



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM**

**SIGNIFICADO DA ADESÃO AO PLANO TERAPÊUTICO NA VIDA SOCIAL DOS
USUÁRIOS ATENDIDOS NO CAPSad**

AMANDA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS

BRASÍLIA-DF

2014

AMANDA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS

**SIGNIFICADO DA ADESÃO AO PLANO TERAPÊUTICO NA VIDA SOCIAL DOS
USUÁRIOS ATENDIDOS NO CAPSad**

Projeto de Pesquisa apresentado a disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem II como parte das exigências para a conclusão do Curso de Enfermagem sob orientação da Prof^a. Ms. Diane Maria Scherer Kuhn Lago.

BRASÍLIA-DF

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Amanda Cristina de Oliveira

Significado da adesão ao plano terapêutico na vida social dos usuários atendidos no CAPSad. – Brasília: Universidade de Brasília, 2014.

98f.: il. color.; 30cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Curso de Enfermagem, 2014.

Orientadora: Professora Ms. Diane Maria Scherer Kuhn Lago.

1. Dependência de drogas. 2. Adesão. 3. Plano Terapêutico. 4. CAPSad. 5. Vida Social. Qualidade de Vida. I. Santos, Amanda Cristina de Oliveira. II. Universidade de Brasília. Curso de Enfermagem. III. Significado da adesão ao plano terapêutico na vida social dos usuários atendidos no CAPSad.

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

AMANDA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS

**SIGNIFICADO DA ADESÃO AO PLANO TERAPÊUTICO NA VIDA SOCIAL DOS
USUÁRIOS ATENDIDOS NO CAPSad**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Colegiado de Graduação do
Curso de Enfermagem da Faculdade de
Ceilândia/Universidade de Brasília, como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem. Orientadora:
Diane Maria Scherer Kuhn Lago.

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde Mental, Dependência Química, Plano
Terapêutico.

Data de Defesa: 24 de junho de 2014

Resultado:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Diane Maria Scherer Kuhn Lago _____
Universidade de Brasília

Prof. Msc. Janaína Meirelles de Sousa _____
Universidade de Brasília

Prof. Dra.. Ana Cláudia Afonso Valladares Torres _____

Dedico este estudo a todos dependentes químicos e seus familiares atendidos em CAPSad, que diante de tanta degradação e sofrimento causado pelas drogas, persistem na luta e esperança de uma nova vida.

“Entrega o teu caminho ao Senhor, confia nele, e o mais ele fará.”

(Salmo 37:5)

“Pouco conhecimento faz com que as pessoas se sintam orgulhosas. Muito conhecimento, que se sintam humildes. É assim que as espigas sem grãos erguem desdenhosamente a cabeça para o Céu, enquanto que as cheias as baixam para a terra, sua mãe.”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

Agradeço à:

Primeiramente à Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse, me dando força, paciência e serenidade, não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos de minha vida.

À minha família querida, pelo amor, incentivo e apoio incondicional e por terem depositado toda confiança em meus estudos, me dando esta oportunidade. Vocês são exemplos de persistência e amor em minha vida.

À professora Diane Maria Lago, pela orientação, apoio, confiança e empenho dedicado à elaboração deste trabalho, e, sobretudo, por ser uma pessoa e profissional que admiro.

Ao Fabrício, por toda paciência, incentivo, força e auxílio nos finais de semana na montagem deste trabalho, e principalmente, pela dedicação, carinho e companhia de inestimável importância em minha vida.

Aos amigos que conheci na graduação, cujos momentos de alegria, angústias e, principalmente, sonhos, estarão guardados em meu coração eternamente.

À todos os professores da graduação da UnB – Faculdade de Ceilândia, que me instigaram a pensar e me ajudaram em meu desenvolvimento, tanto acadêmico quanto pessoal.

E por fim, não menos importante, à todos participantes desta pesquisa, por terem se disponibilizado em compartilhar e expor suas experiências de vida, estas que eram dolorosas e difíceis, mas os mesmos depositaram confiança nas entrevistas, contribuindo de forma imponderável na construção deste trabalho.

SANTOS, A.C.O. **Significado da adesão ao plano terapêutico na vida social dos usuários atendidos no CAPSad.** 98f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2014.

RESUMO

O tratamento da dependência de drogas ainda é um desafio que vem sendo conquistado ao longo do tempo. Com a superação do modelo asilar, a criação do CAPSad possibilita a criação de um plano terapêutico, que é um agrupamento de ações assistenciais que possibilitam a reabilitação do indivíduo. O objetivo deste trabalho foi identificar como a adesão ao Plano Terapêutico (PT) interfere na vida social e qualidade de vida de pacientes em tratamento para a dependência de drogas. Utilizou-se a metodologia de pesquisa de natureza qualitativa. Para coleta de dados foi realizada uma entrevista semi-estruturada, composta por um questionário sociodemográfico e três testes, a Escala de Gravidade de Dependência, o Inventário de Depressão de Beck, o WHOQOL-Bref, e uma pergunta aberta sobre a importância do CAPSad na vida dos usuários atendidos nesta instituição. Os resultados encontrados foram: a prevalência do sexo masculino, solteiros, pardos, que cursaram o ensino fundamental, cuja idade de primeiro uso foi na adolescência, no qual, primeira substância foi o álcool e as comorbidades associadas foram a depressão e a esquizofrenia; observou-se também que a busca pelo tratamento no CAPSad não ocorreu por iniciativa própria e os indivíduos que aderiram ao PT possuíam um menor grau de dependência de drogas, sintomas depressivos e uma maior qualidade de vida. Baseado nestas premissas, ressalta-se a importância da adesão ao plano terapêutico oferecido pelo CAPSad como uma medida de tratamento da dependência de drogas, no qual o indivíduo obterá resultados positivos e conseqüentemente, uma melhora em sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Dependência de drogas, adesão, plano terapêutico, CAPSad, vida social, qualidade de vida.

SANTOS, A.C.O. **Meaning of adherence to therapeutic plan in the social lives of users served in CAPSad.** 98p. Completion of course work (Nursing Course) - University of Brasilia, Faculty of Ceilândia, Ceilândia, Brasilia, 2014.

ABSTRACT

The drug treatment is still a challenge that has been achieved over time. Surpassing the asylum model, the creation of CAPSad enables the creation of a treatment plan, which is an association of health care activities that enable the rehabilitation of the individual. The objective of this study was to identify how adherence to Therapeutic Plan (TP) interferes with social life and quality of life of patients in treatment for chemical dependency. We used the methodology of qualitative research nature. For the data collection was performed a semi-structured interview consisting of a sociodemographic questionnaire, semistructured interviews with application of three tests, Addiction Severity Index, the Beck Depression Inventory, the WHOQOL-Bref and an open question about the importance of the CAPSad in the life of the trainees in this institution. The results were: prevalence of male, single, brown, who attended elementary school, whose age of first use was in adolescence, in which, first substance was alcohol and the associated comorbidities were depression and schizophrenia; it was also noted that the search for treatment CAPSad did not happen on their own initiative and the individuals who joined the TP had a lower degree of addiction, depressive symptoms and a higher quality of life. Based on these premises we emphasize the importance of adherence to the treatment plan offered by the CAPSad as a measure of drug treatment, in which the individual will get positive results and consequently an improvement in their quality of life.

Keywords: Substance abuse, adherence, treatment plan, CAPSad, social life, quality of life.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Quantidade de pacientes atendidos em CAPSad – Ceilândia, dividido por sexo, atividade e inatividade –p. 33.

TABELA 2 – Dados sociodemográficos – p. 34.

TABELA 3 – Comorbidades associadas à dependência de drogas do G1 e G2 – p. 36.

TABELA 4 – Encaminhamento ao CAPSad – p. 36.

TABELA 5 – Escala de Gravidade de Dependência – escores do G1 e G2 do Grau de Preocupação – p. 37.

TABELA 6 – Escala de Gravidade de Dependência – escores do G1 e G2 da Necessidade de Tratamento – p. 38.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Idade de maior prevalência do G1 e G2 – p. 33.

GRÁFICO 2 – Vínculos empregatícios da amostra entrevistada – p. 35.

GRÁFICO 3 – Idade do primeiro consumo de drogas – p. 35.

GRÁFICO 4 – Escala de Gravidade e Dependência – Grau de Preocupação do G1 e G2 – p. 38.

GRÁFICO 5 – Escala de Gravidade e Dependência – Necessidade de Tratamento do G1 e G2 – p. 39.

GRÁFICO 6 – Média de resultados do Inventário de Depressão de Beck do G1 e G2 – p. 40.

GRÁFICO 7 – Média dos resultados do Whoqol Bref do G1 e G2 – p. 41.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASI6 – *Addiction Severity Index* (Escala da Gravidade da Dependência – 6ª versão)

BDI – *Beck Depression Inventory* (Inventário de Depressão de Beck)

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão.

DQ – Dependência Química

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais – 4ª Edição

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

G1 – Grupo 1

G2 – Grupo 2

GDF – Governo do Distrito Federal

PT – Plano Terapêutico

QV – Qualidade de Vida

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SPA(s) – Substância(s) Psicoativa(s)

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

WHOQOL-Bref – *World Health Organization Quality of Life* – Breve

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	OBJETIVOS	16
	2.1 Objetivo geral	16
	2.2 Objetivos específicos	16
3.	JUSTIFICATIVA	17
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	18
	4.1 A dependência de drogas	18
	4.2 Diagnóstico da dependência de drogas	19
	4.3 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	20
	4.4 Plano terapêutico	21
	4.5 Adesão ao tratamento	23
5.	METODOLOGIA	25
	5.1 Tipo de estudo	25
	5.2 Cenário de estudo	28
	5.3 Período do estudo	28
	5.4 População e amostra do estudo	28
	5.5 Critérios de inclusão e exclusão da amostra	28
	5.6 Procedimento de coleta de dados	29
	5.7 Análise dos dados	30
	5.8 Aspectos ético e legais	30
6.	RESULTADOS	32
	6.1 Dados gerais e descrição da amostra	32
	6.2 Dados sociodemográficos	32
	6.3 Escala de gravidade de dependência	37
	6.4 Inventário de depressão de Beck	40
	6.5 WHOQOL Bref	41
	6.6 Questão aberta	41
7.	DISCUSSÃO	46
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
9.	REFERÊNCIAS	60

APÊNDICE

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A assistência do doente mental, em meados do século XX, no Brasil, estava condicionada a uma reclusão de incapazes em grandes hospícios por prolongados períodos de internação, para que estes fossem controlados, já que eram dependentes, desprovidos de autonomia e marginalizados pela sociedade (GUMIARÃES, 2011).

Diante de cenários de grande sofrimento, como os manicômios e hospícios que forneciam tratamentos desumanos, surgiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil, na década de 1970, com uma proposta de construção de um novo estatuto social para o doente mental que lhe garantisse cidadania, respeito aos seus direitos e individualidades. A reforma pretendia modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando de forma gradual a internação em regime asilar, que era um meio de excluir tais indivíduos do convívio social (MAIA, PAVARINI, 2002; KIRSCHBAUM, 2009).

A superação do modelo asilar vem sendo concretizada devido a criação de uma rede assistencial, focada em princípios e práticas psicossociais, cujo compromisso o Ministério da Saúde validou na Declaração de Caracas em 1990. Esta declaração promove uma reestruturação da assistência psiquiátrica, onde são garantidos os direitos civis e humanos, a dignidade pessoal e ainda possibilita a permanência dos usuários em seu meio de convivência, segundo a OMS (1990 apud HIRDES, 2009).

A fim de redirecionar este modelo de assistência, foi criada a Portaria GM/MS nº 336, em 19 de fevereiro de 2002, que estabeleceu a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que constitui as seguintes modalidades de serviço: CAPS I, CAPS II E CAPS III. Estes constituem um serviço ambulatorial de atenção diária, que atendem pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2002).

Existem ainda o CAPSi II onde é prestado atendimento infanto-juvenil e adolescentes, e o CPASad II que constitui um serviço de assistência de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Segundo o Ministério da Saúde, o CAPSad

promove atendimento diário aos pacientes que fazem uso abusivo de álcool e nocivo de outras drogas, além disso, concede um planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada (BRASIL, 2002).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas presta a assistência voltada para a reabilitação psicossocial dos pacientes psiquiátricos, proporcionando uma rede de cuidados em saúde mental, no qual, é oferecido atendimento diário aos indivíduos, o que permite o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. (MACÊDO et al., 2011).

O uso de drogas lícitas e ilícitas é visto como um problema de Saúde Pública, devido à sua complexidade e magnitude, afetando pessoas de todas as classes sociais, sem distinção de sexo, idade ou cor, como também pelas várias consequências decorrentes desse consumo (VIEIRA et al., 2008). A dependência química abrange o uso de todos os tipos de substâncias psicoativas, ou seja, qualquer tipo de droga que altere o comportamento, já que age diretamente no sistema nervoso, e pode causar dependência. Segundo Colette (2010), o dependente químico é considerado, pela sociedade em geral, como um indivíduo ocioso, sem vontade, leviano e fraco, já na área da psiquiatria é visto como um doente mental que precisa ser atendido pela rede de saúde.

Este trabalho foi desenvolvido com usuários de um CAPSad com o propósito de entender os efeitos da adesão ao Plano Terapêutico na recuperação.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar a adesão ao Plano Terapêutico (PT) e sua interferência nos aspectos sociais e de qualidade de vida de pacientes em tratamento para a dependência química.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os usuários do CAPSad participantes deste estudo de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e comorbidades associadas.
- Identificar a gravidade da dependência de drogas destes usuários.
- Identificar a percepção da qualidade de vida destes usuários.
- Identificar a presença de depressão nestes usuários.
- Identificar o grau de adesão destes usuários ao Plano Terapêutico oferecido pelo CAPSad.
- Identificar as alterações que ocorreram na vida social destes usuários após a inserção dos Planos Terapêuticos em seu tratamento contra a dependência q de drogas.

3. JUSTIFICATIVA

Os usuários de drogas apresentam o comprometimento das capacidades cognitivas e comportamentais, cujo reflexo é possível visualizar nas relações interpessoais, que se tornam frágeis e distantes devido aos impactos causados pela droga. Quando esta se torna frequente, a pessoa renuncia aos prazeres que a vida oferece, como o convívio familiar e social, o que acaba favorecendo a uma deterioração da convivência e conseqüentemente, ao isolamento.

Souza et al. (2007), afirma que a complexidade dos problemas relacionados ao uso de drogas define as diferentes opções de tratamento. Deste modo, torna-se inquestionável a importância da elaboração de Planos Terapêuticos que promovam uma reconstrução da rede por meio da reinserção social dos usuários, bem como a reformulação de seu projeto de vida. Segundo o Ministério da Saúde, o resultado do projeto terapêutico é a atuação integrada da equipe multidisciplinar que valoriza as diferentes dimensões do usuário em seu tratamento (BRASIL, 2009).

Portanto, torna-se pertinente o conhecimento dos profissionais da saúde de como tais projetos ou Planos Terapêuticos, oferecidos pelo CAPSad, interferem na vida dos usuários, cuja finalidade será de contribuir na orientação de ações e estratégias que são implementados no programa de apoio ao dependente de drogas.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. A dependência de drogas

Desde a antiguidade o homem faz o uso de substâncias não produzidas pelo organismo, estas que são denominadas drogas por alterarem o seu funcionamento e quando atuam diretamente no sistema nervoso central são chamadas de psicoativas ou psicotrópicas, cujo uso repetitivo pode levar à dependência de drogas (COLETTE, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde-OMS (1993, p. 74), a síndrome de dependência de drogas é caracterizada por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o consumo de uma ou mais substâncias alcançam uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo do que para outros. Tal padrão de uso pode ocasionar o surgimento da tolerância e/ou síndrome de abstinência. A tolerância ocorre quando se torna imprescindível a aquisição de doses cada vez maiores para a obtenção do mesmo efeito. Já a síndrome de abstinência é evidenciada pela manifestação de sintomas físicos e psicológicos quando há a ausência da substância (MARINI, 2011).

Rosa e Tavares (2008) afirmam que, o uso abusivo de álcool e outras drogas formam um fenômeno complexo, pois abrange uma série de fatores e atinge direta ou indiretamente diferentes áreas da sociedade. Desta forma, tal consumo se torna um grave problema de saúde pública já que interfere na vida pessoal, familiar, escolar, ocupacional e social do consumidor. Para Pilon e Luis (2004), o modelo médico de dependência fundamenta-se no pressuposto de que a dependência de substâncias psicoativas seja uma entidade nosológica e de caráter progressivo, com origens ou demonstrações físicas, que necessitam de tratamento médico.

Inúmeros motivos levam o ser humano ao uso da substâncias químicas. Um deles é acreditar que o seu consumo constitui uma solução para o enfrentamento das diversas situações de estresse, insegurança, sofrimento e, sobretudo, solidão. Este isolamento se torna mais evidenciado quando a pessoa transforma-se em um usuário de drogas, pois, situações que antes eram prazerosas e que promoviam o convívio social se tornam dispensáveis já que o indivíduo se distancia do seu antigo grupo para dar vazão ao seu novo mecanismo de alívio das dores e frustrações.

4.2. Diagnóstico de dependência de drogas

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV (1995, p. 75), a dependência química é “um padrão mal adaptativo de uso de substâncias, levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos”. A existência da dependência química, se caracteriza por manifestação de três ou mais dos critérios descritos a seguir que tenham ocorrido a qualquer momento ou em um período de 12 meses:

1. Tolerância, que é definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - 1.1. Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - 1.2. Acentuada redução do efeito desejado e esperado com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - 2.1. Síndrome de abstinência caracterizada para a substância, a mesma ou uma substância estreitamente relacionada, é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
 - 2.2. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

3. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
 - 3.1. Muito tempo gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por exemplo, consultas a múltiplos médicos, no caso de medicamentos usados como drogas, ou fazer longas viagens de automóvel, para obter sua droga ilícita), na utilização da substância (por exemplo, fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos.

3.2. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas, em virtude do uso da substância.

3.3. O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por exemplo, uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida pelo uso dela, ou continua consumindo bebida alcoólica, embora o indivíduo reconheça que uma sua úlcera gástrica piorou pelo consumo de álcool).

Já a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª edição (CID-10), também afirma que devem ser manifestados três ou mais critérios e que venha ocorrendo a qualquer momento ou em um período também de 12 meses, mas estes são pouco diferentes daqueles definidos pelo DSM-IV: (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; (b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;

(c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

(d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;

(e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;

(f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

4.3. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Spricigo et al. (2004) afirma que a assistência pode ser compreendida como um conjunto de medidas terapêuticas empregadas a um indivíduo para alívio dos transtornos decorrentes do uso abusivo das drogas lícitas e ilícitas pretendendo a sua recuperação e reinserção social.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) fornece essa assistência que é preconizada pelo Ministério da Saúde e constitui um serviço de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos mentais decorrentes do consumo e dependência de substâncias químicas (SOUZA et al. 2007). Bourguignon et al. (2010) afirmam que o centro exerce um grande avanço para a rede de atenção em saúde mental já que ele propõe estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial, envolvendo a saúde integral do usuário.

Segundo o Ministério da Saúde, um dos objetivos do CAPS é o de incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do dia a dia dos serviços, sendo os familiares a conexão mais próxima que os usuários têm com o mundo (BRASIL, 2002). Desta forma, pode-se dizer que a família é elemento fundamental no tratamento e acompanhamento da terapêutica individual.

4.4. Plano Terapêutico

Para Marini (2011), o tratamento da dependência de drogas ainda é um desafio e carece de uma equipe multidisciplinar, com terapias que incluem psicofármacos e abordagem psicossocial. Deste modo, o Ministério da Saúde (MS) sugere que a execução das ações de saúde mental em CAPSad devem ser efetuadas por meio do plano terapêutico – PT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Fiorati e Saeki (2012) afirmam que o projeto terapêutico é um agrupamento de ações formadas por atos de produção de saúde que se caracteriza como resultado da interface entre as ofertas tecnológicas dos profissionais (cuidado, saberes e instrumentos) e as necessidades de saúde dos usuários, criando ações a partir de um plano geral que reflete uma específica filosofia de trabalho.

Campos e Furtado (2006), esclarecem que há um método singular para a construção desses planos terapêuticos ou projetos terapêuticos (PT), o que é

levando em conta cada equipe, lugar, região e cultura que muitas vezes podem modificar, contextualizar e criar novas saídas, o que acaba demandando a necessidade de flexibilidade para que ocorra de forma equilibrada o trabalho prestado pela equipe em conjunto com as necessidades dos usuários. Eles ainda afirmam que o plano terapêutico é fruto de um método de elaboração e construção de projetos pela equipe de profissionais que, tem como objetivo a resolução dessas necessidades.

Rubião e Cunha (2013) acreditam que, para que exista um atendimento adequado a cada necessidade individual é essencial que cada um tenha o seu PT, sendo este construído por um ou mais técnicos da equipe do CAPS juntamente com o usuário em questão, e por meio deste encontro eles irão expor o que está sendo realizado como os dias e horários de frequência, as atividades em que participam, como a vida está fora do CAPS e, sobretudo, quais seriam as pretensões futuras e as aspirações de cada um.

Para Rosa e Tavares (2008), o enfermeiro possui papel essencial na consolidação desses planos terapêuticos, pois ele possui o papel da observação e por meio desta, ele identifica os problemas e a partir daí será possível a elaboração e o desenvolvimento de um plano de assistência e a realização de intervenções tais como educação, aconselhamento e atendimentos individualizados e personalizados para pacientes que apresentam uso abusivo ou a dependência de alguma substância psicoativa. O profissional da enfermagem estabelece um vínculo com o usuário o que acaba facilitando não só a entrada do paciente no tratamento, mas principalmente a sua permanência no mesmo.

Campos (2000 apud FIORATI; SAEKI, 2012) sugere que a construção de planos terapêuticos não podem ser compreendidos pela equipe de forma absoluta, como se aquilo fosse resolver de forma definitiva todos os problemas. Os objetos de construção precisam ser parciais, transicionais e contingenciais para que eles possibilitem a mudança da terapêutica fornecida de acordo com cada necessidade visualizada. Heidegge (2002 FIORATI; SAEKI, 2012), afirma que a elaboração de um projeto é idealizada para que seja possível a concretização de certos objetivos e, conseqüentemente, a ação de um projeto é intencional, ou seja, adota como referência o passado, as ansiedades do presente e as propostas encaminhadas ao futuro.

Todavia, Fiorati e Saeki (2012), dizem que muitas vezes, diante da tarefa de criação e gerência dos projetos terapêuticos, não há a devida importância das ações psicossociais, priorizando as ações médico-clínica já que estas são comprovadas mais eficientes pela ciência, e as outras são desprovidas de valor de tecnicidade. Desta forma, a atenção psicossocial acaba sendo planejada para o futuro já que não é imprescindível e pode esperar que os recursos correspondentes a visualizem na dimensão assistencial do cotidiano. Rosa e Tavares (2008) mencionam que, há também, o despreparo dos profissionais ao realizarem o trabalho com usuários de álcool e outras drogas, pois poucos recebem treinamento contínuo ou permanente para lidar com essa clientela.

Para Sousa (2007 apud TIAZZINI; PAGLIARI; SOUZA, 2010) propõem que ao ser considerado como objeto de trabalho a angústia e sofrimento das pessoas, deverá haver como propósito a promoção da saúde, a prevenção de agravos à saúde mental e a inserção do portador de transtorno mental na vida comunitária. Por isso, torna-se indispensável que a enfermagem assuma um compromisso com uma mudança que proporcione de fato um acolhimento que possibilite a solidariedade, a efetividade, a compreensão, a autonomia, a ética e a cidadania. Assim sendo, torna-se necessário o incentivo de um plano terapêutico que priorize a atenção psicossocial e a reabilitação do indivíduo.

4.5 Adesão ao tratamento

A adesão ao plano terapêutico oferecido pelo CAPSad é um dos fatores determinantes para a eficácia do tratamento. Marini (2011) afirma que existem várias definições para a adesão, esta que pode ser medida de acordo com a mudança de comportamento e estilo de vida do sujeito, conforme as orientações dos profissionais da saúde. Para tanto, o cliente deve concordar com essas orientações e deste modo, aderir ao tratamento que é oferecido. No entanto, não existe um consenso em relação ao tempo que é necessário para avaliar se o sujeito está aderindo ou não ao seu PT, mas, uma das formas de avaliação é a observação de resultados positivos no tratamento.

Estudos realizados em CAPSad sugerem que a adesão seria considerada de acordo com uma permanência mínima de três meses. Entretanto, é possível observar grande número de clientes que desistem do tratamento em curto espaço de tempo, o que se torna altamente prejudicial à sua saúde (PEIXOTO, et al., 2010). A não adesão ao tratamento, partindo de vários estudos, é concebida como um comportamento deturpado e irracional do cliente, favorecendo um processo de culpa que são depositados nos mesmos. Conseqüentemente, a desqualificação do indivíduo favorece a perda de oportunidades de compreender suas perspectivas, consciência e particularidades, que poderiam ser utilizadas para o aprimoramento de um atendimento com mais qualidade (SCADUTO; BARBIERI, 2009).

Estudos nacionais, de natureza quantitativa que abordaram a adesão de alcoolistas ao tratamento, sugerem que clientes com melhores níveis de relacionamento social, com maior estabilidade em seus convívios familiares e de trabalho, aderiram por mais tempo ao tratamento. Em contrapartida, indivíduos em relacionamentos frágeis e desequilibrados, bem como, vínculos empregatícios instáveis, possuem uma maior dificuldade em manter-se vinculados por longo prazo ao tratamento (RIBEIRO et al., 2008).

Torna-se essencial a avaliação do comportamento de adesão do cliente para que seja garantida a eficiência de seu PT; desta forma, a presença de mudanças constantes são fundamentais para chegar ao êxito dos resultados esperados. Para tanto, deve-se avaliar de forma contínua a mudança de comportamento dos indivíduos diante da participação no tratamento (MARINI, 2011).

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1. Tipo de estudo

Esta pesquisa é de natureza qualitativa. Para Mazzotti (2005 apud TERENCE; FILHO, 2006), a pesquisa qualitativa tem como característica a coleta de dados com maior ênfase na análise do conteúdo, seja interpretativa, e/ou descritiva. Trivinius (1994) afirma que a pesquisa descritiva tem como pretensão de descrever com rigor os fatos e fenômenos de determinada realidade, possibilitando uma visão geral do campo com a finalidade de esclarecer e modificar conceitos e ideias, buscando a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses que poderão ser explorados em estudos posteriores. Diante destas considerações, a postura do pesquisador e as estratégias de coleta de dados devem ser de caráter descritivo, cujo detalhamento dos procedimentos da coleta, da transcrição e da análise de dados é essencial.

A abordagem, por meio da análise qualitativa, permite ao pesquisador apreender a realidade e compreender os fenômenos e processos sociais que se manifestam no cotidiano do trabalho e que tem reflexo direto e indireto na vida das pessoas que buscam e recebem atendimento em saúde. Esta abordagem favorece a observação de vários elementos, de forma simultânea, buscando entender e descrever o contexto onde o fenômeno ocorre (MINAYO, 2007).

Terence e Filho (2006) ressaltam que na abordagem qualitativa o pesquisador procura aprofundar-se no entendimento dos fenômenos que estuda, sejam as ações dos sujeitos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social, considerando-os segundo a concepção dos participantes da situação enfocada. Desta forma, para que ocorra a pesquisa faz-se necessário uma interação progressiva entre a observação e a formulação conceitual, entre a pesquisa prática e o desenvolvimento teórico, entre a percepção e a explicação.

5.2. Cenário de estudo

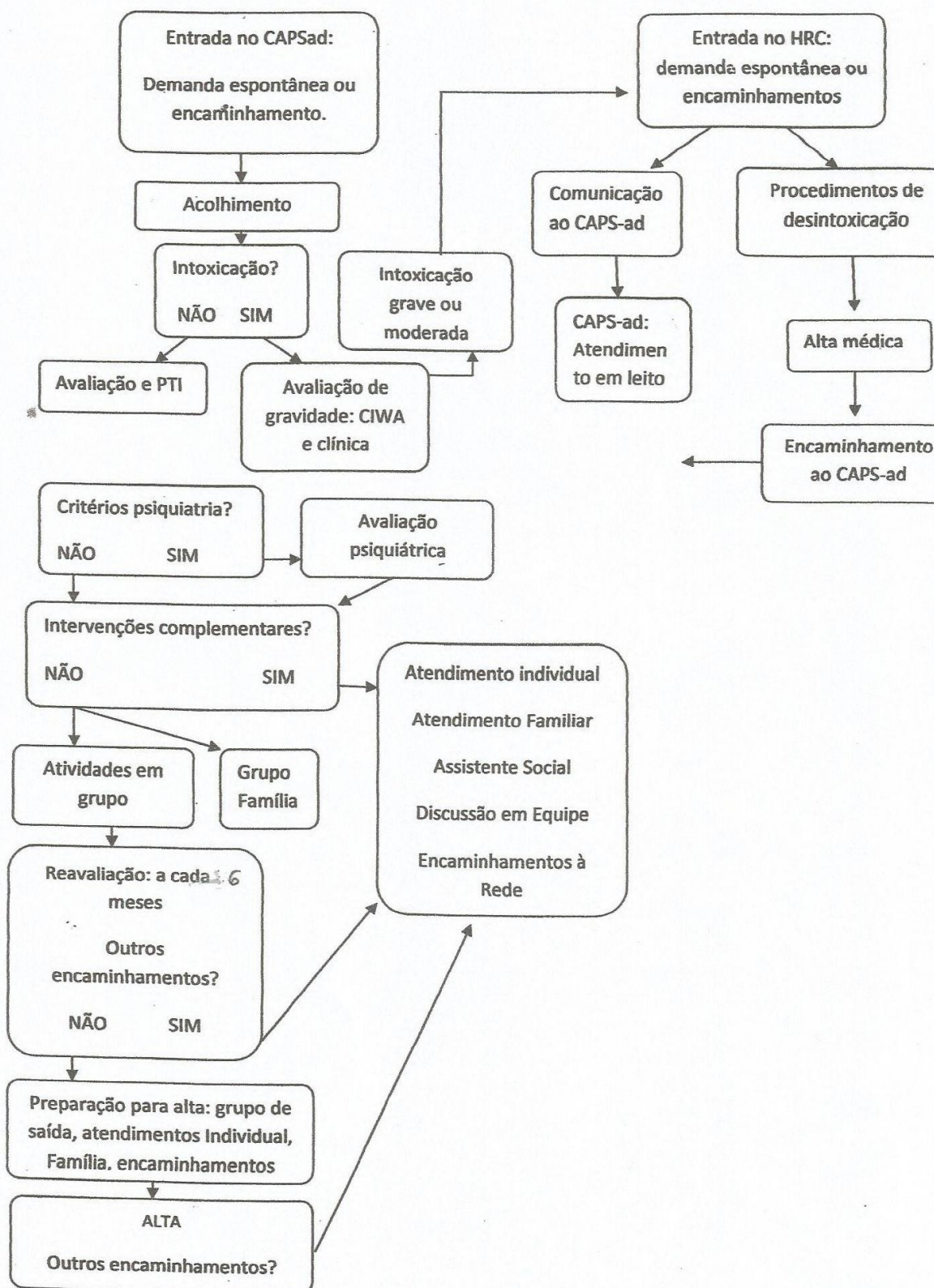
O cenário de estudo foi um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) localizado no município de Ceilândia - Distrito Federal.

O CAPSad foi regulamentado pelo Ministério da Saúde em 2002 e se estabeleceu no âmbito do SUS como um Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas por meio da Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002). O principal destaque deste centro é a promoção da reabilitação e reinserção dos usuários de álcool e outras drogas cuja rede de auxílio está centrada na atenção psicossocial associada à rede de serviços de saúde e sociais (MORAES, 2008).

O CAPSad Ceilândia foi criado em 2009 e, atualmente, cerca de mil pessoas estão em acompanhamento pela equipe que é composta pelos profissionais da terapia ocupacional, psicólogo, enfermeiro, assistente social, técnicos de enfermagem e administrativos, farmacêutico, psiquiatra e médico clínico. O seu funcionamento é de 24 horas, o qual oferece internação para desintoxicação, além das oficinas e consultas médicas.

O CAPSad Ceilândia segue um fluxograma de atendimento, cujo objetivo é prestar uma melhor assistência ao indivíduo que vai em busca de tratamento. Segue abaixo o esquema do referido fluxograma:

FLUXOGRAMA ATENDIMENTO CAPS-ad CEILÂNDIA



5.3. Período do estudo

O presente estudo foi realizado no período de 24 meses, iniciando em 2012 e término em 2014, sendo que o período de coleta dos dados compreendeu os meses de agosto e outubro de 2013.

5.4. População e amostra do estudo

A população alvo deste estudo é composta por 20 usuários, atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) de Ceilândia - DF. Essa amostra foi dividida em dois grupos, sendo Grupo 1 (G1) composto por pacientes que aderiram ao projeto terapêutico por no mínimo seis meses e o Grupo 2 (G2) composto por pacientes que não aderiram ao projeto terapêutico.

5.5. Critérios de inclusão e exclusão da amostra:

Foram formados dois grupos, o Grupo 1 (G1) e o Grupo 2 (G2), cuja amostra de estudo é constituída pelos usuários, de ambos os gêneros, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão.

Grupo 1:

- ser usuário do CAPSad, há pelo menos seis meses, e frequentá-lo regularmente;
- possuir plano terapêutico estabelecido pela equipe do CAPSad e ter aderido a este por mais de seis meses contínuos;
- aceitar participar do estudo, bem como assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Apêndice 01).

Grupo 2:

- ser usuário do CAPSad, há pelo menos seis meses, e não frequentá-lo regularmente;
- possuir plano terapêutico estabelecido em conjunto com a equipe do CAPSad e não ter aderido ao mesmo;
- aceitar participar do estudo, bem como assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE.

Foram considerados seguintes critérios de exclusão para seleção dos sujeitos de pesquisa:

- não dispor de faculdades cognitivas;
- não aceitar participar do estudo e não assinar o TCLE.

5.6. Procedimentos de coleta de dados

A participação da pesquisa se deu a partir da abordagem direta dos usuários que tinham plano terapêutico estabelecido há pelo menos seis meses que, voluntariamente, após todos os esclarecimentos pertinentes, aceitaram responder o instrumento de pesquisa.

Para garantir uma abordagem individual e privativa durante o convite ao usuário, recorreremos a um ambiente reservado.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista, individual, semiestruturada, onde foram aplicados quatro questionários: o primeiro foi um questionário de dados sociodemográficos (Apêndice 02). O Segundo questionário foi a Escala de Gravidade de Dependência - ASI6 (Anexo 1). McLellan (2006 apud MARINI, 2011) afirma que se trata de uma entrevista semiestruturada, validada no país, cuja finalidade consiste em obter os dados sobre o perfil do abuso e/ou uso de substâncias e os aspectos da vida relacionados com as drogas. Ela fornece uma escala para seis áreas: médica, emprego e finanças, álcool e outras drogas, jurídica, psiquiátrica e três escalas para a área familiar e social (MARINI, 2011).

Houve também, a aplicação do terceiro questionário: O Inventário de Depressão de Beck (BDI), que é composto de 21 itens e tem como objetivo identificar os quadros de depressão nos seus mais variados níveis (Anexo 2).

O quarto questionário foi o WHOQOL-Bref (Anexo 3), este que é composto por 26 questões que são divididas entre quatro domínios: físico, psicológico, relações ambientais, meio ambiente, e por fim, a qualidade de vida de forma geral é avaliada, cuja finalidade é observar a qualidade de vida do participante, cujos valores, quanto mais próximos a 100, significa melhor qualidade de vida (MARINI, 2011).

E Por fim, houve pergunta aberta aos participantes do estudo: - Qual a importância do CAPSad em sua vida? cujo objetivo foi o de averiguar a real importância da adesão dos usuários e a sua qualidade de vida. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Em seguida, realizou-se uma análise nos registros dos prontuários dos participantes do estudo com a finalidade de obter informações relacionadas às comorbidades psiquiátricas, uso de medicações e as atividades oferecidas pelo CAPSad que os sujeitos da amostra e/ou seus familiares participaram durante os últimos seis meses, bem como dos indivíduos que chegaram há pelo menos seis meses no CAPSad mas que não aderiram ao projeto terapêutico.

5.7. Análise dos dados

A análise de dados foi realizada utilizando-se a Análise de Conteúdo do tipo temático estrutural. Segundo Minayo (2007), a análise temática permite a identificação da existência de temas ou núcleos de sentido em uma mensagem, cuja presença ou frequência apresentam a significância no conteúdo das análises, e que se apresenta como adequada às pesquisas qualitativas em saúde.

Após a análise dos registros dos prontuários dos sujeitos foi realizada uma porcentagem dos indivíduos que aderiram ao projeto terapêutico e dos que não aderiram, para que desta forma, fosse possível analisar a influência dessa adesão ao projeto terapêutico e a sua relação com a qualidade de vida destes indivíduos. Essa relação foi fundamentada por meio da avaliação de cada instrumento bem como a análise da resposta a pergunta aberta.

5.8. Aspectos éticos e legais

Com vistas ao cumprimento dos aspectos éticos e legais necessários para pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 1998) vigente à época, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP da FEPECS.

Este estudo teve a aprovação do CEP sob o parecer n. 364.135/2013 e CAEE n.18579213.0000.5553 (Anexo 04).

Antes de dar início a entrevista, foi realizada a leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, com garantia de esclarecimentos sobre a proposta do estudo. Após a concordância escrita em participar do mesmo, foram realizadas as coletas dos dados referentes aos instrumentos. Os riscos a que foram expostos os usuários participantes deste estudo se referem aos psicossociais, pois a discussão dos temas que envolvem os sentimentos individuais podem gerar ansiedade e sofrimento psicológico e desconforto em relação ao tempo dedicado a responder as questões durante a entrevista. Os benefícios estão relacionados à possível reflexão que os participantes podem fazer sobre a importância da adesão ativa ao plano terapêutico e a percepção dos resultados da participação no CAPSad em sua vida social. Há também, benefícios para a instituição, cujos resultados podem contribuir com a implementação de práticas que melhorem a qualidade do atendimento ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Todos os documentos resultantes deste estudo (anotações e questionários) serão conservados em armários com chave pela pesquisadora responsável e destruídos cinco anos após o final do estudo, como recomenda a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

6. RESULTADOS

6.1 Dados gerais e descrição da amostra

Foram avaliados neste estudo 20 (vinte) usuários atendidos em CAPSad, distribuídos em dois grupos, denominados de Grupo 1 (G1) e Grupo 2 (G2), tendo 10 indivíduos em cada grupo. O grupo 1 (G1) foi composto por usuários que aderiram ao plano terapêutico do CAPSad e estão em acompanhamento contínuo. O grupo 2 (G2) foi composto por usuários que já frequentaram o CAPSad, mas por períodos curtos e não aderiram ao plano terapêutico estabelecido, abandonando o tratamento.

Para a coleta dos dados dos usuários do Grupo 2 houve maior dificuldade, pois ao analisar os prontuários e entrar em contato via telefone com os usuários com o propósito de agendar a entrevista foi verificado que alguns estavam detidos no sistema prisional, outros estavam institucionalizados e a maioria agendou porém, não compareceu à entrevista. E alguns entrevistados vieram ao CAPS para fazer a reavaliação para retorno ao tratamento no momento da entrevista.

Os resultados são apresentados em três momentos. O primeiro é referente aos dados gerais e sociodemográficos, o segundo está relacionado aos resultados dos testes realizados: de Gravidade e Dependência – ASI-6, Inventário de Depressão de Beck e Whoqol Bref, e por fim serão apresentados dados referentes a pergunta aberta que os indivíduos responderam.

6.2 Dados sociodemográficos e comorbidades associadas

Em relação ao quantitativo de pessoas que estão ativas e inativas no CAPSad – Ceilândia - DF, podemos observar a disparidade do sexo masculino em relação ao sexo feminino na seguinte Tabela 1.

Tabela 1 – Quantidade de pacientes atendidos em CAPSad – Ceilândia, dividido por sexo, atividade e inatividade.

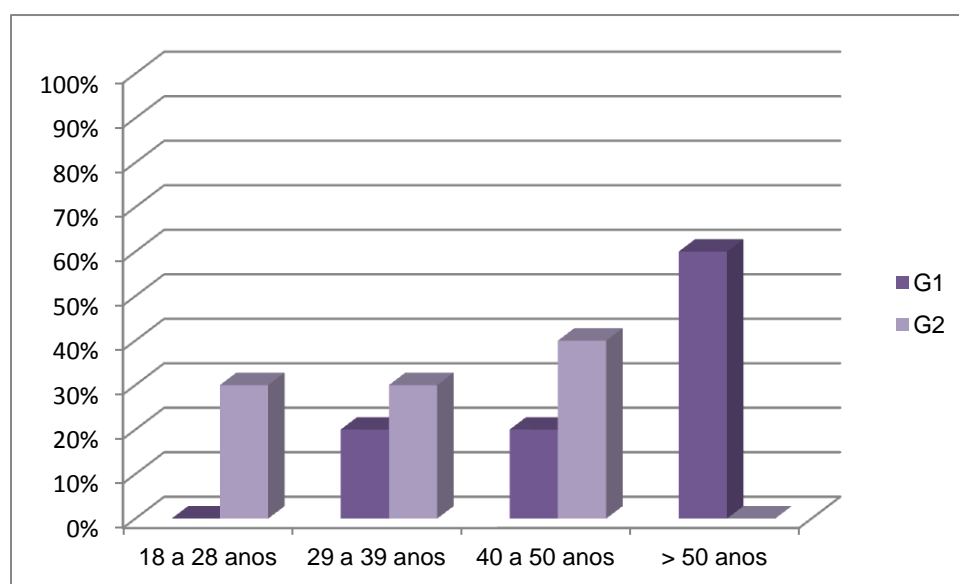
Período	Total (n %)	Homens (n %)	Mulheres (n%)
Pacientes ativos 2013	748	647 (86,49)	101 (13,50)
Pacientes inativos 2013	1183	1033 (87,32)	150 (12,67)
Pacientes ativos 2014	480	414 (86,25)	66 (13,75)
Pacientes inativos 2014	198	177 (89,39%)	21 (10,60)

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados apresentados acima permitem observar que a predominância de usuários que procuram o CAPSad – ativos ou inativos, são do sexo masculino, alcançando a média de 87,13% entre o ano de 2013 e o primeiro trimestre de 2014.

Em relação à idade dos entrevistados, foi constatado que há prevalência do G1 foi acima de 50 anos, formando o percentual de 60%. Já no G2, compreendendo mais de 50 % a maior prevalência foi de usuários com idade entre 18 e 39 anos Tais dados podem ser analisados por meio do Gráfico 1.

Gráfico 1 – Idade de maior prevalência do G1 e G2.



Fonte: Dados da pesquisa

Tais dados permitem observar que o G1 não possui nenhum indivíduo entre 18 e 28 anos, mas dispõe de seis indivíduos com idade superior aos 50 anos, cuja média de idade foi de 50 anos, diferentemente do G2, que possui três participantes na faixa etária de 18 a 28 anos e nenhum indivíduo acima de 50 anos, e a média de idade foi de 35 anos.

Em relação aos dados sociodemográficos, há predominância de indivíduos que se autointitularam como pardos, alcançando os 55%. Quanto à escolaridade, os dois grupos se igualam, sendo que há predominância quanto ao ensino fundamental.

Com relação à situação familiar, cabe ressaltar que o G1 detém o maior número de solteiros e, em contrapartida, o G2 possui um maior número de divorciados e 40% da amostra total relatam não possuir filhos.

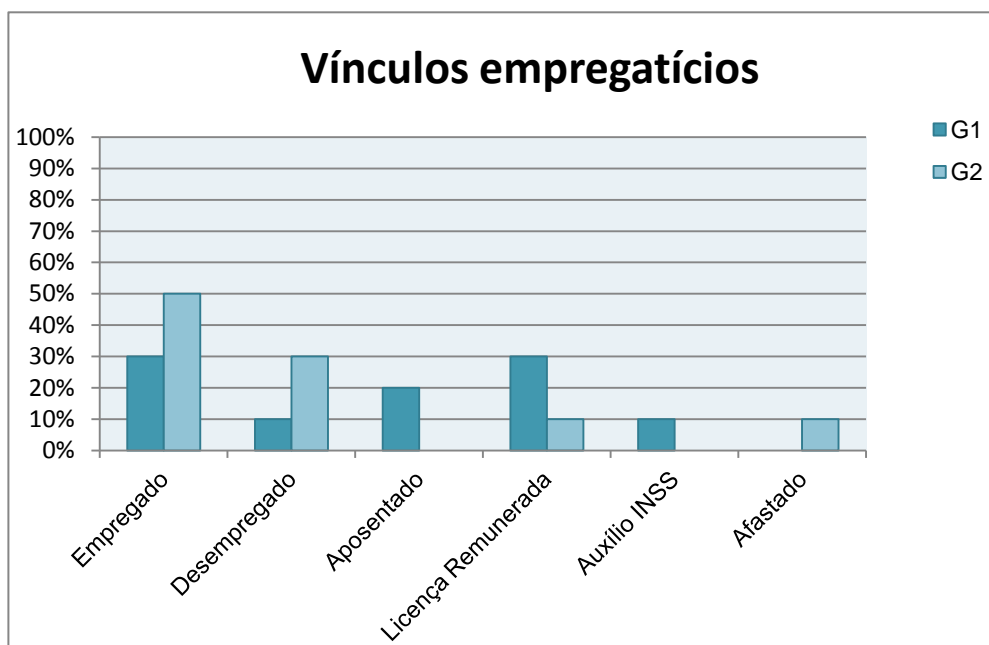
Tabela 2 – Dados sociodemográficos

	G1	G2
Raça		
Branco	2 (20%)	1 (10%)
Negro	2 (20%)	1 (10%)
Amarelo	1 (10%)	2 (20%)
Pardo	5 (50%)	6 (60%)
Estado Civil		
Solteiro	6 (60%)	2 (20%)
Casado	3 (30%)	2 (20%)
Divorciado	1 (10%)	6 (60%)
Filhos		
0	3 (30%)	5 (50%)
1 a 2	4 (40%)	4 (40%)
3 a 5	2 (20%)	1 (10%)
> 5	1 (10%)	0 (0%)
Escolaridade		
Básico	2 (20%)	2 (20%)
Fundamental	5 (50%)	5 (50%)
Ensino Médio	3 (30%)	3 (30%)

Fonte: Dados da pesquisa.

No que diz respeito ao vínculo empregatício dos indivíduos, apenas três pessoas do G1 estão empregadas e frequentam o ambiente de trabalho, e um desempregado. Em contrapartida, o G2 possui cinco trabalhadores empregados e três desempregados (Gráfico 2).

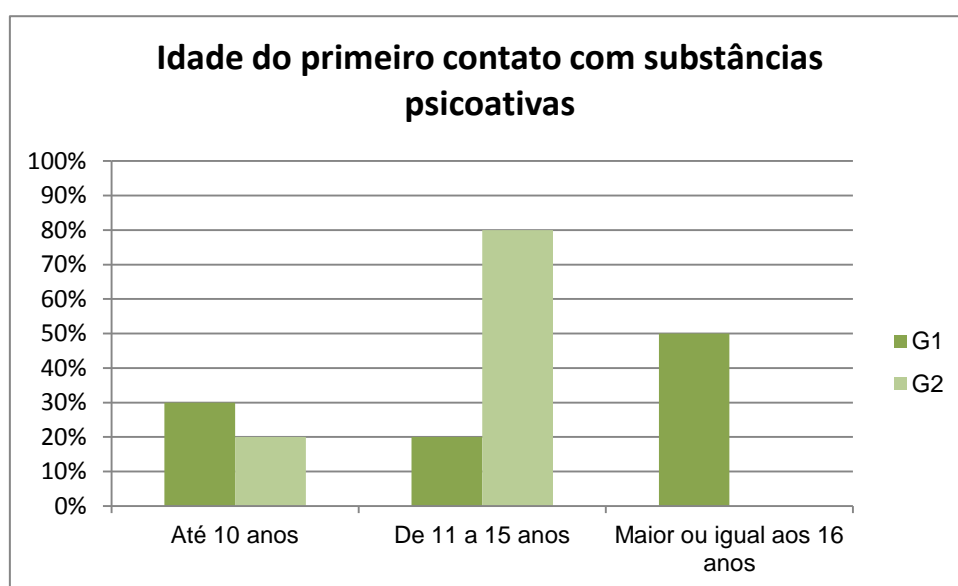
Gráfico 2 – Vínculos empregatícios da amostra entrevistada.



Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os indivíduos entrevistados, observou-se que a maioria dos pertencentes ao G1 tiveram o primeiro contato com substâncias psicoativas (SPA) com idade igual ou maior que 16 anos, já a prevalência de idade do G2 foi dos 11 aos 15 anos, cujos dados podem ser analisados na Figura 2.

Gráfico 3 – Idade do primeiro consumo de drogas



Fonte: Dados da pesquisa.

O tempo de uso de substância psicoativa foi de 36,8 anos para o G1 e de 20,1 anos para o G2.

Quanto à substância psicoativa de primeiro contato, 85% dos entrevistados responderam ter sido o álcool seguido pela cocaína, anfetamina e o tabaco. Atualmente, 40% do G1 aderiram ao tratamento por causa do crack, já os outros 60% foi por causa do álcool. Em contrapartida, o G2 possui 60% de seus componentes dependentes do crack e 40% do álcool.

Relacionado às comorbidades associadas à dependência química (Tabela 3), o G2 era composto por maior número de sujeitos com transtornos mentais, no qual, a depressão e a esquizofrenia eram as doenças de maior prevalência, em ambos os grupos.

Tabela 3 – Comorbidades associadas à dependência química do G1 e G2

Comorbidades associadas do G1 e G2		
	G1	G2
Depressão	30%	40%
Esquizofrenia	20%	40%
Transtorno Afetivo Bipolar	10%	10%
Nada	40%	10%

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao encaminhamento ao CAPSad (Tabela 4), foi constatado que no G1, 50% dos entrevistados chegaram ao Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas por meio de alguma clínica psiquiátrica, já para os indivíduos do G2, 50% destes chegaram ao CAPSad por meio de orientações de familiares e/ou amigos.

Tabela 4 – Encaminhamento ao CAPSad

Encaminhamento ao CAPSad	G1 (n %)	G2 (n %)
Clínica Psiquiátrica	5 (50%)	1 (10%)
Orientação de familiares e/ou amigos	1 (10%)	5 (50%)
Orientações AA	2 (20%)	0
Voluntário	0	2 (20%)
Lider religioso	0	1 (10%)
Conselho tutelar	1 (10%)	0
Assistência social	1 (10%)	0
Chácara Terapêutica	0	1 (10%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram aplicados os testes de Escala de Gravidade de Dependência – ASI-6 e de Inventário de Depressão de BECK e WHOQOL Bref com os entrevistados. Segue a descrição dos resultados dos mesmos.

6.3 Escala de Gravidade de Dependência – ASI-6

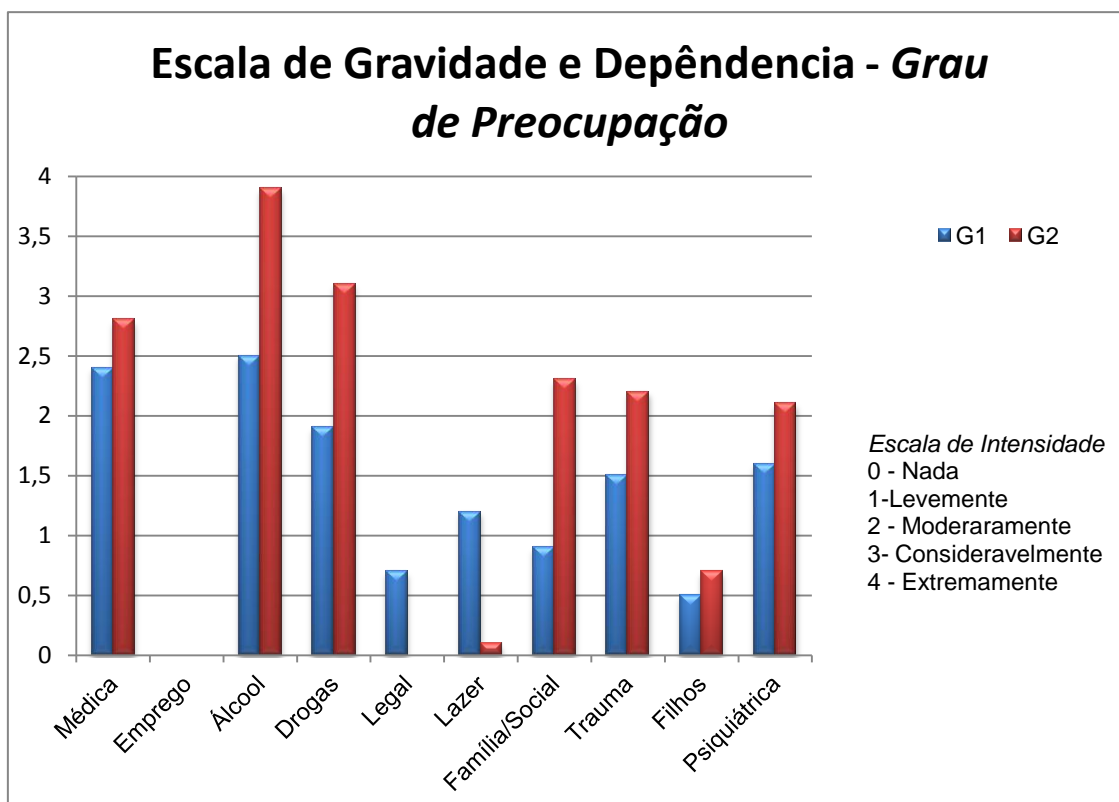
O primeiro dos testes realizados foi a Escala de Gravidade de Dependência – ASI-6. Após o resultado individual de cada entrevistado foi realizada a média final do resultado de cada subárea do G1 e do G2, cujos dados foram dispostos no mesmo gráfico a fim de promover de forma didática uma discussão posterior. Os resultados podem ser analisados por meio dos Gráficos 3 e 4 e Tabelas 5 e 6.

Tabela 5 – Escala de Gravidade de Dependência – escores do G1 e G2 do Grau de Preocupação.

Escala de Gravidade de Dependência - Grau de Preocupação		
	G1	G2
Médica	2,4	2,8
Emprego	-	-
Álcool	2,5	3,9
Drogas	1,9	3,1
Legal	0,7	0
Lazer	1,2	0,1
Família/Social	0,9	2,3
Trauma	1,5	2,2
Filhos	0,5	0,7
Psiquiátrica	1,6	2,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 4 – Escala de Gravidade e Dependência – Grau de Preocupação do G1 e G2.



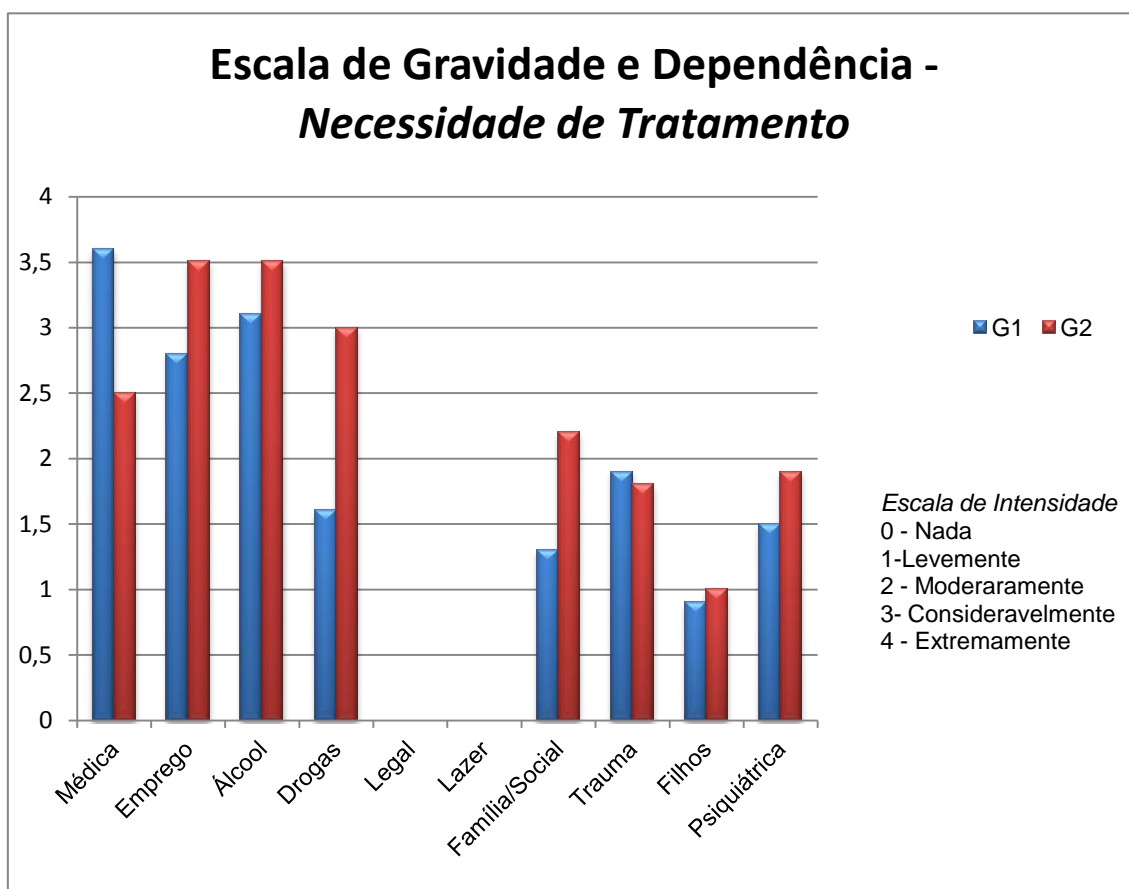
Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 6 – Escala de Gravidade de Dependência – escores do G1 e G2 da Necessidade de Tratamento.

Escala de Gravidade e Dependência - Necessidade de Tratamento		
	G1	G2
Médica	3,6	2,5
Emprego	2,8	3,5
Álcool	3,1	3,5
Drogas	1,6	3
Legal	-	-
Lazer	-	-
Família/Social	1,3	2,2
Trauma	1,9	1,8
Filhos	0,9	1
Psiquiátrica	1,5	1,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 5 – Escala de Gravidade e Dependência – Necessidade de Tratamento do G1 e G2.

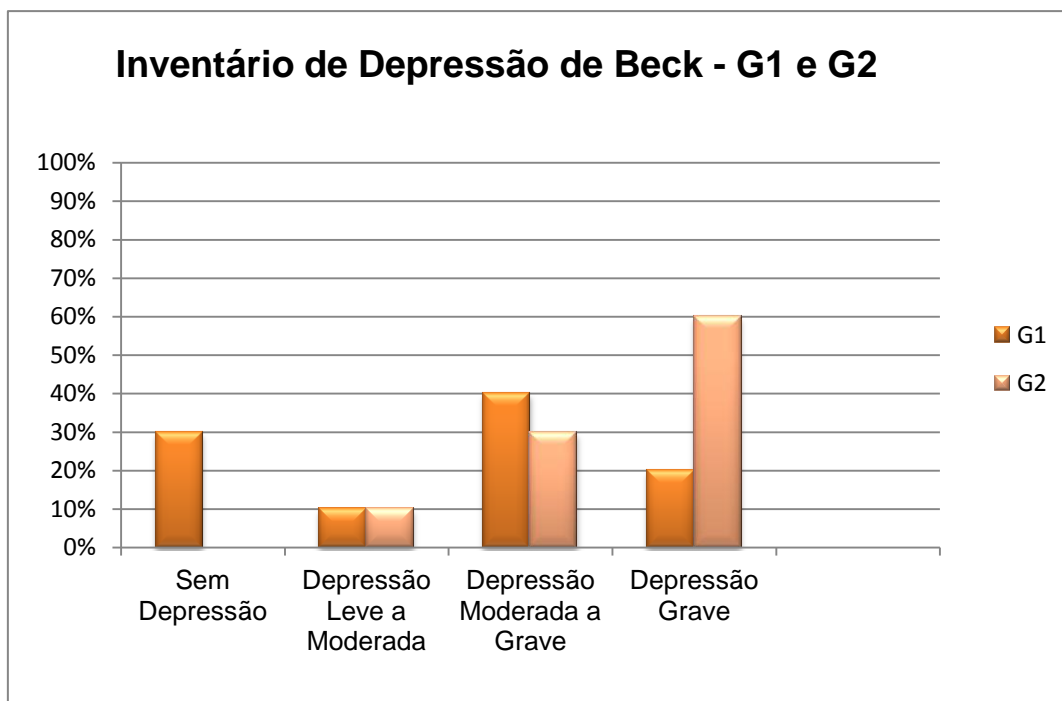


Fonte: Dados da pesquisa.

6.4 Inventário de Depressão de Beck

Quanto ao Inventário de Depressão de Beck, fez-se uma média dos escores dos indivíduos de cada grupo, cujos dados podem ser observados na Figura 6, que dispõe de informações do G1 e G2 para que possa ser realizada uma comparação.

Gráfico 6 – Média de resultados do Inventário de Depressão de Beck do G1 e G2

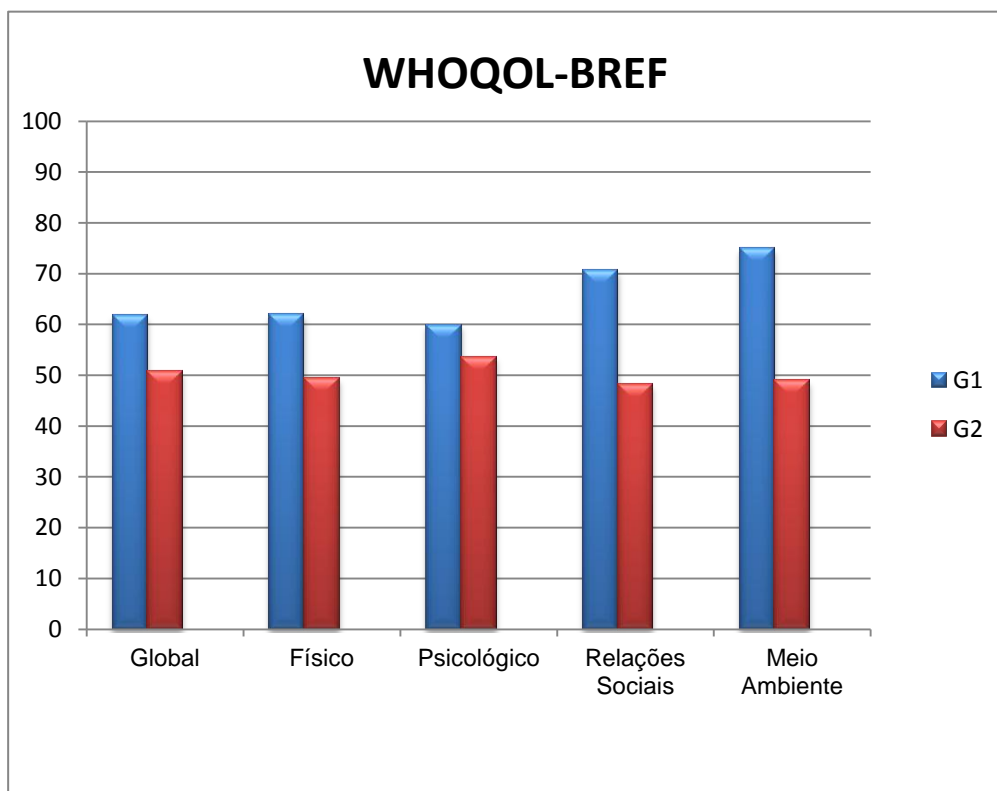


Fonte: Dados da pesquisa.

6.5 WHOQOL Bref

O WHOQOL Bref é constituído por 26 questões que compõe quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e este foi aplicado com o propósito de averiguar a percepção individual sobre Qualidade de Vida, cujo resultado foi obtido pela média total de cada grupo (G1 e G2) e pode ser visualizado por meio do Gráfico 7.

Gráfico 7 – Média dos resultados do Whoqol Bref do G1 e G2



Fonte: Dados da pesquisa.

6.6 Questão aberta: Qual o significado e a influência do CAPSad na sua vida?

Foi realizada uma pergunta aberta aos entrevistados sobre qual o significado e influência do CAPSad na vida destes. Os relatos foram avaliados sob a ótica da análise de conteúdo, cujo principal objetivo é a descrição das ideias presente nas mensagens (BARDIN, 2009). Foram descritos abaixo em forma de categorias e subcategorias representadas pelos relatos dos participantes:

Categoria 1: Esperança	
G1	G2
<p><i>“O CAPS significa uma grande esperança, quero levar a sério o tratamento (...) porque o CAPSad representa melhoria (...) muita coisa mudou, outros pensamentos, outros</i></p>	<p><i>“O CAPS significa uma esperança, mas sabe, me arrependo bastante, minha vida taria diferente se não tivesse saído.” (G2-1)</i></p>

<p><i>objetivos, mais força de vontade e alegria pra viver.” (G1-1)</i></p>	
<p>Subcategoria 1.1: Esperança e corresponsabilidade/cooperação</p>	
<p>G1</p>	<p>G2</p>
<p><i>Passei 10 anos bebendo sem parar, mas faz parte. Vou vencer com a ajuda aqui, mas você tem que frequentar, sem frequentar não tem como você nem lutar.” (G1-1)</i></p>	<p><i>O CAPS vai me ajudar, ele ajuda muitas pessoas, é só querer buscar um tratamento melhor, é só ter paciência, mas às vezes acho que não tenho, quero ultrapassar o tempo. (G2-5)</i></p>
<p>Subcategoria 1.2: Esperança e arrependimento</p>	
<p>G1</p>	<p>G2</p>
	<p><i>“O Caps aqui é que vai ser minha cura (...) se eu tivesse no CAPS desde o tempo que parei (de usar drogas), hoje a minha vida taria 100%.” (G2-5)</i></p> <p><i>“A vida piorou depois que sai do CAPS: bebi, usei droga, vendi um monte de coisa minha, mas sei que aqui posso mudar de vida.” (G2-6)</i></p> <p><i>“(...)por causa de eu não ter dado continuidade, tive recaídas contínuas. Hoje pretendo não ter mais por causa do caps.” (G2-3)</i></p> <p><i>“Fiquei desde o ano passado sem vir. Prejudicou muito eu deixar de vir ao CAPS, perdi o meu emprego, perdi a minha dignidade, perdi um pouco da minha vida.Sei que posso reverter</i></p>

	<i>tudo isso.” (G2-7)</i>
CATEGORIA 2: O CAPSad como Suporte	
G1	G2
<p><i>“Ele é tudo em minha vida, meu suporte. Mudou muita coisa (...) pretendo ficar por muito tempo nele ainda.” (G1-2).</i></p> <p><i>“O CAPS é tudo de bom, nem tem palavra mais, na saúde, na alegria nas palestras, e no desenvolvimento meu...” (G1-5).</i></p> <p><i>“O CAPS pra mim significa uma ótima ajuda, porque me fez eu sair de droga muito pesada, através dessa terapia deles (...) Eu acho que seria muito mais difícil pra mim sem o caps.” (G1-4).</i></p>	<p><i>“(...) ah eu tenho visto o CAPS como um apoio hoje! Porque quando eu for recair eu lembro o porquê de não ter, por causa do apoio. E eu lembro de ter encontrado aqui esse apoio”.(G2-3).</i></p>
Subcategoria 2.1: Suporte na auto-estima	
G1	G2
<p><i>“Eu era tímido! (...) hoje quando eu tô na terapia da música, eu faço até um show sozinho. Dou palestras se precisar. Acabei perdendo a timidez, aquela vergonha” (G1-2).</i></p>	<p><i>“Eu achava que não era capaz, que era uma causa perdida, que não tinha jeito. Mas continuei vindo pra cá, e isso meu deu mais força, mais vontade de vencer” (G1-10).</i></p>
Subcategoria 2.2: Suporte na socialização	
G1	G2
<p><i>“(...) o CAPS tá sendo uma parte de mim porque eu me relacionava muito</i></p>	<p><i>“As pessoas educadas, me tratam tão bem, dão atenção, te</i></p>

<i>mal devido a bebida. Agora isso tá mudando aos poucos” (G1-9).</i>	<i>escuta. Eu acho muito importante porque eles me deram o tratamento” (G2-4).</i>
Subcategoria 2.3: Suporte como substituição familiar	
G1	G2
<i>“Aqui eles dão filmes, dão palestras, oficina de artes, e muitas vezes a família não tem tempo, tá trabalhando e não tem estrutura pra fazer isso” (G1-6).</i>	<i>“O CAPS na verdade representa uma autoajuda pra gente, porque querendo ou não tem gente aqui, que querendo ou não a família não tem suporte pra poder ajudar” (G2-6).</i>

CATEGORIA 3: CAPSad e a mudança de comportamento	
G1	G2
<p><i>“O CAPS mudou até o jeito de eu falar, o modo de relacionar com as pessoas, comportamento mudou muito, e tá mudando bastante...” (G1-8).</i></p> <p><i>“Eu tenho o CAPS como uma válvula de escape pra gente tentar melhorar nossa vida, comportamento, mas eu não consigo sem ajuda” (G1-7).</i></p> <p><i>“O CAPS mudou tudo. Eu tive aqui a luz no fundo do túnel. Se tivesse conhecido o CAPS há 10, 20 anos atrás tava melhor...” (G1-10).</i></p>	

CATEGORIA 4: CAPSad não surtiu efeito

G1	G2
<p><i>“O tratamento do CAPS não tá adiantando de nada pra mim” (G1-5).</i></p>	<p><i>“Não sei de significado de CAPS. O tratamento é mais ou menos importante, não gosto daqui, aqui é muito ruim, tomei quatro injeções (...) na desintoxicação fiquei com alguns paciente e a enfermeira. Não gostei.” (G2-8).</i></p>

7. DISCUSSÃO

A análise do perfil sociodemográfico da população estudada mostra a predominância do sexo masculino, dado que pode ser relacionado à Tabela 1, cujo percentual de homens atendidos no CAPSad chega a 87,13%. Vários estudos sugerem que essa hegemonia dos homens remete uma demarcação histórica e social do evento envolvendo a complexidade do gênero, indicando que as mulheres sentem vergonha da doença (FOTIN; LIBRE; MELO, 1995; SIQUEIRA et al., 2005), resultando muitas vezes em omissão da DQ e à não procura de tratamento (PEIXOTO et al., 2010; HORTA et al., 2011; MONTEIRO et al., 2011).

Em um estudo realizado por César (2006), as mulheres tendem à preservação da autoimagem, fato que está relacionado ao prejulgamento que as outras mulheres poderiam ter das mesmas e a repressão que as etilistas sofrem, causando muitas vezes o sentimento de culpa. Foi constatado também, que existia uma maior adesão do sexo feminino ao tratamento, principalmente quando este era específico para o gênero em questão; o que não acontece na instituição onde foi realizada a pesquisa para o presente estudo.

Para Nobrega e Oliveira (2005), a motivação para estas mulheres procurarem o tratamento sempre acontece em consequência de prejuízos físicos, psicológicos, sociais e familiares. Entretanto, a baixa adesão destas mulheres ao tratamento ou até mesmo no próprio diagnóstico da DQ pode estar relacionado às dificuldades enfrentadas, que podem ser: estruturais (falta de cuidador para os filhos), pessoais (desemprego) e sociais (estigma social e oposição de familiares). Em contrapartida, Hochgraf (1995), observou que era mais fácil para o sexo feminino moderar o consumo e desta forma, manter certo controle diante das bebidas alcoólicas.

Na análise relacionada à idade dos entrevistados, verificou-se que a idade dos participantes que mais aderiram ao plano terapêutico oferecido pelo CAPSad compreende entre 29 e 63 anos, com média de idade de 50 anos e tempo de uso de substância psicoativa de 36,8 anos. Já em um estudo realizado por Monteiro et al., no ano de 2011, em CAPSad do Piauí, a faixa etária dos dependentes de álcool que frequentavam a instituição de forma mais assídua era entre os 19 a 59 anos. O mesmo estudo afirma que o aumento da idade aumenta o tempo de uso da droga, bem como prejuízos biopsicossociais, o que agrava o prognóstico, pois há uma

extensa dependência que necessita de um tratamento a longo prazo. O que justifica a maior adesão destes pacientes, cuja média de permanência contínua no CAPSad pelos participantes do G1 foi de 2 anos e 7 meses de até o momento da coleta dos dados desta pesquisa.

Observando outros estudos nacionais, foram encontrados dados semelhantes ao presente estudo, cuja média da clientela atendida em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, era composta, em sua maioria, por usuários masculinos, adultos jovens e também com escolaridade fundamental, e que possuíam uma renda mensal (PASSOS; CAMACHO, 1998; PEIXOTO et al., 2010; HORTA et al., 2011).

A existência de problemas relacionados ao desemprego favorecem ainda mais este consumo de drogas, o que pode agravar o problema da DQ (GUIMARÃES et al., 2008; HORTA et al., 2011), fato que é observado no G2, que possui maior número de desempregados, o que sugere que tal uso prejudica uma adesão ao tratamento oferecido pelo CAPS ad, já que estes tendem à mais recaídas e sabe-se que o uso interfere na percepção e julgamento do indivíduo, portanto, há maiores chances do indivíduo ser incapaz de realizar as atividades propostas no emprego.

Tal análise permite a justificativa de maior número de divorciados, pois diante de tanta devastação ocasionada pelo consumo excessivo de SPAs, a(o) companheira(o) não consegue mais lidar com tamanho sofrimento e prejuízos no convívio familiar, desta forma, para preservar a si própria optou-se pelo afastamento. No qual, essa desestrutura familiar e falta de suporte corrobora mais ainda com a dificuldade de adesão ao tratamento (PEIXOTO et al., 2010).

Já no G2, cujos participantes não aderiram ao tratamento, o início do consumo de substâncias psicoativas - SPA foi precoce, em torno dos 10 aos 15 anos, possuindo o tempo médio de consumo de 20 anos, pois a idade de maior prevalência do grupo entrevistado era de 40 a 50 anos, com média de idade de 35 anos.

Tais dados encontrados, relacionado à maior idade dos usuários que aderem ao tratamento, são semelhantes aos que Peixoto et al. encontrou em um estudo que realizou em 2010, em CAPSad, cuja taxa de adesão ao tratamento foi maior em indivíduos mais velhos, com idade média de 37 anos e maior tempo de uso de drogas, cerca de 20 anos, contra 15, 7 anos dos usuários que não aderiram, estes

que tinham a idade média de 32,9 anos, o que pode indicar que indivíduos mais jovens são significativamente mais propensos a abandonar o tratamento.

O Centro Regional de Referência em Drogas, da UFMG (2014), afirma que quanto mais cedo o indivíduo faz o seu consumo de drogas, maior é a chance de torna-se dependente. Para o SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2011), as SPAs afetam diretamente a capacidade de julgamento e sendo a adolescência uma fase de formação de identidade e desenvolvimento da personalidade, o uso regular dessas substâncias pode resultar em inconsistência ou deficiências na personalidade futura, dificultando o processo de escolhas e amadurecimento emocional, afetando de forma incisiva o seu comportamento e estilo de vida.

A presença desses efeitos negativos na vida do indivíduo desde jovem prejudica o seu processo de formação de identidade e senso crítico, favorecendo uma progressão do consumo de substâncias psicoativas. Sendo a DQ uma constante na vida destes sujeitos desde a adolescência, os mesmos não possuem uma capacidade de discernir o que é bom ou ruim para sua vida e o consumo vai crescendo proporcionalmente de acordo com a idade (MUZA et al., 1997).

Vasters e Pilon (2011), afirmam que, dificilmente os jovens procuram tratamento para a dependência química, e quando o fazem, afastam-se precocemente. Dessa forma, o presente estudo analisa que os sujeitos do G2, que possuíram maior dificuldade de adesão ao tratamento, foram os que fizeram o seu primeiro consumo de SPAs na faixa etária dos 10 aos 15 anos de idade e que por diversos motivos, ao chegar no CAPSad não seguiram corretamente o plano terapêutico oferecido, favorecendo o ciclo vicioso de consumo, busca pelo tratamento e recaídas.

Realidade diferente do G1 que é composto, em sua maioria, por indivíduos com idade superior aos 50 anos e que tiveram o primeiro contato com a droga depois dos 16 anos, o que pode ter propiciado um fator protetor em relação ao efeito das SPAs em seu comportamento, já que uma parte de sua identidade bem como a responsabilidade e bom senso estavam parcialmente formados, o que poderia promover uma melhor capacidade de decisão em relação ao tratamento.

Scaduto e Barbieri (2009) afirmam que a dificuldade do adolescente em relação ao tratamento está intimamente ligada ao papel da família como um apoio e também

à dificuldade da própria equipe e do despreparo da instituição em acolher adequadamente a população mais jovem. Sendo assim, pode-se presumir que o G1 é formado por indivíduos mais velhos, pois quando estes buscaram o tratamento, provavelmente estavam mais amadurecidos, o qual pode ter surtido um melhor efeito, diferentemente do G2, que, como citado acima, por terem começado o consumo de drogas mais cedo, o processo de amadurecimento foi comprometido e ao procurarem o tratamento, este não surtiu efeito, seja por ineficiência do plano terapêutico, seja pela própria dificuldade em aderir ao mesmo.

A primeira droga de contato que 85% da amostra entrevistada consumiu foi o álcool, o restante está dividido entre cocaína, anfetamina e tabaco. Estudos relatam que o álcool geralmente é a primeira droga de contato que o indivíduo tem em sua vida (FONTANELLA; TURATO, 2002; SOUZA et al., 2007; PEIXOTO et al., 2010), cujos principais motivos que levam a isto são: curiosidade, incentivo de amigos e familiares e como uma forma de válvula de escape dos problemas familiares (MACEDO et al., 2011). Para Ribeiro et al. (2008) existe um alto risco de abandono por parte dos usuários, que, muitas vezes, são incapazes de manter a abstinência devido às recaídas recorrentes. Deste modo, as baixas taxas de adesão são comuns ao alcoolista.

Segundo Calheiros, Oliveira e Andretta (2006), a comorbidade psiquiátrica no transtorno por consumo de SPA pode ser definida como a presença concomitante de transtornos mentais em um mesmo sujeito que faz o uso destas substâncias. A comorbidade associada à dependência química de maior prevalência na amostra estudada foi a depressão e esquizofrenia.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (2006), a esquizofrenia é a comorbidade psiquiátrica mais prevalente entre os usuários que fazem o uso de SPAs, no qual, este fenômeno vem aumentando cada vez mais. A ABP sugere ainda que isso pode estar acontecendo devido ao aumento da disponibilidade de drogas e ao processo de desinstitucionalização, o que favorece o acesso às drogas por parte desses indivíduos, e quando vão à busca de tratamento, a assistência torna-se mais complexa (SINGULANE et al., 2006).

A presença de transtornos mentais e comportamentais derivados da DQ causa incapacitação grave aos usuários, cuja evolução clínica e social pode ser pior do que aqueles sem comorbidades, já que há uma interferência no diagnóstico, tratamento

e prognóstico de ambos os transtornos (ABP, 2006; COSTA, 2011). Brems e Johnson (1997) realizaram um estudo, no qual foi observado que pacientes com comorbidades psiquiátricas buscam mais tratamento em relação aos sujeitos sem comorbidades, entretanto, apresentam menor adesão, recaídas frequentes e mais problemas sociais.

O que foi observado no presente estudo é que os indivíduos com maior comorbidade associada à DQ foram os que possuíam maior dificuldade na adesão ao PT. O que pode significar que estes apresentam maior gravidade dos sintomas físicos e psiquiátricos, cuja assistência prestada, muitas vezes imprópria à sua condição, não foi específica o suficiente para mantê-los aderidos.

Em relação à procura por tratamento, a maioria dos usuários do G1 foram encaminhados para o CAPSad por meio de uma clínica psiquiátrica, já o G2 foram orientados por familiares ou amigos à busca de tratamento. O que leva à reflexão de que os indivíduos que mais aderiram ao PT, de alguma forma, já estavam em busca de tratamento, no qual, foram observadas as internações clínicas. Já para o grupo que não aderiu ao PT, estes só chegaram ao tratamento por meio de orientações de conhecidos e/ou familiares, cujo resultado é semelhante ao encontrado por Monteiro et al. (2011) em seu estudo, no qual a maioria dos sujeitos que procuraram tratamento não o fizeram por iniciativa própria.

Horta et al. (2011) afirma que pessoas com maior comprometimento social possuem uma maior dificuldade para chegar às redes de saúde. O que traz a reflexão sobre o fato dos participantes do G2 não terem acessado o CAPSad em busca de tratamento previamente como o G1. Seria por falta de interesse ou se não por não terem tido acesso aos serviços de saúde por falta de conhecimento da existência dos mesmos.

A Escala de Gravidade de Dependência – ASI6 foi utilizada para averiguar o grau de preocupação e a necessidade de tratamento dos indivíduos nos mais variados campos da vida dos mesmos. Na primeira parte do teste foi explorado o grau de preocupação em relação ao uso de SPAs. No qual, a subárea médica, o G1 e o G2 possuíam escores diferentes, sendo que o primeiro possui o grau de preocupação moderado, enquanto o segundo, considerável. Quando as complicações clínicas são detectadas no início do tratamento, as chances de recuperação são maiores, pois os mesmos aceitam permanecer em tratamento

(LARANJEIRA et al., 2003), o que sugere que a leve distância entre os escores do G1 e G2 aconteceu devido ao fato do segundo grupo demorar mais tempo para procurar o tratamento e os danos físicos de alguma forma, prejudicaram essa adesão.

Já na subárea relacionada ao álcool, o G1 obteve o grau de preocupação considerado moderado, já o G2, foi considerado extremamente preocupante. Em relação ao quesito drogas, para o G1, o escore obtido é considerado moderado, enquanto o G2 tido como considerável grau de preocupação. Tais resultados podem ser refletidos no consumo atual dos entrevistados, sendo que o G1 possui maior número de usuários dependentes do álcool, em contrapartida, no G2, o maior número de dependência é de crack.

A menor gravidade de problemas com álcool e drogas foram preditoras da adesão de um grupo que se encontrava em abstinência, em um estudo realizado por Marini (2011), que utilizou a ASI-6. O mesmo acontece com a amostra estudada, pois os indivíduos do G1 foram os que apresentaram a intensidade de preocupação menor do que o G2, e desta forma, melhores resultados na adesão ao plano terapêutico.

No âmbito da legalidade, o G1 e o G2 tiveram os escores considerados leves, cuja área da ASI-6 é avaliada as atividades ilegais recentes e o envolvimento no sistema de justiça criminal (MARINI, 2011), e foi observado na própria entrevista com os sujeitos, que apenas três pessoas haviam cometido delitos leves, dois quando ainda eram adolescentes e um já adulto, quando estavam sob efeito das SPAs.

No quesito lazer, apenas o G1 mostrou algum grau de preocupação, o que pode estar associado aos melhores resultados obtidos no próprio tratamento, já que os mesmos possuem uma melhora significativa, devido a adesão ao PT. Em contrapartida, o G2 não deu importância alguma ao lazer, pelo fato de estarem, muitas vezes, mais preocupados com as recaídas constantes, o que justificaria a não adesão ao PT e conseqüentemente, prejuízos na vida social dos mesmos.

Em relação à família/social, o G1 obteve o resultado considerado leve, em contrapartida ao G2, que é considerado moderado. Estudos relatam que o apoio familiar representa uma rede de apoio ao indivíduo, pois a presença destes reflete de forma importante o tratamento do dependente, fazendo com que este se sinta

mais motivado a continuar o tratamento (ORTH, 2005; PEIXOTO, 2010; SOUZA; PINHEIRO, 2012), o que sugere que a preocupação do G2 está relacionada à falta deste apoio, logo, prejudicou de alguma forma a permanência dos mesmos no tratamento.

No âmbito dos traumas, o G1 obteve o escore considerado leve, e o G2 moderado o grau de preocupação. Estudos relatam que a presença dos traumas provoca danos muitas vezes irreversíveis ao psicológico do indivíduo, tais danos podem favorecer o surgimento da dependência química (BLEFARI, 2002), pois na busca de alívio do seu sofrimento, o sujeito busca uma válvula de escape nas drogas. O que é observado no G2, que possui maior preocupação relacionada aos traumas, que os impedem de seguir em frente, e cuja falta de adesão ao PT, impossibilita o tratamento relacionado aos traumas de sua vida.

Em relação à subárea psiquiátrica, o G1 obteve o escore oscilando entre leve a moderado, já o G2 a oscilação foi entre o grau de preocupação de moderado a considerável. Para Kessler (2010) as comorbidades psiquiátricas interferem no PT, já que existe a presença de psicofármacos e indicação de tipos específicos de psicoterapia, sendo necessário uma avaliação específica. O mesmo relata que tais alterações psiquiátricas promovem um aumento de recaídas, o que pode ser observado nos dados acima citados, pois o G2 possui um maior número de pessoas com comorbidades psiquiátricas. A maior preocupação do G2 em relação a esta subárea está intimamente ligada à não adesão ao PT, já que não estava sendo realizado um tratamento específico que abordasse adequadamente esta clientela com a referida comorbidade, o qual poderia provocar uma piora do quadro psiquiátrico.

A segunda parte do teste está relacionada à necessidade de tratamento, cujos seguintes resultados foram encontrados: para o G1, a subárea médica, em relação à necessidade de tratamento, foi considerada a extrema, enquanto o G2 oscilou entre moderado à considerável. Isso reflete na questão do senso crítico dos pacientes, como analisado anteriormente, o G1 dá uma maior importância ao tratamento, pois este consegue manter-se aderido ao PT, já que problemas de saúde são a razão mais frequente para manter-se abstinente (RIBEIRO et al., 2008), diferentemente do G2, que é caracterizado pelas recaídas e abandono ao tratamento.

Já no quesito de emprego, o G1 obteve o escore da necessidade de tratamento considerável, e para o G2, o escore é considerado extremo. Sabe-se que o consumo de SPAs contribui diretamente para o baixo rendimento e absenteísmo no trabalho (KESSLER et al., 2011), sendo o G2, o grupo que possui maior número de desempregados. Pode-se dizer que o próprio consumo de tais substâncias fez com que estes tivessem essa maior taxa de desemprego, evidenciando a preocupação destes por meio desta escala, sendo que, se os mesmos acreditassem no tratamento, de alguma forma, reverteriam os prejuízos neste campo de suas vidas.

Na subárea do álcool, ambos os grupos tiveram resultados próximos, cuja necessidade de tratamento é considerável. Já em relação às drogas, houve uma discrepância entre essa necessidade, que foi leve para o G1 e considerável para o G2. Tal consumo de drogas ilícitas causam danos físicos e psicológicos de maneira rápida, desta forma, é mais fácil encontrar indivíduos que fazem o consumo de álcool, droga lícita, que aderem ao tratamento, pois os prejuízos biopsicossociais são mais lentos.

Sendo assim, existe uma maior chance de recuperação dos alcoolistas, já que, a DQ de álcool é uma das características dos indivíduos que frequentam e permanecem em tratamento (SILVA et al., 2010; MARINI, 2011), já que os mesmos estão menos ligados ao comportamento antissocial e criminoso do que aqueles que fazem o uso de drogas ilícitas (PEIXOTO et al., 2010). Desta forma, a razão dos sujeitos do G2 estarem mais preocupados com o tratamento relacionado às drogas ilícitas é porque os mesmos fazem um maior consumo destas, logo existem maiores danos biopsicossociais, o que prejudica a sua adesão ao PT.

Os resultados da necessidade de tratamento estão intimamente ligados ao grau de preocupação nas diversas subáreas dos indivíduos do G1 e G2. Sendo que, o grau de preocupação para o G2, em todos os campos, os escores foram maiores. Em contrapartida, em relação à necessidade de tratamento, o G1 possuiu o escore maior na subárea médica e de trauma, cujos dados refletem uma menor importância que o G2 avaliou nestes campos, que, ironicamente, tal grupo possuiu maior grau de preocupação. Tais informações refletem um prejuízo na tomada de decisões e julgamento que o consumo excessivo da SPA exerceu na vida dos indivíduos que não aderiram ao PT e que, os que estão aderidos possui um melhor prognóstico em

todos os campos de sua vida, pois estes estão mais conscientes de duas fraquezas e sabem da importância do tratamento, desta forma, continuam participando do PT.

A análise de dados relacionados ao BDI (Inventário de Depressão de Beck) do G1 foram que: três indivíduos não possuem depressão, um possui depressão de leve a moderada, quatro depressão moderada a grave e dois possuem depressão grave. Em contrapartida, o G2 possui seis indivíduos com depressão grave, três com depressão moderada a grave e um com depressão leve a moderada.

A menor intensidade da depressão do G1 pode estar associada ao fato destes já terem feito algum tipo de tratamento para depressão, pois como citado anteriormente, a maioria destes indivíduos receberam encaminhamento para o CAPSad por meio de uma clínica psiquiátrica. A permanência destes no tratamento favoreceu um melhor controle e até mesmo redução de seus sintomas, devido às atividades e psicofármacos direcionados para o tratamento da depressão, o que se torna um fator positivo à adesão, sendo assim, preditor de bons resultados do tratamento (RIBEIRO et al. 2008; MARINI, 2011).

Já o G2, por não frequentar e não aderir ao tratamento oferecido pelo CAPSad, impossibilita o controle dos sinais e sintomas da depressão, favorecendo até mesmo a cronicidade da doença, pois na busca de um alívio imediato de seu sofrimento, buscará nas drogas um conforto, promovendo um maior número de recaídas e distanciamento do PT.

Relacionado à qualidade de vida, o presente estudo obteve os seguintes resultados do teste WHOQOL-BREF: no domínio físico, o G1 obteve o escore médio de 62 e o G2 de 49. Já o domínio psicológico, os escores obtidos foram de 60 para o G1 e 54 para o G2. Tais resultados são semelhantes aos encontrados na Escala de Gravidade e Dependência – ASI-6, o que leva à reflexão de que, embora o G1 possua um menor grau de preocupação nestes setores de sua vida, o mesmo percebe a necessidade de tratamento maior do que o G2. Sendo assim, enquanto aderido ao PT, a obtenção de resultados positivos ocorrem mais facilmente (MARINI, 2011), o que promove uma maior qualidade de vida, que é observado no G1.

Em relação aos domínios das relações sociais, a média foi de 70 para o G1, e 48 para o G2 e para o meio ambiente, o G1 apresentou escore de 75 e o G2, de 49. As médias apresentadas estão distantes umas das outras e correlacionam-se com as áreas de gravidade da dependência, ou seja, quanto maior o grau de

dependência da droga que o indivíduo tem, maiores são os problemas sociofamiliares e conseqüentemente, ambientais.

Estudos afirmam que o maior consumo da droga influencia diretamente na diminuição da qualidade de vida (CASTRO et al., 2007; KESSLER et al., 2010;). Tais resultados reforçam a necessidade de avaliar a QV do indivíduo previamente, e por meio desta análise, incluir atividades ao PT que promovam uma melhoria nas dimensões específicas, sobretudo, às áreas sociais e de meio-ambiente, que são comuns às áreas problemas preditoras de adesão (MARINI, 2011).

E por fim, a média da qualidade de vida global da amostra estudada foi 62 para o G1 e 51 para o G2. Em todos os escores, a pontuação do G1, que aderiu ao PT oferecido pelo CAPSad, foi maior que o escore do G2, pois quanto mais grave for a dependência pior será a percepção da qualidade de vida destes sujeitos. Este resultado demonstra que, o G2 possui um grau de dependência maior, já que estes não realizam o seguimento do tratamento, sendo assim, não estão aderindo ao PT. Em contrapartida, o G1 participa frequentemente do CAPSad, o que promove um retorno positivo, pois estes conseguem manter por mais tempo o período de abstinência, fato que é observado na melhor qualidade de vida do G1 em relação ao G2.

Em relação à pergunta aberta, sobre qual o significado e a influência do CAPSad na vida da amostra estudada, a resposta foi positiva para 80% dos participantes, de ambos os grupos, O que sugere, que para os sujeitos, com os mais variados graus de dependência química e necessidade de tratamento, com as mais variadas intensidades de depressão e presença ou não da qualidade de vida destes, há a percepção de que o CAPSad possibilita a existência da esperança, a vontade de mudar e, sobretudo, a força que os mesmos possuem para que isto de fato ocorra.

Para Silva e Souza (2004), os usuários de drogas, após um longo período de consumo excessivo de SPAs, quando em tratamento, aceitam os prejuízos que a doença acarreta em suas vidas, que se tornaram grandes sofrimentos, externalizados como frustração, decadência, derrotas, desmoralização, desrespeito. Concomitantemente, apresentam sinais de arrependimento por estarem no “fundo do poço”, dessa forma, cria-se força e coragem para o processo de separação da

droga, que mesmo sendo muito árduo, é acompanhado pela esperança de que irão se libertar.

O que foi observado na primeira categoria da questão aberta, a Esperança, no qual foi dividida em duas subcategorias, que são relacionadas à cooperação ao tratamento e ao arrependimento. A primeira subcategoria está presente na fala dos entrevistados, pois os mesmos observam que para manter os resultados obtidos até o presente momento, bem como alcançar novos horizontes, se faz necessária a participação, permanência, e, sobretudo, dedicação. Já na segunda subcategoria, é evidente que o G2 é a amostra que apresentou arrependimentos pela vida de sofrimento e perdas que levaram até o presente momento e estes estão conscientes de que se tivessem aderidos ao tratamento a sua situação atual seria diferente.

Já a segunda categoria é do CAPSad como um suporte, obteve três subcategorias. A primeira delas é o CAPS ad como um suporte na autoestima onde os indivíduos acreditam que melhoraram a autoimagem e a autoconfiança depois que passaram a frequentar o CAPSad. A segunda subcategoria é relacionada ao suporte na socialização, que estava comprometida devido a DQ. E a terceira subcategoria era o apoio oferecido pelo CAPS como substituição familiar, tornando-se um fator positivo no tratamento, já que estes indivíduos não tinham o auxílio dos familiares na luta contra a DQ.

Moraes (2008) sugere que existe uma grande ênfase nas repercussões que a exclusão social promove na vida dos dependentes químicos. Mas quando estes sujeitos aderem ao tratamento que CAPSad oferece, é promovida uma resocialização (OLIVEIRA, 2009), desta forma, as chances de recuperação são maiores, já que a participação de reuniões com outros dependentes químicos, favorece uma troca de experiências semelhantes, vividas por outras pessoas (SILVA; SOUZA, 2004).

Esse encontro com outros sujeitos que compartilham da mesma experiência, bem como o atendimento prestado por profissionais que sabem lidar com o ser humano que possui a DQ, facilita a permanência destes no ambiente, pois eles se sentem confortáveis por serem acolhidos em uma comunidade, que não os julga pelo que fazem, mas os apoiam, substituindo muitas vezes, o papel familiar, este que é de indubitável importância na recuperação dos indivíduos (SOUZA;

PINHEIRO, 2012), mas por estar ausente, como é observado nas falas dos sujeitos, acaba sendo projetada no CAPSad.

Foi encontrada também, uma terceira categoria, a do CAPSad e sua influência na mudança de comportamento, que é observado pelos sujeitos. Colette (2010) em seu estudo com dependentes químicos que estavam em uma detenção provisória, também percebeu na fala dos sujeitos uma mudança de comportamento, antecedida de um arrependimento pela vida que levaram, mas que após a detenção e a participação das atividades programadas para os mesmos, houve uma melhora comportamental, que foi um fator positivo em seu prognóstico.

Brasil, Jorge e Costa (2008) afirmam que a influência do CAPS na vida de usuários e trabalhadores é relevante, pois alguns clientes são considerados intensivos, pois passam o dia no CAPS, o que torna um fator positivo para a recuperação dos mesmos, cuja fala é de que se sentem bem e melhores, sem a presença do medo. Mas existe também usuários que relataram aspectos negativos do CAPS devido ao difícil acesso, a grande demanda e a falta de alimento em algumas refeições.

Dentre as limitações encontradas neste estudo estão: o pequeno número de sujeitos da amostra, pois os indivíduos que não estavam aderidos ao PT, dificilmente compareciam à entrevista, e o fato de não ter uma avaliação dos instrumentos utilizados: ASI-6, WHOQOL BREF e BDI assim que os indivíduos dão entrada no CAPSad, pois seria permitido possíveis comparações futuras sobre a influência do PT na vida destes usuários.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência de drogas está presente em todas as esferas e camadas da sociedade, esta que ainda julga e condena o dependente químico como um indivíduo ocioso, leviano, fraco e, sobretudo, como uma ameaça para a mesma. No entanto, existe uma série de fatores que facilitam e impulsionam estes sujeitos à dependência destas substâncias.

Foi possível observar que o grau de dependência química está associado a idade de início do uso e o tipo de substância psicoativa. Sendo que quando a droga de início é o álcool e inicia tardiamente há maior adesão ao tratamento por parte do usuário do que quando o início é precoce e a droga é de maior impacto como o crack. Este dado também se relaciona ao surgimento de algumas comorbidades psiquiátricas, dentre elas, a depressão e a esquizofrenia.

Em relação à adesão ao PT e as alterações que ocorreram na vida social destes indivíduos, pode-se analisar, por meio das entrevistas, que houve uma melhora da qualidade de vida, dos indivíduos que frequentavam o CAPSad de forma assídua e apresentaram aderência ao PT. Estes indivíduos tiveram melhores resultados em todos os campos de sua vida, seja no aspecto físico e psicológico, seja nos aspectos de relações sociais e meio ambiente, cujos dados são comprovados pelo melhor escore da qualidade de vida geral, do que os indivíduos que não frequentavam o CAPSad.

O estudo mostra ainda que, os sujeitos que participavam com frequência das atividades oferecidas pelos CAPSad possuíam um menor grau de dependência química e também de sintomas depressivos, pois estes estavam há algum tempo em tratamento, o que se tornou fator positivo desta adesão.

Observou-se que os indivíduos com pouca adesão ao PT demonstraram grande pesar e arrependimento pela situação precária em que se encontravam, cujo aumento do consumo de SPAs foi iminente. No entanto, o sentimento de culpa estava acompanhado pelo sentimento de esperança de que voltando ao tratamento, as perdas que tiveram poderiam ser revertidas.

Sendo assim, consta-se por meio dos dados desta pesquisa que a adesão ao plano terapêutico ofereceu resultados positivos no grau de dependência química, na

depressão e na qualidade de vida dos sujeitos que aderiram e, conseqüentemente, ocasionaram importantes mudanças na vida social.

Portanto, torna-se pertinente a continuação de estudos que avaliem o significado que a adesão ao PT oferecido pelo CAPSad exerce sobre a vida social dos usuários, bem como, analisem sobre a necessidade da criação de planos terapêuticos específicos para a individualidade de cada sujeito, para que haja um aumento da adesão ao tratamento e mais vidas possam ser modificadas.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Psiquiatria – APB. **Comorbidade psiquiátrica do uso de cocaína e Esquizofrenia.** 2006. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/departamentos/coordenadores/coordenador/noticias/?d ep=9¬=142>> Acesso em: 29 de abril de 2014.

BLEFARI, AL. **A Família e a Drogadição.** 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 12 mai. de 2014.

BOURGUIGNON L.N. et al. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS ad do estado do Espírito Santo. **Cogitare Enferm**, Espírito Santo, v.15, n.3, p. 467-73, Jul/Set 2010.

BRASIL E.G.M.; JORGE M.S.B.; COSTA E.C. Concepções de usuários e trabalhadores de um CAPSad da SER-IV, de Fortaleza-CE, acerca do cuidado em saúde mental. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n.3, p.333-338, jul/set, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS.** Brasília: Ministério da saúde, 2009.

BRASIL. **Resolução CNS n. 196/96**, de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1996.

BRASIL. **Resolução CNS n. 196 de 10 de outubro de 1996.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 out; 1990.

BREMS, C.; JOHNSON, M.E. Clinical implications of the co-occurrence of substance use and other psychiatric disorders. **Professional Psychology: Research and Practice**, Arlington, v.28, n.5, p. 437-447, oct. 1997.

CALHEIROS P.R.V.; OLIVEIRA, M.S.; ANDRETA I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**, n.23, p.65-74, jan/jun, 2006.

CAMPOS R.T.O.; FURTADO J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.5, p.1053-1062, mai, 2006.

CASTRO MG. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.

CESAR B.A.L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades resultados preliminares. **J Bras Psiquiatr**, v.55, n.3, p.208-211, 2006.

COLETTE, C. **Dependência química e relações sociais no centro de detenção provisória de São José dos Pinhais – PR.** 2010. 63 f. Tese (Especialização em Serviço Social) – Curso de Especialização em Serviço Social, Universidade Federal do Paraná – Litoral. Matinhos – Paraná, 2010.

COSTA M.L.P. **Comorbidades de transtornos mentais e comportamentais entre pacientes com dependência química em diferentes períodos de abstinência.** 2011. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia – MG, 2011.

DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **Dependência química.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 191-210.
Estudos Epidemiológicos. Disponível em:
<<http://www.epidemiologia.ufc.br/files/05estudosepidemiologicos.pdf>> Acesso 12 de fevereiro de 2013.

FIORATI RC; SAEKI T. Projeto Terapêutico nos Serviços Extra-Hospitalares de Saúde Mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.587-598, 2012.

FONTANELLA B.J.B.; TURATO E.R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 439-47, 2002.

FOTIN R.M.P., LIBRE A.T.; MELLO A.F. Estudo da morbidade do alcoolismo na Santa Casa de São Paulo. **Rev ABP-APAL.** v. 17, n. 2, p. 67-71, 1995

GUIMARÃES, A. N. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem.** 2011. 212 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.

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**, v. 30, n. 2, p. 101-108, 2008

GÜNTHER H. **Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?** Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>> Acesso: 04 de junho de 2013

HIRDES A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Gravataí – RS, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

HOCHGRAF P.B. Alcoolismo feminino: comparação de características sociodemográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas. **Tese de doutorado** apresentada à Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

HORTA L.R. et al. Perfil dos usuários de *crack* que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2263-2270, nov. 2011.

Inventário de Depressão de Beck (BDI). Disponível em: <<http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2008/ia/insonia/Beck%20depressao.doc>> acesso: 19 de junho de 2013.

KESSLER, F. **Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity Index (ASI 6) para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica de usuários de drogas que buscam tratamento no país**. 2011. 320 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do sul – Porto Alegre - RS. 2011.

KIRSCHBAUM DIR. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.17 no.3 Ribeirão Preto May/June 2009.

KIRSCHBAUM D.I.R. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.3, mai/jun, 2009.

LARANJEIRA R.; et al. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira. p. 17-20, 2003.

MACEDO E.P.F.; et al. CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas): Uma nova modalidade no tratamento aos usuários de drogas lícitas e ilícitas. **NEUROBIOLOGIA**, n.74, v. 3-4, jul/dez., 2011.

MAIA, RF; PAVARINI SCI. O processo de enfermagem na psiquiatria: a percepção de enfermeiros de uma instituição de moradia asilar. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 55-65, 2002.

MALBERGIER A. et al. A paridade de gêneros e o uso de drogas: as meninas estão alcançando os meninos? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.34 n.1, 2012.

MARINI, M. **Preditores de adesão ao projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas**. 2011. 89f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

MINAYO MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

Ministério da saúde. Secretária de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Editora do MS, 2009. 64p. (série. Textos Básicos de saúde).

MONTEIRO CFS. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependents de álcool em CAPS–AD do Piauí. **Esc Anna Nery** (impr.) v. 15, n.1, p. 90-95, jan-mar, 2011.

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

MUZA GM. et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I – Prevalência de consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Rev. Saúde Pública**, fev 1997. vol 31, n. 1, p.21-29, fev 1997.

NOBREGA M.P.S.S.; OLIVEIRA EM. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Rev.Saúde Pública**, v. 39, n, 5, p. 816-23, 2005.

OLIVEIRA, B. P. **Alcoolismo: Vivência familiar de uma doença social**. 2009. Faculdade de Letras da Universidade do Porto Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia. Disponível em: <<http://monografias.brasilecola.com/direito/alcoolismo-na-familia-uma-analise-sobre-impacto-social.htm>> Acesso 29 de maio de 2014.

OMS. Transtornos Mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. In:_____. **Classificação de transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas** - Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano – Porto Alegre: Artmed, 1993. p.74.

ORTH, A.P.S. **A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico**. 2005. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br>>. Acesso em: 14 mai. 2008.

PASSOS SRL; CAMACHO LAB. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 64-71, 1998.

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). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.15, p. 317-321, 2010.

PESQUISAS E ESTATÍSTICAS/Conceitos Estatísticos/Estudos transversais ou cross-sectional – 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11449&rastr=PESQUISAS+E+ESTAT%C3%8DSTICAS%2FConceitos+Estat%C3%ADsticos/Estudos+transversais+ou+cross-sectional> Acesso 12 de fevereiro de 2013.

PILLON S.C; LUIS M.A.V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. V. 12, n. 4, p. 676-82, jul/agos. 2004.

RIBEIRO, M.S. et al. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 3, p. 203-211, 2008.

ROSA, M.S.G; TAVARES CMM. A temática do álcool e outras drogas na produção científica de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 12, n. 3, p. 549-54, set. 2008.

RUBIÃO L.L.; CUNHA L.R. **Repensando o projeto terapêutico no âmbito da construção do caso clínico**: uma experiência do Cersam Nordeste. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/prisma/images/stories/Docs/gt3/Repensando.pdf>> Acesso em 05 de abril de 2013.

SCADUTO, A.A; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 2, p. 605-614, 2009.

SENAD. Classificação das drogas, Epidemiologia e Padrões de Uso. In.: **Prevenção ao uso indevido de drogas**: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

SINGULANE B.A.R. et al. **Comorbidades psiquiátricas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas**: estudo em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz Fora – MG. 2006. Disponível em: <http://www.evento.ajepsi.com.br/anexos-anais/anais_2012/comorbidades-psiqui-tricas-relacionadas-ao-uso-de-subst-ncias-psicoativas-estudo-em-um-centro-de-aten-o-psicossocial-caps-de-juiz-fora-mg.pdf> Acesso em: 29 de maio de 2014.

SIQUEIRA M.M; GARCIA M.L.T.; SOUZA R.S. O impacto das faltas as consultas em um programa de dependentes de álcool. **J Bras Psiquiatr.** v. 54, n. 2, p.114-9. 2005.

SILVA L.H.P. et al. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Esc Anna Nery** (impr.) v. 14, n. 3, p.:585-590, jul-set 2010.

SILVA S.E.D.; SOUZA M.J. Alcoolismo: representações sociais de alcoolistas abstêmios. **Escola Anna Nery de Enfermagem**, v.8, n. 3, p.420-427, dez. 2004.

SOUZA F.R.; PINHEIRO S.D. **A importância da família na percepção do dependente químico em tratamento em uma comunidade terapêutica do vale dos sinos.** 2012. Disponível em: <<https://psicologia.faccat.br/moodle/pluginfile.php/197/course/section/100/fernanda.pdf>> Acesso EM: 12 de mai. 2014.

SOUZA J. et al. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 210-7, abr/jun 2007.

SOUZA J; KANTORSKI L.P; MIELK F.B. Vínculos de redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad. **SMAD Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. v. 02, n. 001. Ribeirão Preto - SP, 2006.

SPRICIGO, J.S. et. al. Atenção para o usuário de drogas - um espaço para o enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, SC-Brasil, v. 13, n. 002. p. 296-302, 2004.

TERENCE A.C.F; FILHO E.E. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação**. Disponível em:

<http://empreendetcher.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/abordagem_quantitativa_qualitativa_e_a_utilizacao_da_pesquisa_acao_nos_estudos_organizacionais.pdf>

Acesso: 04 de junho de 2013.

TIAZZINI B, PAGLIARI C.A, SOUZA D.B. **Implementação de plano terapêutico para usuários do centro de atenção psicossocial – CAPS II, no município de Chapecó/SC, fundamentado na teoria de Imogene King**. 2010. 85 f. Tese (Monografia – Graduação em Enfermagem). Universidade Comunitária da região Chapecó – Unochapecó. Chapecó - SC, Jul. 2010.

TIET, Q.Q. et al. Treatment setting and baseline substance use severity Interact to predict patients outcomes. **Addiction**, v. 102, n.3, p. 432-440, 2007

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1994.

UFMG. **Dependencia química é uma doença?** 2012. Disponível em:

<<http://crr.medicina.ufmg.br/saber-sobre/dependencia-quimica-e-uma-doenca>>

Acesso: 09 de maio de 2014

VASTERS G.P; PILLON S.C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, mar-abr 2011.

VIEIRA, P.C. et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 24, n.11, p. 2487-2498, 2008.

WHOQOL-OLD. 2010 Disponível em:
<<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD.pdf>> Acesso 19 de junho de 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa: SIGNIFICADO DA ADESÃO AO PLANO TERAPÊUTICO NA VIDA SOCIAL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS EM CAPSad.

O objetivo desta pesquisa é identificar como o projeto terapêutico aplicado pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), da cidade Ceilândia do Distrito Federal, interfere na vida social de usuários de substâncias psicoativas.

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 dará por meio de uma entrevista que o(a) senhor(a) responderá em uma sala privativa do CAPS ad de Ceilândia, com data e horário combinado. Não existe, obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para responder. Informamos que o 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 o(a) senhor(a).

Informamos ainda, que a entrevista será gravada em áudio e depois transcrita para que as informações sejam aproveitadas na íntegra para análise. Os resultados da pesquisa poderão ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora principal.

Os riscos decorrentes da sua participação na pesquisa se referem aos psicossociais, pois serão discutidos temas que envolvem os sentimentos individuais e podem gerar ansiedade e sofrimento psicológico. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração pela participação, que será voluntária. Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora responsável, Prof^a Diane Maria Scherer Kuhn Lago,

pelos telefones: 61-8138 0348 ou 61- 3107 8419 e e-mail: diane@unb.br ou ainda, com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF no endereço SMHN – Q.03 – Conjunto A Bloco 1 – Edifício FEPECS – Brasília-DF Telefone: (061) 3325-4955 e email: cepesdf@saude.df.gov.br.

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

Nome completo do
participante: _____

Documento CPF ou
RG: _____

Telefone de contato:

Assinatura: _____

Nome completo da pesquisadora principal: Diane Maria Scherer Kuhn Lago

CPF: 575.859.200-59

Telefone: (61) 8138 0348 e (61) 9262 4848

Assinatura: _____

APÊNDICE 2 – Questionário de dados sociodemográficos

Estado Civil: 1() Solteira 2() Casada 3() Divorciada 4() Viúva

Possui parceiro(a) ou companheiro(a) estável: 1() Sim 2() Não

Você está residindo em sua cidade natal? 1() Sim 2() Não

Com quem você mora?

1() Sozinho 2() Família 3() Amigos 4() Parceiro(a)

5() Outro _____

Quantas pessoas moram com você: _____

As pessoas que moram com você te ajudam nos afazeres domésticos: 1() Não 2() Sim

Caso tenha um(a) parceiro(a), com quantos anos iniciou a relação: _____ .

Caso tenha um(a) parceiro(a), casou-se no civil: 1() Não 2() Sim.

Tem filhos: 1() Não 2() Sim, quantos: _____

Qual o seu grau de instrução?

1() Básico

2() Fundamental Completo

3() Médio

4() Superior

5() Pós-graduação (Especialização)

6() Mestrado

7() Doutorado

Qual a sua profissão: _____

Anexos – Instrumentos de Coleta de Dados

ANEXO 1 – ASI6

Escala da Gravidade da Dependência

The Addiction Severity Index
(ASI)

Versão 6

Observação:

Este documento, a sexta versão da Addiction Severity Index (ASI6) já foi validado, no Brasil, pelo Dr. Felix Kessler, em 2011, do qual obtive autorização e incentivo para utilizá-lo.

Amanda Santos

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques- tão	Grau de Preocupação	Ques- tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 – 1 – 2 – 3 – 4	M24	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Emprego/S.	---	-----	E23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Álcool	D22	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Drogas	D47	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D48	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Legal	L25	0 – 1 – 2 – 3 – 4	----	-----
Lazer	F22	0 – 1 – 2 – 3 – 4	----	-----
Família/Soc.	F14	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F15	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Trauma	F38	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F39	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Filhos	F48	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F49	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Psiquiátrica	P20	0 – 1 – 2 – 3 – 4	P21	0 – 1 – 2 – 3 – 4

Códigos para aplicação
do instrumento:

X – não sabe ou
não entendeu a questão

N – não se aplica

Q – não quis responder

B – o entrevistador deixou
em branco incorretamente

Informações Gerais – Esta é uma entrevista padronizada que pergunta sobre várias áreas da sua vida – *saúde, emprego, uso de álcool e drogas, etc.* Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras são sobre a sua vida inteira. Toda informação que você fornecer é confidencial (explique) e será utilizada para (explique). Por favor, responda às questões com a sua melhor estimativa. Se houver perguntas que você não entender ou preferir não responder, por favor, me informe. A entrevista terá uma duração de aproximadamente uma hora. Você tem alguma pergunta antes de nós começarmos? Primeiro começaremos com algumas informações gerais.

Nome do Paciente: _____

G1. Código do paciente:

Nome do Entrevistador: _____

G2. Código do Entrevistador:

ou

G3. Código do Observador:

G4. Data da Entrevista: / /

G5. Data de Admissão: / /

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista:

2 – Anterior à data de admissão:

3 – Anterior à outra data: / /

G7. Hora de Início: :

G8. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino):

G9. Data de Nascimento: / /
(Idade: _____)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]

___ 1. Negra/Preta

___ 5. Indígena

___ 2. Branca

___ 6. Outros

___ 3. Amarela/Oriental

___ 7. Não respondeu

___ 4. Parda/Mestiça

G11. Está em internação (1), ambulatório (2), outro local (3)?

G12. Qual o seu estado conjugal?

1 – casado

4 – Divorciado

2 – vivendo como casado

5 – Separado

6 → G14

3 – viúvo

6 – Nunca casou

G13. Há quanto tempo você está (G12 resposta)?
anos
meses

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento?

– i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento

1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo

2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas

3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde

4 – Escola/Faculdade

5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego

6 – Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)

Morada – As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos 6 meses desde _____ e os últimos 30 dias desde _____

[NOTA: 6 meses = 180 dias, informe ao entrevistado se necessário]
 H1. Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → H8	

Dessas noites, quantas foram em:

	A.	B.
H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H3. Hospital geral?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H4. Hospital psiquiátrico?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H5. Delegacia ou prisão?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua?	A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	000 → H9	

H9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar?

A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → NOTA	

[NOTA: Se H8A ou H9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para a próxima NOTA.]

H10. Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças) porque você não tinha outro lugar para ficar? 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se H1B + H8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

H11. Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem você estava morando?

[Marque todas que se aplicam] – se morava sozinho pule para seção Médica

<input type="checkbox"/> 1. Sozinho	<input type="checkbox"/> 5. Outros parentes adultos
<input type="checkbox"/> 2. Cônjuge/Parceiro	<input type="checkbox"/> 6. Outros adultos não-parentes
<input type="checkbox"/> 3. Filho(s) < 18anos	<input type="checkbox"/> 7. Não respondeu
<input type="checkbox"/> 4. Pais	<input type="checkbox"/> 8. Outros

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas?

1 – Sim, 0 – Não

Médico – As questões a seguir são sobre sua saúde física.

M1. Que tipo de convênio/seguro de saúde você tem?

- [Marque todas que se aplicam]
- 1. Nenhum (SUS)
 - 2. Seguro privado, plano de saúde privado
ex. Unimed, IPE, Golden Cross, Bradesco Saúde
 - 3. Convênio público
 - 4. Convênio militar
 - 5. Outros (especifique: _____)
 - 6. Não respondeu

[NOTA: Se homem, Pule a M2.]

M2. Você está grávida neste momento? 1 – Sim, 0 – Não
2 – Não tem certeza

Alguma vez algum médico ou um profissional de saúde lhe disse que você tinha alguma das seguintes doenças?

1 – Sim, 0 – Não

M3. Pressão Alta.....	<input type="checkbox"/>
M4. Diabetes	<input type="checkbox"/>
M5. Doença Cardíaca.....	<input type="checkbox"/>
M6. Derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral).....	<input type="checkbox"/>
M7. Epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/>
M8. Câncer	<input type="checkbox"/>
M9. HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
M10. Tuberculose.....	<input type="checkbox"/>
M11. Hepatite	<input type="checkbox"/>
M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado	<input type="checkbox"/>
M13. Doença renal crônica.....	<input type="checkbox"/>
M14. Problema respiratório crônico	<input type="checkbox"/>

ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite

M15. Outro problema ou doença crônica
 ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo,
 – se “Sim” especifique: _____

M16. Qualquer incapacidade física que seriamente prejudica sua visão, audição ou movimentos?
 – se “Sim,” especifique: _____

[NOTA: Se M3 – M16 forem todas 0 – Não, Pule a M17.]

M17. Você já recebeu prescrição de medicação para qualquer uma dessas condições?

0 – Não
 1 – Sim, e ainda estou tomando todos os remédios como prescrito.
 2 – Sim, e deveria estar tomando, mas não estou (ou toma apenas alguns).
 3 – Sim, mas me disseram (médico) que a medicação não era mais necessária.

M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pensão para doença física ou incapacidade? 1 – Sim, 0 – Não
 – exclua incapacidade psiquiátrica

M19. Nos últimos 30 dias, você diria que sua saúde física esteve?

0 – Excelente	3 – Razoável
1 – Muito Boa	4 – Ruim
2 – Boa	

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)?
Especifique: _____

[NOTA: Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]

- 01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
- 02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
- 03 – Vendas
- 04 – Apoio Administrativo e de Escritório
- 05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto
- 06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
- 07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
- 08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
- 09 – Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos
- 10 – Fazendeiro ou Gerente /Administrador de Fazenda
- 11 – Trabalhador Rural
- 12 – Militar
- 13 – Empregados Domésticos
- 14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)?
1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho de turno integral mais longo?
Meses
– com um empregador ou como autônomo 000 → E17

E15. Há quanto tempo ele terminou?
Meses
[NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo] 000 → E17

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então?
Especifique: _____
[NOTA: Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde _____),
quantas semanas você teve um trabalho pago? Semanas,
– inclua licenças, férias, Max = 26
dias como autônomo, trabalho informal e bicos. 00 → E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro
você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

E19. Quantos dias remunerados você trabalhou?
– inclua licenças, férias, dias como autônomo, Dias
trabalho informal e bicos. 00 → E22

E20. Quanto dinheiro você ganhou
(renda bruta)? – incluir bicos R\$

E21. Quantos dias você teve qualquer problema
relacionado com o trabalho? Dias
ex. baixa produtividade, discussões,
ser chamado atenção, atrasos, etc.

E22. Você procurou algum emprego?
ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego, 1 – Sim, 0 – Não
falou com um possível empregador

E23. Neste momento, quão importante
é para você receber qualquer tipo de orientação
(como aconselhamento, treinamento ou educação)
para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar
um emprego, ou lidar com problemas profissionais?
– assistência atual ou adicional
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

As próximas perguntas (E24 – E36) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R\$

E25b.... últimos 6 meses? R\$

E26. assistência pública? ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas R\$

E26b.... últimos 6 meses? R\$

E27. outra assistência? ex. vale-refeição ou vale-transporte R\$

E27b.... últimos 6 meses? R\$

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? do pai da criança ou ex-cônjuge. R\$

E28b.... últimos 6 meses? R\$

E29. atividades ilegais? ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]

- 1. Emprego
- 2. Aposentadoria – ex. pensão, seguro social (INSS)
- 3. Invalidez / Incapacidade – ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
- 4. Seguro desemprego
- 5. Assistência pública ou governamental – ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
- 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
- 7. Família, amigos ou sócios
- 8. Dinheiro ilegal
- 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão – ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
- 10. Outras, ex. economias, etc: Especifique: _____
- 11. Bicos
- 12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? 1 – Sim, 0 – Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. 1 – Sim, 0 – Não

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) 1 – Sim, 0 – Não

E35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular? ex. para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. inclua pessoas que o sujeito sustente, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? – exclua dinheiro de atividades ilegais 1 – Sim, 0 – Não

Comentários: _____

Drogas / Álcool – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Histórico de Tratamentos

- D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas? – inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA. 00 → D6
- D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação? – desintoxicação não seguida por tratamento adicional.
- D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?

Quantos dias você:

- D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas)?
 A. Últimos 6 meses 000 → D5
 B. 30 Dias
- D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas? 000 → D6
 ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc. – exclua medicações para dependência de nicotina.
- D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)? [se nunca participou na vida → D8]
- D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana? Anos Meses

Uso de Álcool

- D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana? 00 → D10
 – exclua períodos sem álcool
- D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 → D11
- D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1 – Sim, 0 – Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [se nunca, codifique NN]
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
 0 – Sem uso (→ D20) 3 – 3-6 vezes por semana
 1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
 2 – 1-2 vezes por semana
- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? 00 → D20

¹ Um drinque: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

- D14. Quando você bebeu pela última vez? [00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]
- D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia?
- D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

- D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1 – Sim, 0 – Não
- D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões; ou teve problema com a lei?
- D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? 00 → D23
- D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

Comentários:

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

NOTA: Entregue ao entrevistado a Lista de Drogas e diga: *Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha:*

- Pré-A. Você já experimentou ou usou _____ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?
- A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez _____?
- B. Por quantos anos de sua vida você usou _____ 3 ou mais dias por semana? – Exclua períodos sem a droga
- C. Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?
- D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?
- E. Nos últimos 30 dias, você usou _____ ([0] – somente como prescrito, ou [1] – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

NOTA: Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), **codifique “N” e passe para a próxima substância (D26-A).**
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), **pule o item seguinte (D25-C), e continue.**
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D = 00), **passe para a próxima substância (D26-A).**

	A. Idade de 1º uso? [N → próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 → D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1 – Sim, 0 – Não]	D. Uso nos Últimos 30 dias? [00 → próxima A]	E. Usou como Tto (últimos 30 dias)? [0 – como Tto, 1 – Não Tto]
D25. Maconha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína / Crack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D30. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Metadona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários adicionais:

Uso de Substâncias – Categorias Problema

- 01 – Álcool
- 02 – Maconha
- 03 – Sedativos
- 04 – Cocaína / Crack
- 05 – Estimulantes
- 06 – Alucinógenos

- 07 – Heroína
- 08 – Metadona
- 09 – Outros Opióides
- 10 – Inalantes
- 11 – Outras Substâncias (inclui nicotina)
- 12 – Nenhuma

Rota(s) de Administração

De que forma você já usou _____?

<p>Problema Primário</p> <p>D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Secundário</p> <p>D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Terciário</p> <p>D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>

[NOTA: 4. Injeção = EV (endovenosa) ou IV (intravenosa) e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

Comentários adicionais:

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D37. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana? – se nunca usou drogas ou medicação → D54

D38. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?
0 – Sem uso (→ D45) 3 – 3-6 vezes por semana
1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
2 – 1-2 vezes por semana

D39. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? 0 → D45

D40. Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? 00 – se hoje, 01 – se ontem 02 – se 2 dias antes, etc.

D41. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$ – exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

D42. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga? 1 – Sim, 0 – Não

D43. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas? 1 – Sim, 0 – Não

D44. Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei? 1 – Sim, 0 – Não

D45. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar? 1 – Sim, 0 – Não

D46. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas? 00 → D48

D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

D48. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

D49. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

D50. Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano? 1 – Sim, 0 – Não – exclua medicações prescritas e apropriadamente 0 → D52 tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas)

D51. Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou? Anos Meses [Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

[NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]

D52. Alguma vez você se injetou drogas? [Injetou = IV (intravenosa) e não-IV] 1 – Sim, 0 – Não 00 → D54

D53. Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção? Anos Meses Atrás – se nunca, codifique N e N – se no último mês, codifique 00 00

D54. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?

D55. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS? Anos Meses Atrás – se nunca, codifique N e N – se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

D56. Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma? N → D59 ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo – se nunca experimentou, codifique N

D57. Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?

D58. Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

D59. Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo? 1 – Sim, 0 – Não

D60. Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

Comentários:

- L29d. Agrediu fisicamente com uma arma..
- L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma ..
- L29f. Agrediu sexualmente.....
- L29g. Assassinou alguém ..
- L29h. OUTRO.....

- L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? **A. Últimos 6 Meses** **B. 30 Dias**
 – portou arma sem licença, envolveu-se com prostituição, cafetinagem ou jogo ilegal, etc.
 [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]
- L30c. Carregar uma arma sem licença
- L30d. Prostituição / cafetinagem
- L30e. Jogo ilegal
- L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima?
- L32. Quantos dias, no total, você dirigiu sob efeito de drogas ou álcool?

Família/Social – As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês?
 1 – Sim, 0 – Não
 [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
- F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros² você tem?
 – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos.
 [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

NOTA: Para F3 – F9:

- A.** Refere-se a esposa/marido ou parceiro
B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes.
 ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos
C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

Nos últimos 30 dias, você:

(1 – Sim, 0 – Não)

A. Parceiro(s) **B. Parentes Adultos** **C. Amigos Íntimos**

- F3. passou tempo (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C):.....
- F4. teve qualquer contato, como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com: ..
 – se F3+F4 = 0, Pule para F9
- F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas?
- F6. teve problema de relacionamento c/.
- F7. teve qualquer discussão com:
- F8. O(s) seu (s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas?.....
 – inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias
- F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com:

- F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém?
 1 – Sim, 0 – Não

Comentários:

² Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

- F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas?
 1 – Sim, 0 – Não
- F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda?
 1 – Sim, 0 – Não
 ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.
- F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com os seus relacionamentos com adultos? ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)?
 1 – Sim, 0 – Não
- F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas?
 1 – Sim, 0 – Não
- F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas?
 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

- F19. você foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação?
 – exclua reuniões de auto-ajuda ou AA
 1 – Sim, 0 – Não
- F20. você fez algum trabalho voluntário?
 1 – Sim, 0 – Não
- F21. você freqüentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre?
 1 – Sim, 0 – Não
- F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.

- F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado por alguém que você conhecia?
 – exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26
 1 – Sim, 0 – Não 0 → F26
- F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F25. Quando isso aconteceu pela última vez?
 – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás

F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém? 0 → F29

F27. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F28. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Antes Meses Atrás

F29. Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido? – exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas – exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra 0 → F32

F30. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F31. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás

F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra – exclua abuso, crimes violentos como descritos acima 0 → F35

F33. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F34. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás

F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? – exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32 0 → NOTA

F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F37. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Antes Meses Antes

[NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]

F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? – inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc. 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente

F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre seus filhos ou qualquer outra criança vivendo com você.

F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem? 00 → F45

F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?

Filho 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>

[NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]

F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? 1 – Sim, 0 – Não

F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? – inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial Filhos

F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo? Filhos

F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo? – codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]

F46. Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado? Crianças 0 → F48

F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas? 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente

F48. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo? 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente

F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você? – aconselhamento atual ou adicional 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente

F50. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? 1 – Sim, 0 – Não

F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: se 0 ou nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]

F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? 1 – Sim, 0 – Não

F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso? – teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça 1 – Sim, 0 – Não

F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não

Psiquiátrico – As questões seguintes são sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas psicológicos ou psiquiátricos.

- P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos? ex. em hospital ou clínica (exclua int. por álcool/drogas)
Vezes
- P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos?
1 – Sim, 0 – Não
0 → P4
- P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? **A. Últ. 6 meses**
B. 30 Dias
000 → P4
- P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos? – inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento. – também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos
0 – Nenhuma 3 – 26-50 sessões
1 – 1-5 sessões 4 – mais de 50 sessões
2 – 6-25 sessões
- P5. Quantas consultas ambulatoriais ou em consultório você teve? **A. Últ. 6 meses**
B. 30 Dias
000 → NOTA
- [NOTA: Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]
- P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez?
Idade
- P7. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalidez psicológica?
1 – Sim, 0 – Não

As seguintes questões são sobre como você pode ter se sentido ou agido. Algumas questões são sobre como você já se sentiu ou se comportou em qualquer período da sua vida e outras são sobre os últimos 30 dias.

Código 0 – Não
para A/B: 1 – Sim 2 – Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência.

[NOTA: Se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e., “Sim” pergunte: “Isso foi APENAS sob efeito de droga ou em abstinência?” e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

(P8 – P17): **A. Na sua vida**
B. Durante qualquer um dos últimos 30 dias
C. Há quantos dias você ____ pela última vez?

Você (já):

A. Na vida **B.** 30 Dias **C.** Dias Atrás

- P8. Teve dificuldades para dormir, manter o sono*, ou acordar muito cedo?
* dormir por toda a noite
- P9. Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?
– nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0 → P10

Você (já):

A. Na vida **B.** 30 Dias **C. Qtos** dias atrás

- P10. Sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? – para os últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0 → P11
- P11. Teve alucinações? – viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram
0 → P12 0 → P12
- P12. Teve dificuldade para pensar/ concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas?
0 → P13 0 → P13
- P13. (Desde os 18 anos) Teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém?
0 → P14 0 → P14
- P14. (Desde os 18 anos) Empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém?
0 → P15 0 → P15
- P15. Teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)?
0 → P16 0 → P16
- P16. Tentou o suicídio (se matar)?
0 → P17 0 → P17
- P17. Passou por outro problema psicológico ou psiquiátrico não mencionado ainda? ex. transtorno alimentar, mania, etc.

Especifique: _____

[NOTA: Se todas P9 – P17 são 0 – Não, i.e. sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pule para P21]

(P18 – P20) Nos últimos 30 dias:

– exclua P8 (problemas com o sono) para P18 – P21

- P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?
Dias
- P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos?
Dias
- P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

G15. Hora de Término:

Comentários: _____

Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:

Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas precisas e pensadas, além de responder honestamente. No geral, o respondente forneceu informação que é:

1 – Ruim,

2 – Satisfatória,

3 – Boa

Ruim: Muitos itens são provavelmente imprecisos, foram recusados, e/ou o perfil das respostas é contraditório ou sem sentido.

Satisfatória: Numerosas aparentes imprecisões, recusas, e ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece razoável, exceto em 1 ou 2 áreas-problema (sub-escalas) do instrumento (ASI6).

Boa: Algumas/poucas imprecisões aparentes, recusas e/ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece avaliar bem o respondente.

Lista de Álcool e Outras Drogas

Álcool – cerveja, vinho, “coolers”, destilados, licores, absinto, bira, birita, cachaça, caipirinha, cana, caninha, chope, conhaque, gin, graspa, licor, martini, run, tequila, vinho, vodka, whisky e demais bebidas alcoólicas.

Maconha – cannabis, haxixe, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), *Cannabis sativa* (latim), erva, baura, bolo, fumo, pega, ponta, beck, baseado, bagulho, breu, fino, marijuana, mary jane, verdinha, pasto, perna de grilo, grama, capim, dar um tapa, tapão, hemp, dólar, pacau, bhong, bong (persa), ganja (Jamaica), cânhamo (espanhol), charas (oriental), bomba, bob marley, bunfa, chá, cachimbo da paz, camarão, cangonha, canjinha, capucheta, carne-seca, caroço, coisa, come-e-dorme, erva-do-diabo, cigarrinho do capeta, jacuzinha, madeira, maluquinha, manga-rosa, preta. AMP, Skunk, skank (maconha “de laboratório”, “supermaconha”).

Sedativos – Barbitúricos – Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoína, Dialudon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos – diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplus, Ansilive, Letansil), clobazam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clordiazepóxido (Limbitrol, Psicosedin, Menotensil), cloxazolam (Clozal, Elum, Olcadil), alprazolam (Altrox, Aprax, Alpraz, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lorax, Mesmerin, Ativan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmadorm, Dalmane), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepax, Deptran, Lexfast, Neurilan, Novazepan, Relaxil, Somalium, Sulpan, Unibromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

Cocaína / Crack – pó, branca, branquinha, farinha, coca, epadu, neve, brisola, bright, brilho, pico, basuko, pedaço, ratatá, tiro, carreira, tema, material, cor, perigo, nóia, poeira, novidade, cheiro, bianca, brisa, talco, pamonha, cristina, priza, osso moído, osso do diabo, papel, “crack”, free-base, rock, pedra, stone, macaquinho, merla, mel, melado.

Estimulantes – anfetaminas, bolinhas, boleta, Dualid, Hipofagin, Inibex, Ritalina, Preludin, rebites, femproporex, anfepramona, Moderine, Fluril e Fluramina Adderall, Dexedrine (dexfenfluramina), Cylert (pemolide); Absten, Dobesix e Fagolipo (mazindol). Metanfetaminas – crystal meth ou crystal, ice, monster, crank, chalk, speed, meth, glass, droga “dos internautas”, “pílula do vento” ou “pílula do medo”.

Alucinógenos – LSD, ácido, bad trips, selo, selinho, PCP, “pó de anjo”, mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, “X”, “green”, Ayahuasca (Chá do Santo Daime, yajé, caapi, vinho de Deus), 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina) e 2-CT-7 (2,5-dimetoxi-4(n)-propiltiofenetilamina), 4MTA (metiltioanfetamina), PMA (para-metoxianfetamina) e PMMA (para-metoximetilanfetamina), “Mitsubish”.

Heroína – cavalo, cavalo branco, horse, smack, tar, black, tan, marrom, brown stone, brown sugar, açúcar, açúcar mascavo, cavalete, chnouk, H, heroa, pó, poeira, castanha, merda, bomba, veneno, burra, gold, bacalhau, elixir, baque, cocada preta.

Outros Opióides – Demerol, ópio, codeína, petidina, percocet/percodan, darvon/darvocet, xaropes (elixir paregórico), morfina (dimorf), metadona (metadon), etorfina, levorfanol, fentanil, sufentanil, butorfanol, buprenorfina (temgesic), naloxona (narcán), naltrexona (revia), diprenorfina, β -funaltrexamina, naloxonazina, nalorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anangor, dorless, sylador, timasen, tramadon,

tramal, zamadol), meperidina (dolantina, dolosal, dornot), propoxifeno, ópio, naltrindol, bremazocina, DAMGO, CTPO, DPDPE, DSLET, LAAM.

Inalantes – cola, óxido nítrico (gás do riso), solventes, gasolina, tintas, tiner, sprays de tinta, desodorante, lança-perfume, detergentes, gás de isqueiro, acetona, cheirinho, cheirinho da loló, loló, cimento de borracha, cimento, PVC, cola de avião, cola de sapateiro, esmalte, gasolina, tinta spray, vernizes.

Outros – Esteróides e anabolizantes, pílulas para dieta ou sono sem prescrição, ketamina ou “special K” ou Vitamina K, GHB & GLB ou GHB (sopa) – é um depressor. Incluir medicações desconhecidas.

Principais Grupos de Ocupação

- 1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas**
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)
- 2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais**
(ex. chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)
- 3 – Ocupações de Venda**
(ex. corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)
- 4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório**
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)
- 5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto**
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, açougueiro, padeiro, montadores de equipamentos eletrônicos, calibrador, operadores de sistema hidráulicos)
- 6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores**
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checadores, separador)
- 7 – Ocupações de Transporte e Mudança**
(ex. motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e guias, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés))
- 8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário**
(ex. pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)
- 9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos**
(ex. serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão (atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)
- 10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda**
- 11 – Trabalhadores Rurais**
- 12 – Militar**
- 13 – Empregados Domésticos**
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)
- 14 – Outra**

Escala de Intensidade

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

Fonte: CPAD. Escala de Gravidade de Dependência – ASI6. Disponível em: <<http://www.cpad.org.br/site2/downloads-e-escalas/category/1-arquivos-para-download> > Acesso em: 20 de agosto de 2013.

ANEXO 2 - Inventário de Depressão de Beck II – BDI-II

Nome: _____

Idade: _____

Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	<p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Sinto-me triste.</p> <p>2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p>	2	<p>0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.</p> <p>1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.</p> <p>2 Sinto que não tenho nada a esperar.</p> <p>3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.</p>
3	<p>0 Não me sinto fracassado(a).</p> <p>1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.</p> <p>2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.</p> <p>3 Sinto que sou um completo fracasso.</p>	4	<p>0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.</p> <p>1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.</p> <p>2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.</p> <p>3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.</p>
5	<p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.</p> <p>2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.</p>	6	<p>0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Sinto que mereço ser punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou a ser punido(a).</p>
7	<p>0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).</p>	8	<p>0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.</p> <p>1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.</p> <p>2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.</p>

	<p>2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Eu odeio-me.</p>		<p>3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.</p>
9	<p>0 Não tenho qualquer ideia de me matar.</p> <p>1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.</p>	10	<p>0 Não costumo chorar mais do que o habitual.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava fazer.</p> <p>2 Atualmente, choro o tempo todo.</p> <p>3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.</p>
11	<p>0 Não me irrito mais do que costumava.</p> <p>1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).</p> <p>3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.</p> <p>1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.</p> <p>3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p>
13	<p>0 Tomo decisões como antes.</p> <p>1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.</p> <p>2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.</p> <p>3 Já não consigo tomar qualquer decisão.</p>	14	<p>0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.</p> <p>1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.</p> <p>2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.</p> <p>3 Considero-me feio(a).</p>
15	<p>0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.</p> <p>1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.</p> <p>2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Não consigo fazer nenhum trabalho.</p>	16	<p>0 Durmo tão bem como habitualmente.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.</p> <p>3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p>

17	<p>0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.</p> <p>2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.</p> <p>3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.</p>	18	<p>0 O meu apetite é o mesmo de sempre.</p> <p>1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.</p> <p>2 O meu apetite, agora, está muito pior.</p> <p>3 Perdi completamente o apetite.</p>
19	<p>0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.</p> <p>1 Perdi mais de 2,5 kg.</p> <p>2 Perdi mais de 5 kg.</p> <p>3 Perdi mais de 7,5 kg.</p> <p>Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.</p> <p>Sim _____ Não _____</p>	20	<p>0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.</p> <p>1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.</p> <p>2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p>
21	<p>0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.</p> <p>2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.</p>		

TOTAL: _____

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Inventário de Depressão de Beck. Departamento de Psicobiologia. Escola Estadual de Medicina. Disponível em: <www.ic.unicamp.br/~wainer/.../Beck%20depressao.doc>. Acesso em: 28 de janeiro de

ANEXO 3 – WHOQOL - BREF

Nome: _____ Data: _____

Instruções: esse questionário é sobre como se sente a respeito de sua qualidade de vida, de sua saúde e de outras áreas da sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor escolha entre as alternativas àquela que lhe parecer mais apropriada. É importante que tenha em mente, seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Por favor, ouça com atenção cada questão e informe ao pesquisador a opção que lhe parecer a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremam ente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você	1	2	3	4	5

	aproveita a vida?					
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito	ruim	nem ruim	bom	muito bom
--	--	-------	------	----------	-----	-----------

		ruim		nem bom		
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes referem-se à **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemete	muito freqüentemete	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Fonte: UFRGS. **WHOQOL** – Abreviado, versão português. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html>> Acesso: 20 de agosto de 2013.

ANEXO 4 – Parecer Consubstanciado do CEP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SIGNIFICADO DA ADESÃO AO PLANO TERAPÊUTICO NA VIDA SOCIAL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO CAPSad.

Pesquisador: DIANE MARIA SCHERER KUHN LAGO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18579213.4.0000.5553

Instituição Proponente: Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 364.135

Data da Relatoria: 19/08/2013

Apresentação do Projeto:

A assistência do doente mental, em meados do século XX, no Brasil, estava condicionada a uma reclusão de incapazes em grandes hospícios por prolongados períodos de internação, para que estes fossem controlados, já que eram dependentes desprovidos de autonomia e marginalizados pela sociedade (GUMIARÃES, 2011).

Objetivo da Pesquisa:

Identificar como a adesão ao Plano Terapêutico (PT) interfere na vida social e qualidade de vida de pacientes em tratamento para a dependência química.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa será de natureza qualitativa, de acordo com Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2005) apud Terence e Filho (2006), a pesquisa qualitativa tem como característica a coleta de dados com maior ênfase na análise do conteúdo, seja interpretativa, e/ou descritiva. Trivinos (1994) afirma que a pesquisa descritiva

tem como pretensão de descrever com rigor os fatos e fenômenos de determinada realidade, possibilitando uma visão geral do campo com a finalidade de esclarecer e modificar conceitos e ideias, buscando a formulação de problemas mais precisos

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A – FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 364.135

ou hipóteses que poderão ser explorados em estudos posteriores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente assinados

Termo de concordância assinado

Currículo vitae apresentados

Cronograma , orçamento, referencias-devidamente apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 19 de Agosto de 2013

Assinador por:

luiz fernando galvão salinas (Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A – FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com