCHA, Patricia Rodrigues da. **Questionário sobre o consumo de álcool e drogas entre profissionais de saúde: um estudo exploratório.** 2010. *Dissertação de Mestrado* – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2010.
- SCADUTO, Alessandro Antonio; BARBIERI, Valéria. **O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Apr. 2009 .
- SILVA, Luiz Henrique Prado da, et al. **Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico.** Paraná, 2010.
- **United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Worl Drug Report.** Vienna, 2011.
- Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. **Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil.** *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2487-98.
- Em: <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer>>. Acesso em: 27 de janeiro de 2013.
- Em: <<http://www.santamaria.df.gov.br/>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2013.
- Em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2013.
- Em: <<http://www.sobradinho.df.gov.br/>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2013.



## 8 ANEXOS

### 8.1 QUESTIONÁRIO

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Bairro: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Início do tratamento no CAPS-AD:

1. Qual foi a primeira droga ilícita que você usou?

( ) Crack ( ) Inalantes ( ) LSD ( ) Heroína ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Ecstasy

( ) Merla ( ) Alucinógenos (plantas/cogumelos)

2. Quantos anos você tinha? \_\_\_\_\_

3. Em que contexto isso ocorreu? \_\_\_\_\_

( ) em casa ( ) na escola ( ) na rua/bairro ( ) em festa de amigos ( ) em viagem

( ) casa de amigos ( ) casa de familiares ( ) em festa familiar ( ) Outros \_\_\_\_\_

4. Com quem você estava?

( ) Amigos ( ) Primos(as) ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão/Irmã ( ) Tios/Tias

( ) Namorado(a)/Companheiro(a) ( ) Sozinho(a) ( ) Desconhecidos

5. Estava sob efeito de álcool?

( ) Sim ( ) Não

6. Essa droga, atualmente é a sua droga de escolha/mais usada?

( ) Sim ( ) Não

➤ Se NÃO, por quanto tempo fez uso dessa primeira droga?

( ) Até 6 meses ( ) 6 meses a um ano ( ) De um a dois anos ( ) De dois a três anos

( ) De três a quatro anos ( ) De quatro a cinco anos ( ) Mais de cinco anos

( ) Continua usando

➤ Se NÃO, quando sentiu necessidade de mudar a substância utilizada?

( ) A quantidade/substancia frequentemente usada já não fazia o mesmo efeito

- Passou a sentir necessidade de novas “viagens”
- Influencia de usuários de outras drogas
- Fator financeiro (procura por uma substancia mais barata)
- Outros \_\_\_\_\_

➤ Se SIM, quando percebeu que perdeu o controle de consumo?

- Passou a consumir doses cada vez maiores de drogas
- Passou a cometer pequenos delitos para conseguir comprar a droga
- Passou a vender as coisas de casa para conseguir comprar droga
- Afastou-se de amigos e/ou familiares por conta do consumo
- Começou a frequentar lugares considerados perigosos para poder usar a droga
- Se envolveu com pessoas “barra pesada”
- Outros \_\_\_\_\_

7. Na sua vida, quais substâncias, lícitas e ilícitas, você já usou?

- Crack  Inalantes  LSD  Heroína  Maconha  Cocaína  Ecstasy
- Merla  Alucinógenos (plantas/cogumelos)  Álcool  Tabaco  Oxi  Anfetaminas  Outros \_\_\_\_\_

8. Dessas substancias, quais você segue usando?

- Crack  Inalantes  LSD  Heroína  Maconha  Cocaína  Ecstasy
- Merla  Alucinógenos (plantas/cogumelos)  Álcool  Tabaco  Oxi  Anfetaminas  Outros \_\_\_\_\_  nenhuma

9. Outra pessoa da sua família/alguém próximo faz uso de drogas?

- Sim  Não

➤ Se SIM, quem?

- Amigos  Primos(as)  Pai  Mãe  Irmão/Irmã  Tios/Tias
- Namorado(a)/Companheiro(a)  Desconhecidos

➤ Se SIM, quais?

- Crack  Inalantes  LSD  Heroína  Maconha  Cocaína  Ecstasy

Merla  Alucinógenos (plantas/cogumelos)  Álcool  Tabaco  Oxi   
Anfetaminas  Outros \_\_\_\_\_

10. Em geral, você faz uso de drogas acompanhado de alguém?

amigos  primos(as)  pai  mãe  irmão/irmã  tios/tias

namorado(a)/companheiro(a)  desconhecidos  não, uso sozinho.

11. Dos problemas que o uso de drogas lhe trouxe, quais você vem tendo mais dificuldade?

Relacionamento familiar  Trabalho/Escola  Aspectos legais

Relacionamento com a sociedade (socialização, discriminação)  Financeiro

12. É a primeira tentativa de parar?

Sim  Não

➤ Se NÃO, quantas vezes já tentou?

1  2  3  4  5  Mais de 5

13. Você saberia dizer por que iniciou o uso de drogas?

Influencia de familiares/amigos  Para ser aceito no grupo  Válvula de escape para problemas  Curiosidade  Outros \_\_\_\_\_

14. Porque você resolveu procurar ajuda?

Problemas de saúde  Insistência da família/amigos  Influencia religiosa

Decisão própria  Encaminhamento judicial  Problemas no trabalho/escola

Outros

## 8.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: TRAJETORIA DE USO DE DROGAS ILÍCITAS DOS USUARIOS QUE ENCONTRAM-SE EM TRATAMENTO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO NO DISTRITO FEDERAL.

O nosso objetivo é analisar o perfil da trajetória de uso de drogas dos usuários em tratamentos assistidos no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas, localizados no Distrito Federal.

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

A sua participação será através de uma entrevista realizada no Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas - CAPS AD - na data combinada com um tempo estimado de 30 (trinta) minutos de duração. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para:

Dra. Andréa Donatti Gallassi no Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília, telefone (061) 3376-6042, entre 8:00 e 18:00 horas, de segunda a sexta feira.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura:

---

Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_