

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA-UACV
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA**

HANNAH OLGA PEREIRA RODOVALHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS-AD – EM
CAJAZEIRAS – PB**

CAJAZEIRAS – PB

2018

HANNAH OLGA PEREIRA RODOVALHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS-AD – EM
CAJAZEIRAS – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado na disciplina de TCC, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof.^a. M.^a Sofia Dionizio Santos

CAJAZEIRAS – PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

R695p Rodovalho, Hannah Olga Pereira.
Perfil epidemiológico dos usuários do centro de atenção psicossocial
de álcool e outras drogas - CAPS-AD - em Cajazeiras-PB / Hannah Olga
Pereira Rodovalho. - Cajazeiras, 2018.
66f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Sofia Dionizio Santos.
Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2018.

1. Drogas. 2. Dependência química. 3. Saúde mental. I. Santos, Sofia
Dionizio. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de
Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP

CDU - 613.8


HANNAH OLGA PEREIRA RODOVALHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS-AD – EM
CAJAZEIRAS – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado na disciplina de TCC, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Data da aprovação: Cajazeiras – PB, 30 de novembro de 2018

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª. M.ª Sofia Dionizio Santos

(Orientadora – Universidade Federal de Campina Grande – UACV/CFP)



Prof. Me. Wilson Eduardo Cavalcante Chagas

(Membro 1 – Universidade Federal de Campina Grande – UACV/CFP)



Prof.ª. Dra. Antunes Pereira de Castro

(Membro 2 – Universidade Federal de Campina Grande – UAENF/CFP)

AGRADECIMENTOS

Sinto-me muito agradecida a Deus, pela proteção até aqui e pela sorte de ter pessoas amorosas ao meu redor. A vida é mais leve e temperada com a mística de Deus.

Agradeço a mamãe e papai, que contribuíram em toda minha formação, que foram meus primeiros professores e em que me espelhei. Amo-os eternamente.

Agradeço ao meu companheiro Udson, a quem tenho muita admiração e respeito, que é meu melhor amigo e a quem posso depositar confiança e paz.

Agradeço aos meus irmãos, Lucas e Flora, que são fundamentais para deixar a casa cheia de alegria e de vida, que perpetuam boas lembranças e que posso sempre contar. Agradeço também aos meus familiares, que me deram muito apoio e a quem tenho muito carinho.

Agradeço às mulheres de minha família, especialmente às minhas avós e à minha mãe, e também outras mulheres que passaram por minha vida e deixaram inspiração, que sempre revidaram ao destino, que poderia ter feito pouco caso de sua condição feminina. Trabalham, cuidam e educam sua família, soltam-se de amarras da sociedade e mudam o mundo.

Agradeço a minha orientadora Sofia, que é antes de tudo uma referência. Obrigada pela paciência e pelos ensinamentos, e pelo seu exemplo, ao se dispor, nos mais variados espaços, pela luta feminina.

Agradeço à Turma 10 pela convivência nesses seis anos, que pelas suas diferenças, tornou-se mais rica em aprendizados. Agradeço a todos os amigos que fiz no curso e às amizades anteriores, que sempre me fortaleceram.

Agradeço a todos os professores deste curso de medicina da UFCG, que através de sua generosa profissão, iluminam os passos dos discentes e apresentam-se como o “profissional que queremos ser”. Agradeço também aos funcionários, que giram as engrenagens e permitem o funcionamento dessa instituição.

Agradeço aos professores Anúbes e Wilson pela colaboração com o aprimoramento deste trabalho.

Agradeço aos movimentos sociais em que militei, à Marcha Mundial das Mulheres e ao Levante Popular da Juventude, por fazer desses anos de curso, um tempo não só dedicado à formação médica, mas também à formação como pessoa.

Por fim, agradeço à UFPB, ao HULW e seus preceptores e funcionários que nos receberam gentilmente no internato, que nos ensinaram e nos deram os melhores sorrisos após dias cansados e estressantes, renovando nossa esperança.

*“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim:
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e
depois desinquieta. O que ela quer da gente é
coragem.”*

(João Guimarães Rosa)

RESUMO

A política de saúde mental voltada para o uso abusivo de álcool e outras drogas é recente, portanto os serviços de saúde carecem de informações detalhadas sobre a população atendida e as alternativas de cuidado mais adequadas numa perspectiva interdisciplinar. Esta pesquisa busca compreender a população que é abrangida por um Centro de Atenção Psicossocial na modalidade que atende as necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com o objetivo geral de determinar o perfil epidemiológico dos usuários desse serviço. O estudo utilizou a metodologia da Epidemiologia descritiva, com delineamento transversal, baseado na pesquisa documental de prontuários dos usuários atendidos pelo serviço. Foram analisados 404 prontuários de um total de 714. A maioria dos usuários (87%) é do sexo masculino, solteiro (61,63%), com baixa escolaridade (72,28%), proveniente de Cajazeiras (75,25%), morador de cidade (67,33%), a média das idades foi de 35 anos. Dentre as drogas que causam dependência, o álcool é citado por 75,78% dos usuários seguido pelo crack (31,98%). Insônia é a queixa mais relatada (32,42%). A maioria dos pacientes passa por acolhimento e acompanhamento multiprofissional (55,69%). É sabido que a dependência química envolve diversos fatores de proteção ou risco que atuam de forma particular em cada indivíduo, como também, é condição que leva ao adoecimento de uma população jovem e potencial da nossa sociedade. É necessário discutir os motivos e os efeitos da toxicodependência na vida de seus usuários, de forma a incidir de maneira significativa na abordagem da saúde dessas pessoas. Sugestões foram levantadas sobre a necessidade de espaços setorizados para as mulheres e oferecimento de atividades coletivas em horários não comerciais para atender os trabalhadores e estudantes, como também a descrição do diagnóstico clínico nos prontuários. É importante mais estudos, com outras metodologias, para aprofundar o conhecimento sobre a dependência química e seus aspectos.

Palavras-chave: Drogas. Dependência química. Saúde mental.

ABSTRACT

Mental health policy regarding alcohol and drug abuse is recent, therefore health services lack detailed information about the population served and the most appropriate care alternatives in an interdisciplinary perspective. This research look for understand the population that is covered by a Center for Psychosocial Care in the modality that meets the needs owing the use of crack, alcohol and other drugs, with the general objective of determining the epidemiological profile of the users of this service. The study used the methodology of Descriptive Epidemiology, with a cross-sectional design, based on documentary research of medical records of the users served by the service. We analyzed 404 medical records out of a total of 714. The majority of users (87%) were male, single (61.63%), with low educational level (72.28%), from Cajazeiras (75.25%), city resident (67.33%), the average age was 35 years. Among the drugs that cause addiction, alcohol is cited by 75.78% of users followed by crack (31.98%). Insomnia is the most reported symptom (32.42%). The majority of patients go through multiprofessional reception and monitoring (55.69%). It is known that chemical dependence involves several protective or risk factors that act in a particular way in each individual, likewise, it is a condition that leads to the illness of a young and potential population of our society. It is necessary to debate the motives and effects of drug addiction in the lives of its users, so as to have a significant impact on the health of these people. Suggestions were made about the need for sectorized spaces for women and the offer of collective activities at non-commercial hours to assist workers and students, as well as the description of the clinical diagnosis in the medical records. Additional studies, with other methodologies, are important to deepen knowledge about chemical dependency and its aspects.

Keywords: Drugs. Chemical dependency. Mental health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE A DEPENDÊNCIA QUÍMICA	12
2.2	REPERCUSSÕES NEGATIVAS PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	15
2.3	BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL RELACIONADAS À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO BRASIL	17
3	METODOLOGIA	21
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	21
3.2	LOCAL DE ESTUDO	21
3.3	POLULAÇÃO/AMOSTRA.....	22
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	22
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	23
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	23
3.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	24
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1	QUANTO AO SEXO.....	25
4.2	QUANTO À IDADE.....	30
4.3	QUANTO AO ESTADO CIVIL.....	31
4.4	QUANTO À ESCOLARIDADE	32
4.5	QUANTO À CIDADE E LOCALIDADE.....	33
4.6	QUANTO ÀS PROFISSÕES OU OCUPAÇÕES.....	37
4.7	QUANTO AO(S) TIPO(S) DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA UTILIZADA.....	38
4.8	QUANTO AOS SINTOMAS RELATADOS.....	42
4.9	QUANTO À ABORDAGEM DO SERVIÇO	44
5	CONCLUSÃO	46
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICES	54
	APÊNDICE A – Tabela para Coleta de Dados	54
	APÊNDICE B – Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	55
	APÊNDICE C – Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em pesquisa	57

APÊNDICE D – Tabela profissão/ocupação dos usuários do CAPS-AD de Cajazeiras	58
APÊNDICE E – Tabela com os percentuais de citação dos sintomas.....	60
ANEXOS	61
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	61
ANEXO B – Carta de autorização para consulta aos prontuários.....	64
ANEXO C – Termo de anuência da secretaria municipal de saúde.....	65

1 INTRODUÇÃO

A regulamentação do direito de acesso às políticas públicas de saúde mental, pelas pessoas em sofrimento psíquico, pessoas com transtorno mental e dependentes químicos, foi oficializada na década anterior. Após anos de pressão social, foi aprovada a lei de Reforma Psiquiátrica – Paulo Delgado, em 2001, que trazia à luz os direitos das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2005).

Gradativamente foram sancionadas outras leis que proporcionaram o tratamento de transtornos mentais e transtornos associados à dependência química. Através de um serviço em rede, instituíram-se vários níveis de complexidade de atuação na saúde mental (BRASIL, 2011).

Juntamente a isso, um processo de descriminalização e inclusão social dos usuários de drogas ocorreu no país, culminando na criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2002 (BRASIL, 2005).

Por conseguinte, existe grande potencial para o cuidado integral, promoção de saúde, prevenção de agravos e inserção social da população que sofre com a dependência química, mas ainda há necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os usuários desses serviços e sobre suas demandas de atendimento.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas mostrou que houve aumento da quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas e da frequência do consumo de álcool na população adulta. Além disso, houve crescimento da população que experimentou álcool precocemente e que consumiu regularmente bebidas alcoólicas. Os dados também revelaram que entre as substâncias ilícitas, a maconha tinha a maior prevalência de uso, pois 6,8% dos adultos e 4,3% dos adolescentes usaram pelo menos uma vez na vida; seguida pelo uso de cocaína, tranquilizantes, estimulantes, solventes e alucinógenos (LARANJEIRA et al., 2014).

Em consonância aos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre as drogas psicoativas, o consumo do álcool é o segundo maior fator de risco para mortalidade e carga de doenças – atrás apenas do tabaco – e as drogas ilícitas, por sua vez, estão em terceiro lugar. (OMS, 2004).

Para o entendimento do uso de substâncias psicoativas, podemos assumir que existem várias motivações pessoais para tal ato, que permeiam o campo do prazer, da sociabilidade, dos mecanismos psíquicos de fuga, da recreação, experimentação e, em alguns casos, da necessidade orgânica. A dependência química é um transtorno que envolve alterações no funcionamento cerebral. A mudança que ocorre essencialmente no cérebro é multifatorial.

Resulta de efeitos de satisfação imediata, de fatores genéticos, psicológicos e sociais – esses últimos podem ser de proteção ou de risco. O que pode explicar o porquê de algumas pessoas desenvolverem dependência e outras não (OMS, 2004).

O conceito de vulnerabilidade abrange esse entendimento sobre o uso de substâncias psicoativas e pode aprofundar a compreensão do fenômeno. Reconhece os determinantes sociais da doença e interliga-os aos aspectos individuais. A partir desse olhar, é possível a renovação de práticas de saúde e integração de ações multidisciplinares (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Com base na dimensão da vulnerabilidade social, percebeu-se a importância de questionar: qual o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que buscam tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) de Cajazeiras?

O questionamento ganha mais relevância diante da perspectiva de ampliação dos serviços, representada pela construção, em andamento, do CAPS III-AD no município (SECOM, 2017). O estudo proposto pode colaborar com a organização deste serviço, já que a disponibilidade de informações sobre o perfil dos usuários possibilitará a definição de ações estratégicas.

Considerando as mudanças nas políticas públicas para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, e a importância de avaliar a população que solicita assistência no CAPS-AD da cidade de Cajazeiras-PB, decidiu-se realizar esta investigação, com o objetivo geral de determinar o perfil epidemiológico dos usuários desse serviço, a partir dos prontuários. Definem-se como objetivos específicos: identificar o perfil sociodemográfico dos usuários; caracterizar o perfil clínico dos usuários; verificar a prevalência da dependência química em relação aos indicadores sociodemográficos dos usuários.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresenta-se, a seguir, uma discussão sobre os principais conceitos e referenciais teóricos que serviram de embasamento para a realização do estudo proposto. Inicialmente, com um levantamento sobre a dependência química e suas consequências para o sujeito e, em seguida, uma contextualização sobre as políticas públicas de saúde mental no Brasil, a partir da bibliografia consultada.

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A dependência química de substâncias psicoativas é considerada um transtorno mental e comportamental. Está descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), possuindo seus critérios diagnósticos, tal qual outras afecções neurológicas ou psiquiátricas. Para seu diagnóstico é preciso haver pelo menos três dos seguintes critérios no ano anterior: forte necessidade pela droga; dificuldade de controlar o comportamento; síndrome de abstinência; desenvolvimento de tolerância para a substância; abandono de outros interesses; e/ou uso da substância mesmo sabendo das consequências negativas para tal (FERRI; GALDURÓZ, 2017).

Acredita-se que duas regiões cerebrais são importantes no desenvolvimento da dependência química, o núcleo *acumbens* e o corpo estriado dorsal, ambos fazem parte do sistema mesolímbico-mesocortical, que atuam através de vias dopaminérgicas. O núcleo *accumbens* é responsável por traduzir comportamentos em recompensas, transformando em prazer as experiências. O corpo estriado dorsal por sua vez está envolvido com o “querer” consumir uma substância e com comportamentos compulsivos, pois está associado a aprendizados para comportamentos automáticos (BECKER; MCCLELLAN; REED, 2017).

Nesse sentido:

As drogas de abuso agem sobre muitas estruturas do SNC, mas a ação sobre o sistema mesolímbico e o sistema mesocortical, que juntos constituem o sistema de recompensa cerebral, é de fundamental importância. [...] O sistema mesolímbico está relacionado ao mecanismo de condicionamento ao uso da substância, bem como à fissura, à memória e às emoções ligadas ao uso. [...] as alterações que ocorrem no sistema mesocortical em decorrência do consumo de substâncias psicoativas estão relacionadas com os efeitos de substâncias psicoativas, compulsão e perda do controle para o consumo de drogas. (BRASÍLIA, 2016, p. 16-17)

As substâncias psicoativas, também chamadas de psicotrópicas ou drogas de abuso, têm a particularidade de alterar comunicações entre os neurônios e/ou alterar o funcionamento

dos neurônios (de suas proteínas de membrana e sua excitabilidade, por exemplo), podendo atuar como agonistas ou antagonistas de receptores de membrana. Elas têm ação por diferentes mecanismos, podendo ser depressoras ou estimulantes do sistema nervoso central, alucinógenas – ou seja, podem causar sintomas psicóticos – ou opioides, que atuam modificando a sensibilidade à dor. Estas duas últimas são, muitas vezes, consideradas como perturbadoras do sistema nervoso central, pois alteram a sensopercepção (CARLINI et al., 2001; OMS, 2004).

As substâncias psicoativas podem ter diferentes efeitos sobre o humor, comportamento e promover alterações clínicas agudas e crônicas, a depender da classe de substâncias usadas. No geral, provocam sintomas desejáveis, como por exemplo, a euforia, atenção aguçada e sensação de bem-estar. Outras vezes são utilizadas para obter-se analgesia e indução do sono, ou ainda, alucinações. Adicionalmente podem causar sintomas desagradáveis como fissura, ansiedade e tristeza. Em seu escalão máximo, há os sintomas e sinais da síndrome de abstinência (BRASÍLIA, 2016).

Com o passar do tempo, as pessoas desenvolvem tolerância às drogas de abuso, conduzindo-as a buscarem maior quantidade para obter o mesmo efeito. Nesse ínterim, a abstinência, que é a privação do consumo e dos efeitos da substância, pode sobrevir. A mesma acontece quando os neurônios, que estão adaptados a funcionar com determinado nível de neurotransmissores, têm que trabalhar com a redução desses níveis (BRASÍLIA, 2016).

Como já comentado, uma função similar entre essas substâncias, que as aproxima em nível de mecanismo de ação, é a de interagir com centros importantes do cérebro que funcionam, principalmente, à base de dopamina – importante neurotransmissor relacionado a fluxos de recompensa e satisfação. Esse aspecto é importante na compreensão da dependência química (OMS, 2004).

Contudo, a compreensão da ação da dopamina difere da teoria reducionista do reforço positivo, a qual explica que o consumo de substâncias psicoativas ocorre devido aos efeitos benéficos que elas produzem e não por supressão de efeitos desagradáveis. A teoria do reforço positivo nos auxilia enquanto entendimento do uso esporádico de substâncias psicoativas. Entretanto, essa teoria isolada não explica a dependência química a despeito das consequências negativas do uso de tais substâncias (PLANETA et al., 2007).

A dependência atualmente é entendida como um transtorno cerebral crônico, que possui fatores genéticos, neurodesenvolvimentais e socioculturais. O vício é um mecanismo gradual que vai da experimentação com controle do uso até um nível de uso compulsivo, que é propriamente o vício. Na fase de experimentação voluntária o fenômeno de reforço

predomina causando picos de dopamina, diferentes dos reforços naturais como alimentação ou sexo: a dopamina está associada a um sinal de previsão de recompensa e também medeia a motivação para procurar o reforçador desse mecanismo, gerando por consequência um condicionamento. Há o período de transição, em que temos interferências quanto à progressão ao vício, dependendo do tipo de droga, do padrão de exposição e o estágio de desenvolvimento (mais rápido na adolescência que na idade adulta) e genética. No uso crônico, alterações em nível de modulação de expressão gênica alteram cascatas de sinalização celular de forma duradoura, devido a neuroplasticidade. Isso causa aumento à reatividade a vestígios de droga (sugestões, estados emocionais negativos), diminuindo a autorregulação e a sensibilidade a outros tipos de recompensas. Possibilitando assim, disforia e maior sensibilidade ao estresse em períodos de abstinência (VOLKOW; MORALES, 2015).

Essas condições para dependência, contudo, não são prenúncios, pois interagem de forma complexa e suas contribuições também possuem pesos diferentes para diferentes pessoas. Aspectos psicológicos, genéticos, ambientais e sociais agem em conjunto. Consequentemente, essa interação – que ocorre em determinado lugar geográfico, com sua cultura local, valores e normas sociais – deve ser entendida numa dimensão coletiva, ultrapassando a condição individual e as probabilidades de adoecimento (OMS, 2004; SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Os aspectos psicológicos incluem comportamentos de risco adotados em determinadas épocas da vida e situações. Bem como, a compreensão do estresse, que aborda a forma de se perceber e reagir a mudanças, adversidades ou contrariedades (PLANETA et al., 2007).

Já sobre os aspectos genéticos – embora seja uma tarefa difícil buscar sua interferência em comportamentos humanos – temos avanços nessa área e podemos afirmar que há maior vulnerabilidade genética em algumas pessoas para a dependência química. Por exemplo, o alcoolismo possui componente familiar que aumenta o risco do indivíduo desenvolver esse transtorno. Outras diferenças genéticas com relação a receptores do sistema nervoso central podem explicar diferenças nas repercussões subjetivas às sensações produzidas pelas substâncias (BRASÍLIA, 2016; OMS, 2004).

Na questão social e ambiental, interferem negativamente: a presença de violência local; disponibilidades de droga, pobreza e desemprego. Por outro lado, interferem positivamente: situação econômica confortável, educação, integração e apoio social, (OMS, 2004).

É importante ressaltar que é insuficiente a explicação unicausal ou biologicista para a dependência química. Devendo-se considerar o modelo de Determinação Social do Processo saúde-doença para esse transtorno (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

A caracterização do termo vulnerabilidade pode contribuir para nossa síntese, na medida em que:

[...] refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Explicando melhor, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos. (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007, p. 321).

Partindo desse pressuposto, é imprescindível que as práticas de saúde estejam consonantes com as necessidades individuais e coletivas.

2.2 REPERCUSSÕES NEGATIVAS PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O uso de substâncias psicoativas se manifesta na maioria das culturas e desde épocas remotas está presente nas sociedades humanas. O padrão de uso das drogas, contudo, modificou-se com o amanhecer da era moderna. O uso das drogas em várias civilizações está marcado pela associação com rituais religiosos, a exemplo da China com o ópio e a maconha, na América pré-Colombiana com as folhas de coca e no Brasil com a Ayahuasca, estando dentro de uma ordem social. Em outras civilizações o uso está associado a práticas médicas, como na Grécia e Roma antiga (MELO; MACIEL, 2016).

No auge da Idade Média, o império da Igreja Católica criminalizou o uso das ervas para fins medicinais ou religiosos pagãos, apesar de aceitar o álcool na forma de vinho em suas celebrações. Houve fogueiras para queimar e acusar aquelas pessoas que iam contra a ordem e o poder da Igreja. Contudo, este poder foi abalado com o crescimento das cidades, e o uso de drogas saiu do seu controle. A partir da revolução industrial, a produção em maior escala e a comercialização com fins lucrativos, e as novas relações sociais contribuem para a mudança no consumo de drogas. O renascimento trouxe de volta a importância do homem como centro das coisas e os variados conhecimentos tiveram seu prestígio. A medicina se interessou cada vez mais pelo funcionamento das drogas e foi descobrindo os efeitos delas para tratar as enfermidades. Produziram-se substâncias derivadas das naturais para efeitos anestésicos. Assim surge a fórmula da cocaína no século XX e reconhece-se o efeito tóxico e

deletério do uso abusivo. De outro modo, as guerras mundiais, culturas como a Hippie, e a globalização, disseminaram o uso das drogas (MELO; MACIEL, 2016).

Portanto, o uso de drogas em algumas situações ainda é aceitável pela comunidade, dependendo da droga e do padrão de consumo, mas em outras é hostilizada e criminalizada. Isso é tão evidente quanto a representação social negativa que o usuário de drogas possui. O fato é que o uso abusivo repercute socialmente e economicamente na vida dos indivíduos, além de trazer consequências à saúde (PEDROSA et al., 2016).

As drogas de maior uso ou importância no nosso meio são, primeiramente, as lícitas, como o álcool e o tabaco. O álcool e o cigarro são responsáveis por grande parte dos agravos à saúde. Devido à existência de campanhas contra o cigarro e políticas sobre sua publicidade, venda e seu uso, temos observado a redução do número de fumantes de acordo com as estatísticas. Por isso, atualmente, as drogas de abuso de maior preocupação e foco são o álcool, a maconha e o crack/cocaína (OMS, 2004; LARANJEIRA et al., 2014).

Contudo houve aumento do consumo de álcool na população brasileira. Inclusive, temos aí um importante negócio com potencial de crescer mais. Há vários padrões de consumo do álcool. Vão desde o consumo moderado e sem riscos até o consumo nocivo e o consumo do tipo em *binge*, que configura uso eventual em grande quantidade da bebida (LARANJEIRA et al., 2014; SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015).

O uso nocivo e dependência alcoólica constituem importante fator de risco para várias doenças e processos de adoecimento. É a causa de 85% das internações por uso de substâncias psicoativas e é circunstância comum encontrada na Atenção Primária à saúde. Dentre as mortes associadas ao álcool estão as por ocasião de câncer, acidentes automobilísticos, cirrose hepática e violência (SOUZA; OLIVEIRA, 2010; BRASIL, 2013; PORTUGAL et al., 2015).

Dentre as drogas ilícitas, a maconha é a mais usada no Brasil e no mundo. Similarmente às demais drogas, possui suas repercussões na saúde no uso abusivo, principalmente no que tange aos danos cerebrais. Sua neurotoxicidade por uso crônico foi reconhecida por vários estudos. Seu princípio ativo é capaz de induzir alterações bioquímicas, déficits neurais e intensificar ou antecipar distúrbios psiquiátricos em pessoas predispostas (LARANJEIRA et al., 2014; SANTOS; COERTJENS, 2014).

O uso de crack/cocaína possui riscos no uso casual ou crônico. Agudamente, pode produzir danos à maioria dos órgãos, pela sua ação vasoconstritora e modificações na coagulação intravascular, bem como pode induzir urgências e emergências devido à estimulação exacerbada do sistema nervoso central. Cronicamente, leva à perda de peso, alucinações, sintomas e sinais da síndrome de abstinência (DAMIN; GRAU, 2015).

A despeito das sequelas individuais das ditas substâncias, evidências atestam a relação entre os transtornos relacionados ao abuso de álcool e outras drogas e comorbidades psiquiátricas como o Transtorno Mental Comum, sobretudo ansiedade e depressão (LUCCHESI et al., 2017).

Somando-se às repercussões supracitadas, a estigmatização dos usuários de álcool e outras drogas e os preconceitos impostos sobre eles, atuam perversamente em sua recuperação clínica e social. A visão de que o uso de drogas é uma patologia, leva à conclusão de que a abstinência seria a forma de tratamento de escolha para todos os casos. Uma visão moralista pode relacionar o uso de drogas à falta de força de vontade, determinação, debilidade do indivíduo e à violência e prática de crimes. Já a naturalização do uso de drogas pode levar à simplificação das discussões sobre as causas e consequências desse uso (COSTA; PAIVA, 2016).

Por conseguinte:

[...] deve-se pensar no uso de drogas para além de uma doença meramente, ou uma prática aprioristicamente negativa ou danosa, mas como algo inerente à esfera humana, tendo seu nível de complexidade e consequências negativas influenciados pela relação que as pessoas estabelecem com as próprias substâncias, o que significa compreender seus aspectos físicos, psicológicos e também as dimensões da realidade em que são conformadas. Considera-se necessário debater a questão por um prisma que compreenda a dependência de drogas como uma condição crônica de saúde, o que não quer dizer reduzi-la aos componentes biológicos e/ou psicológicos, nem compreendê-la como uma mera patologia ou doença incapacitante *a priori*, levando a possíveis patologizações e culpabilizações do usuário. (COSTA; PAIVA, 2016, p. 1023).

Portanto, é de extrema importância que esse assunto seja discutido e problematizado entre os profissionais de saúde, para que se reconheça todos esses elementos apontados e se potencialize a assistência à saúde, promovendo sensibilização em relação à qualidade de vida dos pacientes, tendo em vista o potencial que essas pessoas têm de retornar à sociedade e contribuir com a sua construção. Para tanto, deve-se considerar sempre a evolução e gravidade individual, bem como o *status* social configurado, para prevenção, tratamento e estimulação de autocuidado. A ação interdisciplinar e multidisciplinar pode ser decisiva para a readaptação ou reabilitação na sociedade e a inserção na forma de produção de vida (COSTA; PAIVA, 2016).

2.3 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL RELACIONADAS À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO BRASIL

A legislação brasileira sobre drogas ilícitas passou por várias etapas. Inicialmente, era totalmente proibicionista e repressiva, a exemplo da constituição de 1890, a qual proibia substâncias tidas como “venenosas”. Em 1921, passaram a utilizar o termo “entorpecente”, a partir do Decreto 14.969, do então presidente Epitácio Pessoa, e instituíram a criação dos sanatórios para toxicônomos (VENTURA, 2011).

No código penal do Estado Novo de 1940, optou-se por não criminalizar o consumo de drogas. Contudo, a partir do Golpe Militar de 1964, novamente introduziram-se leis direcionadas ao combate às drogas, tidas como elementos subversivos da ordem. Posteriormente, em 1971, foram criadas leis que equiparavam usuários e traficantes – demonstrando o esforço para controlar o uso através de sua criminalização. Somente em 2002, a lei 10.409 foi promulgada, diferenciando o tratamento dado ao usuário, considerado vítima, dando a oportunidade de tratamento ao uso abusivo de drogas e medidas profiláticas para tal (VENTURA, 2011).

Com relação às drogas lícitas, as leis caminharam para a regulamentação e controle, uma postura assertiva para incidir na redução do consumo das mesmas. É possível observar uma redução de adultos fumantes, em estatísticas de 2013, que pode ser explicada pelas legislações antitabagistas e de apoio ao cuidado da saúde. Em relação ao álcool, a Política Nacional sobre o Álcool de 2007, as mudanças no Código de Trânsito Brasileiro de 2008 e a Política de Atenção dos Usuários de Álcool e outras Drogas estão contribuindo para abordar a problemática dessa droga. No entanto, ainda é insuficiente o controle da publicidade das bebidas alcoólicas (VENTURA, 2011; LARANJEIRA et al., 2014).

Dessa maneira, percebe-se que a dimensão saúde pública paulatinamente é assumida na questão das drogas e dependência química. Permitindo assim, organizar ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, como também a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2005)

A política brasileira de saúde mental é oriunda da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde. Essa mobilização social teve início na década de 1980, num contexto nacional – após o fervor da Reforma Sanitária – e internacional de lutas pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Contudo, sua regulamentação como política de Estado só aconteceu em 2001, quando sancionada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2013).

A partir do ano de 2002, o Ministério da Saúde (MS) passou a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras

Drogas, após as recomendações elencadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental. Nele, ocorre a alocação de recursos e previsão de implantação de 380 Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD). No ano seguinte, foi criada a Política do MS para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, na qual se constatou que, de abril a dezembro do ano de 2002, foram-se implantados 42 CAPS-AD em 14 estados brasileiros, dentre eles a Paraíba, que comportava um serviço (BRASIL, 2005; BRASIL, 2003).

No ano de 2003, também foi criada a Política Nacional de Humanização pelo MS, para a manutenção da organização social em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma forma participativa e inclusiva de cidadania e de gestão, através de reflexões do “como” fazer, ou permitir que funcione, ou “destravar engrenagens”. Essa política tem como princípio a transversalidade e objetiva reconstruir, na prática, o conceito de “humanizar”. Ela é importante na medida em que, reforçando os fundamentos da política de saúde mental, propõe novas formas de produção de saúde e de subjetividades (MARTINS; LUZIO, 2017).

Recentemente, o MS, através da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que estabelece, entre outras normas, os seus componentes: Atenção Básica; CAPS-AD e outros centros especializados; atenção de Urgência e Emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; Residência Terapêutica; e Reabilitação Psicossocial. A RAPS se fundamenta no conceito de território, o qual considera o espaço geográfico e o lugar com suas peculiaridades em relação à cultura, interesses, instituições e pessoas, ampliando o campo visual para essa área da saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2004).

Colaborando com o intento de reabilitação psicossocial a partir da RAPS, em 2012, através da Portaria nº132, o MS ajusta o incentivo financeiro para custeio de projetos de geração de trabalho e renda. Há o estímulo para desenvolvimento de cooperativas sociais e empreendimentos solidários, de acordo com o número de seus beneficiários. Gerando recursos, dessa forma, para pôr em prática os interesses multidisciplinares em busca da resolubilidade do problema do uso abusivo das drogas (BRASIL, 2012).

A atuação dos CAPS, principais dispositivos da RAPS, é imprescindível. O primeiro CAPS erguido no Brasil foi na cidade de São Paulo, em 1986, chamado de Professor Luiz da Rocha Cerqueira, resultado de forte movimentação social. O serviço revelou-se eficaz e, por consequência, foi sancionada a Portaria GM 224/92 que oficializava esse serviço. No presente, é regulamentado pela Portaria nº 336/GM. Em Cajazeiras-PB, o primeiro CAPS foi fruto de um projeto de extensão da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), pela

colaboração e anseios de vários professores, alunos e outros profissionais, para implementar esse serviço no ano de 2001, 15 anos após o primeiro criado no Brasil (BRASIL, 2004; OLIVEIRA; FORTUNATO; ROCHA, 2006).

O CAPS surge com objetivo de substituir a internação em hospitais psiquiátricos, dando um suporte considerado como intermediário entre os cuidados ambulatoriais, da Estratégia de Saúde da Família; e o regime de hospitalização. Atualmente, existem modalidades de CAPS que também possuem leitos para internação temporária (FERREIRA et al., 2016; BRASIL, 2004).

Os CAPS destinam-se a:

(1) prestar atendimento em regime de atenção diária; (2) gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; (3) promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; (4) dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); (5) regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; (6) coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; (7) manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004, p.13).

Para isso, os CAPS precisam dispor de instalações físicas adequadas e de uma equipe multiprofissional, formada por pessoas com nível de ensino superior e médio. No que diz respeito aos CAPS-AD, devem proporcionar atendimento individual, acolhimento em grupos ou oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e espaço para desintoxicação. Adicionalmente, conjugam-se as atividades preventivas de educação em saúde, redução de danos, alternativas para o lazer e produção de renda (BRASIL, 2004; FERREIRA et al., 2016).

3 METODOLOGIA

A realização da pesquisa seguiu a metodologia exposta a seguir, delimitada a partir das referências teóricas da área de Epidemiologia, e fundamentada em estudos semelhantes realizados no Brasil.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo utilizou a metodologia da Epidemiologia Descritiva, com delineamento transversal, baseado na pesquisa documental de prontuários do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPS-AD). A definição dessa metodologia atendeu ao objetivo de determinar o perfil epidemiológico dos usuários desse serviço (WALDMAN; ROSA, 1998).

O interesse de investigação recaiu sobre os determinantes do processo saúde-doença vivenciado pelos usuários do CAPS-AD de Cajazeiras-PB. Conforme Rouquayrol e Barreto (2003, p. 84):

A epidemiologia, no seu processo descritivo, estuda a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço – ambientes populacionais – e às pessoas, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas ao aprimoramento das ações e de assistência e prevenção da doença, de promoção da saúde e também do refinamento das hipóteses causais.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Foi efetuado no CAPS-AD da cidade de Cajazeiras. A cidade tem população estimada de 62.187 pessoas, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), está localizada no sertão Paraibano, onde se encontra a sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, que atende a 15 municípios da região. O município de Cajazeiras é um polo de saúde no semiárido, onde estão instalados os seguintes serviços de saúde: CAPS II, Residência Terapêutica, CAPS infanto-juvenil, além do Hospital Regional de Cajazeiras e Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Melo. Ademais, o município destaca-se pela existência de diversas instituições de ensino públicas e privadas, que abrangem vários cursos da saúde de nível técnico e superior, como Enfermagem, Nutrição, Medicina, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia e Psicologia.

A localidade apresenta em andamento a construção de um CAPS III-AD no bairro Conjunto do IPEP, o que representa um avanço na política de saúde local (SECOM, 2017).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população pesquisada foi composta pelos usuários atendidos no CAPS-AD de Cajazeiras – PB, desde 2006, ano de inauguração desse serviço, até a data de 26/01/18, em que foi realizada a última visita ao Centro, para coleta de dados. A amostra foi composta por 714 prontuários, dos quais foram descartados 310 e foram utilizados os dados de 404, devido aos critérios de inclusão e exclusão. Foram utilizados os registros dos pacientes que frequentam atualmente o serviço e os arquivados, de acordo com a organização local.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos através de pesquisa documental, diretamente dos prontuários, sendo coletadas informações – conforme constava na tabela de inquirição (Apêndice A) – sobre: sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, endereço, profissão/ocupação, renda, substância de uso abusivo, sintomas associados, tratamento indicado, tempo de tratamento.

Foram excluídas as categorias que não obtinham repostas, como “renda”, pois não existia este quesito nas folhas de rosto dos prontuários; a categoria “tempo de tratamento”, por não ser viável a definição exata do tempo frequentado pelo paciente, já que os registros são feitos de maneira pontual, muitas vezes registrando apenas atendimentos individuais com os profissionais especialistas, não refletindo necessariamente o acompanhamento no serviço a cada ida da pessoa ao local; e a categoria “tratamento indicado”, porque nem sempre havia uma descrição clara de tratamento, ou o(a) médico(a) possuía letra ilegível, ou o profissional responsável pela escuta não definiu um tratamento, por isso não pôde ser avaliada.

A categoria endereço foi substituída por “Cidade” e “Especificação da localidade”, considerando a grande quantidade de prontuários sem o endereço completo e muitos descrevendo como endereço o termo “morador de rua” ou “presidiário”, achamos por bem não excluir estes prontuários, contanto que tivessem descrito a cidade de procedência. A especificação da localidade foi considerada para enquadrar moradores de cidade ou de campo, moradores de rua ou detentos.

Inicialmente foi enviada uma solicitação de autorização à Secretaria de Saúde de Cajazeiras e à Coordenação do CAPS-AD. Logo depois de recebidas as autorizações destes

órgãos, foi realizada uma visita a essa instituição em que se obteve o contato primário com os funcionários e trabalhadores da saúde, com isso se firmou a colaboração mútua.

Após o recebimento do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) (Anexo A), iniciaram-se as visitas para coletas de dados, as quais aconteceram nas seguintes datas: dias 03, 16 e 17 de novembro de 2017; dias 07, 08 e 22 de dezembro de 2017; e em 23, 24 e 26 de janeiro de 2018.

Durante a pesquisa foi feito o registro de informações em tabelas previamente elaboradas, em que constavam as informações a serem coletadas de cada prontuário. Não usamos a identificação dos pacientes, preservando seu sigilo e assegurando a confidencialidade e a privacidade. Os dados obtidos foram usados exclusivamente para atender ao questionamento inicial da pesquisa. Dessa forma, garantimos o respeito à dignidade e imagem dos indivíduos (BRASIL, 2013).

Ao término do trabalho, será realizada a devolutiva dos resultados para as autoridades competentes para a melhoria das condições de saúde da população estudada (BRASIL, 2013).

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram critérios de inclusão: pacientes com prontuários disponíveis no CAPS-AD de Cajazeiras, devidamente identificados e preenchidos (por qualquer profissional de saúde do serviço), que continham as informações de coleta do estudo.

Os critérios de exclusão foram: pacientes sem prontuários identificados, ou com prontuários preenchidos de maneira incompleta ou ilegível, que omitiam as informações de coleta do estudo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram descritos em fichas impressas e tabulados posteriormente no programa Microsoft Excel (Office 2010), depois foram analisados quantitativamente, através da estatística descritiva simples, destacando cálculos de prevalência, em que se pôde perceber a frequência de determinados eventos nessa população e inferir possíveis relações entre diferentes variáveis.

O programa Epi Info™, versão 7, disponibilizado pelo Centers for Disease Control and Prevention, foi utilizado para análise de quase todas as variáveis, exceto os sintomas

relatados pelos pacientes, os quais foram analisados no programa Iramuteq®, desenvolvido por Pierre Ratinaud, para análise de corpo textual.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi executada cumprindo todas as diretrizes éticas, especialmente atendendo ao que determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foi garantido anonimato dos participantes e confidencialidade no manuseio das informações obtidas.

Considerando a metodologia proposta, fez-se necessário a solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A dispensa está fundamentada na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que prevê, em seu item IV.8, a dispensa do TCLE nos casos em que sua obtenção seja inviável. No caso da pesquisa aqui apresentada, a justificativa para a dispensa baseou-se em que a obtenção do TCLE dos pacientes, cujos prontuários foram consultados, seria inviável, pela dificuldade de contato e localização de todos os pacientes e/ou familiares já atendidos pelo CAPS-AD.

Apesar de solicitada a dispensa do TCLE, foi assegurado o cumprimento de todas as diretrizes éticas estipuladas para pesquisa com seres humanos, a partir da apresentação da seguinte documentação: Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B); Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Prontuários em Pesquisa (Apêndice C); Carta de Autorização para Consulta aos Prontuários (Anexo B); Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo C).

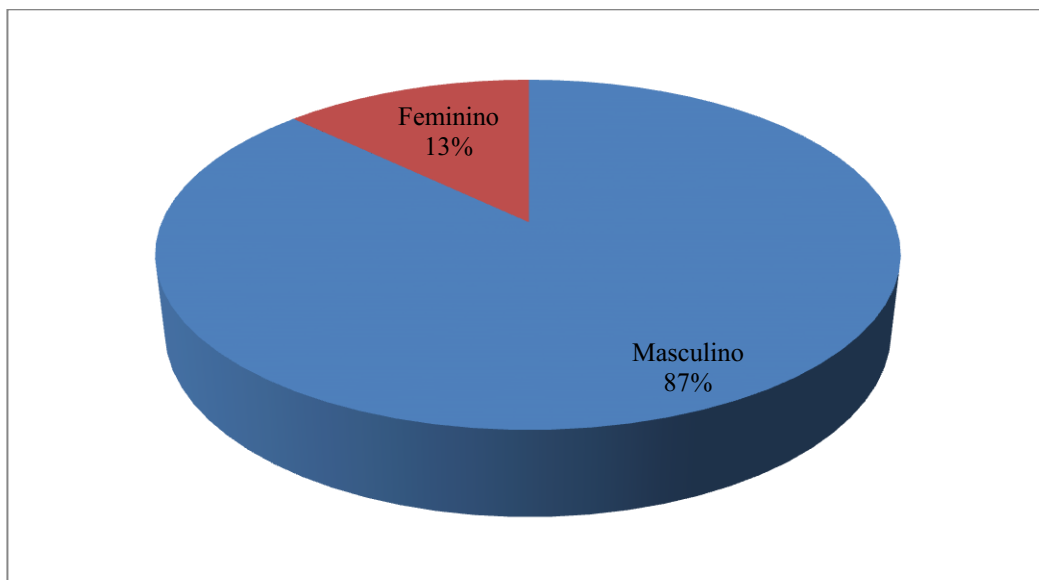
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Exploramos na pesquisa um total de 714 prontuários, organizados no local em repartimentos como “Pacientes Frequentadores”, “Arquivo” e “Residentes em outras cidades”. Foram realizadas nove visitas ao Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPS-AD) em que descrevemos em fichas as respostas das questões que trazíamos previamente. Desse total de prontuários foram descartados 310, devido ao mal preenchimento, não identificação do paciente, omissão de informações e principalmente a ilegibilidade, que dificultou deveras a compreensão do que estava manuscrito. Logo, 404 foram aproveitados. As folhas de rosto dos prontuários diferiam uma das outras, e alguns possuíam questionários extras detalhando quesitos sobre a dependência da substância química, devido aos diferentes anos de registro de informações. Apesar das dificuldades para coleta de dados, conseguimos reunir os resultados, adequando melhor alguns quesitos às informações que se tinha em mãos naquele momento. A seguir, os resultados estão circunscritos em tópicos.

4.1 QUANTO AO SEXO

A primeira indagação respondida foi qual sexo se apresentava mais ao serviço. Como podemos observar no gráfico 1, o sexo masculino representou o maior público do CAPS-AD de Cajazeiras-PB, constituindo 87% das pessoas que procuraram o serviço, enquanto que o sexo feminino constituiu 13%:

GRÁFICO 1 – Distribuição dos usuários do CAPS-AD de Cajazeiras por sexo



Fonte: Rodovalho, 2018

Tal resultado está alinhado ao de outros estudos como, por exemplo, o realizado na cidade de Barbacena, Minas Gerais, por Mangualde et al (2013), que mostrou uma maior frequência de usuários do sexo masculino (56,6%), e o realizado na cidade de Teresina, Piauí, por Monteiro et al (2011) com 88,9% do público masculino. Segundo Araujo et al (2012), foi encontrado um resultado similar, em pesquisa realizada com a população de adolescentes que frequentaram o CAPS-AD em Cuiabá, Mato Grosso.

Como podemos notar, o maior público masculino pode denotar um maior consumo de drogas por esse sexo e/ou uma maior procura desse sexo por tratamento. Para entender esse contexto devemos compreender o que a ciência relata sobre as diferenças biológicas entre os sexos.

Primeiramente, é importante saber que os cérebros masculino e feminino possuem diferenças, contudo, contrariamente ao que se pensa, a diferenciação sexual cerebral não obedece a um evento dicotômico. Existe um contínuo que pode mesclar características referentes mais a um sexo ou outro, a depender de exposição de hormônios durante a vida embrionária e anterior à puberdade e também das experiências individuais (BECKER; MCCLELLAN; REED, 2017).

Segundo Becker; McClellan e Reed (2017, p. 9), existem quatro tipos de diferenças entre os sexos: as reprodutivas; as pequenas diferenças quantitativas de respostas a mecanismos neurais, como, por exemplo, a resposta inicial às anfetaminas que é mais proeminente nas fêmeas; diferenças sexuais ditas convergentes, que é quando o comportamento é igual mas o processo cerebral que medeia a ação é diferente; e diferenças entre populações masculinas e femininas que possuem uma característica diferente, por exemplo uma população de mulheres que sofreram abuso sexual na infância e outra que não sofreu.

Essas premissas e estudos com modelos animais apontam que fêmeas são mais propensas a usar drogas mais cedo, possuem uma intensificação de uso de drogas mais rápida e são mais vulneráveis à dependência que os machos (BECKER; MCCLELLAN; REED, 2017).

Essas considerações são importantes, pois:

Diferenças de sexo e gênero no vício e recaída podem ser vistas em humanos e em modelos animais. Entre as populações vulneráveis, as mulheres escalam o uso de drogas mais rapidamente do que os homens, e a recaída é mais provável de ser desencadeada por eventos estressantes ou sinais relacionados a drogas. Mas essas diferenças não são determinadas apenas pela biologia: influências socioculturais

também afetam diferencialmente homens e mulheres e como eles respondem às drogas de abuso. Nos humanos, o estigma, a violência interpessoal em curso, muito mais barreiras à procura e ao compromisso no tratamento, acarreta na falta de apoio social para a recuperação de meninas e mulheres. Os modelos animais, assim como a pesquisa clínica, precisam levar em consideração como o contexto e os fatores sociais podem influenciar os processos de dependência e recair diferencialmente em homens e mulheres. (BECKER; MCCLELLAN; REED, 2017, p. 5, tradução nossa).

Além disso, devemos rememorar os papéis sociais de gênero envolvidos. Culturalmente coube aos homens um consumo de substâncias psicoativas de forma mais recreativa, ou por motivos políticos ou religiosos, enquanto que às mulheres cabia o consumo de remédios voltados ao tratamento de enfermidades. Também existem os papéis distintos de provedor do lar *versus* cuidadora da família, que geram uma aceitação social diferente, pois é incompatível à função social da mulher a dependência química. Isso também pode justificar a baixa demanda desse público no serviço (BECKER; MCCLELLAN; REED, 2017; OLIVEIRA, et al., 2014).

No entanto, com o alvorecer da era pós-moderna, a saída da mulher do espaço privado para a esfera pública e a valorização da individualidade e prazeres efêmeros, houve crescente interesse e aumento das taxas de consumo de drogas, a exemplo do álcool, por ambos os sexos, mas aproximando cada vez mais as taxas de consumo do sexo feminino ao sexo masculino. Um levantamento realizado em 2006 e 2012 apontou que o número de doses ingeridas em um dia de consumo de álcool aumentou entre mulheres e homens, passando de 17% para 27% daquelas que consumiam mais de cinco doses, e de 38% para 47% entre eles. A regularidade de consumo de álcool também aumentou, em 2006, 54% dos homens e 27% das mulheres referiu beber pelo menos uma vez por semana, já em 2012, esse número aumentou respectivamente para 63% e 38%. Isso, porém, não necessariamente reflete uma maior procura por tratamento por parte das mulheres dependentes químicas (LARANJEIRA, et al., 2014; GOMES, 2010).

Nessa perspectiva, o estudo de Oliveira et al (2014) apresentou o perfil da mulher que frequentou um CAPS-AD, na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, demonstrando, por meio de análise de prontuários, a baixa demanda, assim como na nossa pesquisa; foram também realizadas entrevistas com análise do discurso, indicando as fragilidades e dificuldades que as mesmas se depararam ao buscar o serviço:

A baixa demanda do público feminino nos programas de tratamento pode ocorrer por motivos diversos, como a falta de tempo para dedicar ao tratamento, necessidade de manter atividades laborais que garantam a própria subsistência e/ou de familiares, falta de estrutura que permita o acesso dos filhos quando estes não possuem outro local para ficar, recriminação social em relação ao vício e julgamentos morais alterações hormonais, dentre outros. Em algumas falas das pacientes entrevistadas,

podemos observar a confirmação de alguns dos motivos expostos (OLIVEIRA, et al., 2014, p. 84).

Por isso, é necessária a análise com recorte de gênero, buscando compreender as necessidades dos sujeitos para melhorar a abordagem do serviço. Por exemplo, devemos compreender que as motivações para o uso de drogas e os problemas trazidos pelos usuários diferem de acordo com a realidade de gênero:

Os homens farmacodependentes têm mais problemas legais e profissionais, as mulheres têm mais problemas físicos e familiares. Nos tratamentos mistos, os interesses masculinos predominam, em função do menor número de mulheres. Já nos grupos específicos é favorecida a discussão de questões femininas importantes – abuso sexual, violência doméstica, preocupação com os filhos, preocupação com o corpo, baixa autoestima. Essas diferenças justificam uma preocupação com a especificidade do tratamento da dependência química em mulheres. No entanto, os fatores apresentados são provocativos e inquietantes: as questões femininas – abuso sexual, violência doméstica, preocupação com os filhos, preocupação com o corpo, baixa autoestima – são fatores que dizem respeito apenas às mulheres? Podemos supor que esses aspectos são relacionais e que, portanto, não excluem a presença da figura masculina nessas discussões. Porém, deve-se considerar a dificuldade de permanência das mulheres em grupos mistos e a dificuldade para abordar esses temas em outro contexto diferente do grupo homogêneo. Além disso, em grupos mistos, os homens demonstram preocupação com a abstinência: o uso e suas recaídas. Já as mulheres costumam ter como questão as relações interpessoais, sua vida emocional, suas inquietações com o cotidiano, etc. (GOMES, 2010, p. 12).

Sendo assim, poderíamos interrogar se o serviço está preparado para dar respostas a essa demanda. Haveria melhor aproveitamento em discussões setorizadas para as mulheres? Segundo Gomes (2010), as mulheres em grupos mistos sofriam vários tipos de preconceito e expressões ofensivas, sentindo-se mais acolhidas em grupos específicos de mulheres. Logo, oferecer rodas de conversa restritas às mulheres, sem prejuízo aos espaços mistos, pode auxiliar ao tratamento desse público.

Ademais, convém destacar que o público em outros serviços de saúde é composto, em sua maioria, por mulheres – tendo em vista que possuem o hábito do autocuidado e também por existirem alterações do ciclo gravídico-puerperal; o contrário do encontrado no CAPS-AD. Isso levantou o quesito da saúde do homem no SUS (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Estudos apontam a maior mortalidade masculina em todas as faixas etárias, implicando no dobro ou até mais da mortalidade feminina, em algumas causas específicas. Isso pode ser avaliado por uma razão de coeficientes de mortalidade > 2 , que é dada pela divisão dos números de óbitos para cada 100 mil habitantes do sexo masculino sobre o sexo feminino. Com relação à idade, a discrepância entre maior mortalidade masculina à feminina tem destaque maior entre 10 e 39 anos, com predomínio de causas externas (em que se consideram causas violentas e acidentes automobilísticos), levando a uma razão de

coeficientes de mortalidade de 5,5. Outra causa importante que corrobora a maior mortalidade masculina vem dos transtornos mentais e comportamentais, incluindo aqui o uso de álcool e outras drogas, com razão de coeficientes de 4,2 (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

A morbidade recai mais significativamente sobre as mulheres. Ela é analisada através de pesquisas domiciliares e dados de internações hospitalares, o que não é livre de vieses, pois mulheres são mais propensas a relatar suas queixas em entrevistas e há maior número de internações de mulheres em hospitais devido aos serviços de obstetrícia. Demonstra-se que as causas de adoecimento também são distintas. No geral, há um equilíbrio entre as causas de internação hospitalar em ambos os sexos, porém há predomínio masculino em internações devido a lesões e envenenamentos e transtornos mentais e comportamentais (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

As diferenças entre morbimortalidade podem ser atribuídas principalmente a comportamentos e as diferenças de gênero, que desenham a imagem do ser masculino e promovem maior exposição a riscos e menos autocuidado. Apesar de essas noções estarem presentes na literatura há algumas décadas, a promoção da saúde do homem no Brasil é ainda vista de forma reducionista, com maior ênfase na prevenção do câncer de próstata (OLIVEIRA, et al., 2017).

Assim, são subvalorizados outros aspectos da saúde do homem, e quando este chega a procurar um serviço de saúde, como no caso do CAPS-AD, que recebe grande demanda masculina, a atuação pode ser ineficiente, pois age apenas de forma “curativa”, com atuação num modelo biomédico. Isso reforça o objeto de representação social, que é o usuário de drogas, como algo negativo, ligado à criminalidade, incapacidade de autocontrole e à doença mental (MELO; MACIEL, 2016).

Esse imaginário coletivo foi criado devido à política proibicionista a alguns tipos de drogas. A partir de então, esse tema foi absorvido aos saberes médico e jurídico, sendo pouco comum a consideração sobre essa temática por outras áreas do conhecimento, impossibilitando, dessa forma, uma abordagem efetiva:

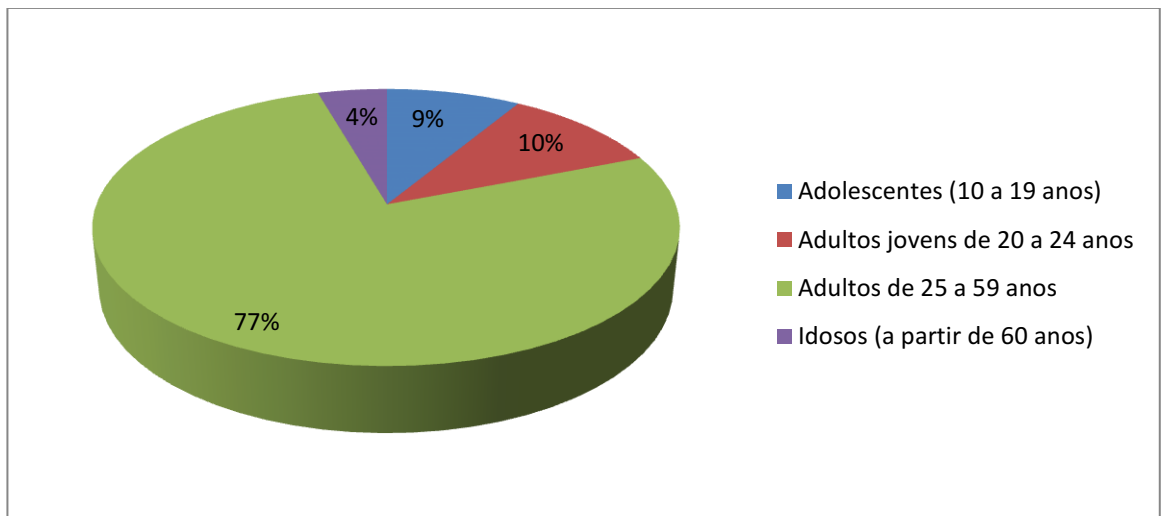
O *status* de ilegalidade da substância é projetado na personalidade do usuário. Essa representação traz uma série de implicações que solidificam a exclusão social do usuário. Ela estimula o seu isolamento social, aumentando a dificuldade de conseguir tratamento médico para deixar a dependência da droga ou para tratar os efeitos do seu uso abusivo (MELO; MACIEL, 2016, p. 83).

Dessa maneira, é importante dar visibilidade a saúde do homem em um formato biopsicossocial, para garantir uma mudança nos índices de morbimortalidade, na representação social do masculino e do usuário de drogas.

4.2 QUANTO À IDADE

A idade das pessoas variou entre 14 e 70 anos. A média de idades foi de 35 anos. A idade que mais se repetiu entre os dados foi de 25 anos. A faixa etária que teve destaque foi a de adultos entre 25 a 59 anos, que perfaz 77% dos usuários, em seguida dos adultos jovens dos 20 a 24 anos, com 10%, como podemos observar no gráfico 2. Adolescentes apareceram com 9% do público, o que confronta o imaginário de que os usuários de drogas são predominantemente os adolescentes e jovens. Uma percentagem de 4% foi composta por idosos. Esses resultados estão de acordo com outras pesquisas, em que se demonstrou a preponderância de pessoas em idade economicamente ativa (MANGUALDE, et al., 2013; MONTEIRO, et al., 2011).

GRÁFICO 2 - Distribuição dos usuários do CAPS-AD de Cajazeiras por faixa etária



Fonte: Rodovalho, 2018.

A faixa etária que preponderou foi, justamente, a de adultos, os mesmos fazem parte da parcela da população produtiva, a quem se destinam as campanhas publicitárias de drogas lícitas como o álcool. A mídia retrata o consumo de álcool ligado ao lazer, à felicidade e descontração, e traz símbolos diversos de masculinidade e liberdade. Outra questão que está envolvida é o consumo social. Na idade de socializar de forma mais independente com outros grupos, os adolescentes, cada vez mais cedo, se deparam com drogas e seu consumo, associado a fatores de risco, pode gerar adultos com uso prejudicial de drogas ou dependentes dessas substâncias (OLIVEIRA; ROMERA; MARCELLINO, 2011; OMS, 2004).

4.3 QUANTO AO ESTADO CIVIL

O estado civil mais frequente foi o de pessoas solteiras, correspondendo a 61,63%. O de pessoas casadas foi de apenas 30,45%, enquanto o total de pessoas não casadas, ou seja, uma junção dos solteiros, divorciados, separados e viúvos, foi de 69,55%, como demonstra a tabela 1:

TABELA 1 – Número e proporção dos pacientes do CAPS-AD de Cajazeiras, segundo o Estado Civil

Estado civil	N	%
Casado	123	30,45%
Divorciado	9	2,23%
Separado	18	4,46%
Solteiro	249	61,63%
Viúvo	5	1,24%
Total	404	100,00%

Fonte: Rodovalho, 2018.

Estes valores corroboram os dados da coleta de Mangualde et al (2013), que apesar de mostrar maioria de pacientes casados ou em união estável, correspondendo a 48,8%, tinha valores de não casados de 51,2%. No trabalho de Ribeiro e Carvalho (2015), evidenciou-se, da mesma forma, que 60,9% eram compostos pelos não casados. Outros estudos apontam para mesma direção, como demonstrado por Monteiro et al (2011), em que 50,2% dos pacientes eram solteiros. Esses resultados remetem ao fator de proteção que pode ser a família, muito embora a família possa ser representada além da união marital.

A família é considerada o primeiro espaço de sociabilização e formação do ser humano. Ela pode ser considerada um sistema, que não é fechado e é mutável, responsável por acolher, prover recursos, promover laços afetivos e gerar autonomia e independência. Contudo, a família, em seu sentido dinâmico, pode ser funcional ou disfuncional, podendo atuar como fator de risco ou proteção. Isso acontece porque seu funcionamento depende: da forma de se relacionar com os membros do grupo; da organização interna, gerando poderes, funções e normas; da forma como os mesmos se comunicam ou expressam sentimentos; e da forma como eles lidam com problemas (FERNANDES; FALCETO; WARTCHOW, 2013).

Portanto:

[...] o indivíduo não nasce inserido na sociedade, vai ser o convívio com a família que vai inseri-lo e atribuir valores. As práticas educativas e os modos de viver em cada família poderão ou não servir de estimulante para seus filhos buscarem o uso das drogas como fonte prazerosa ou de fuga (AZEVEDO; SILVA, 2013, p. 152).

Segundo Gomes (2010), famílias de mulheres dependentes de álcool são mais disfuncionais, ademais, há um padrão de disfuncionalidade em gerações familiares próximas. Nesse sentido, Araújo et al (2012) verificaram também que há mais relações conflituosas naqueles adolescentes que permaneceram frequentando o CAPS-AD, em comparação com os adolescentes que desistiram do tratamento no local. Pode-se observar que é preciso uma análise mais direta, com abordagem qualitativa, para buscar conhecer como é a relação familiar no processo saúde-doença.

Ribeiro e Carvalho (2015), na pesquisa realizada em um CAPS-AD em Curitiba, Paraná, demonstraram que a maioria dos pacientes que permaneceram em tratamento no terceiro mês era de pacientes casados. Enquanto que Araujo et al (2012) observaram a maior frequência de participação familiar no tratamento de adolescentes que permaneceram no serviço de um CAPS-AD, comparada com a pequena participação da família daqueles pacientes que não continuaram tratamento. Sendo assim, é importante destacar que a família possui papel fundamental para a busca e continuidade do tratamento e que este pensamento também é observado na perspectiva de usuários e familiares (AZEVEDO; SILVA, 2013).

4.4 QUANTO À ESCOLARIDADE

O grau de escolaridade encontrado na pesquisa evidenciou que mais da metade dos usuários tinha ensino fundamental incompleto e cerca de 12% não eram alfabetizados. Apenas 8,91% tinham fundamental completo, contrastando com dados nacionais que demonstraram em 2016 que 51% da população brasileira possuem ensino fundamental completo, segundo a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio Contínua, desse mesmo ano. Aquelas que tinham ensino médio completo perfaziam 8,17%, enquanto que meramente 1,24% possuíam ensino superior completo, como consta na tabela 2:

TABELA 2 – Número e proporção dos pacientes do CAPS-AD de Cajazeiras, segundo o Grau de Escolaridade

Grau de escolaridade	N	%
Não alfabetizado	50	12,38%

Fundamental incompleto	242	59,90%
Fundamental completo	36	8,91%
Médio incompleto	33	8,17%
Médio completo	33	8,17%
Superior incompleto	5	1,24%
Superior completo	5	1,24%
Total	404	100,00%

Fonte: Rodvalho, 2018.

A partir desses dados, vemos que a população atendida no CAPS-AD de Cajazeiras possuía baixa escolaridade, confirmando achados de outros estudos similares. Pode-se pressupor que existe um ponto que tem grande potencial para modificação dos números da dependência química no Brasil. Levar esse tema para o conhecimento de adolescentes e jovens e melhorar a qualidade educacional do país de alguma forma poderia ajudar na redução dessas taxas, seja por qualificação profissional e inserção no mercado de trabalho, por dar mais autonomia para o autocuidado em saúde, ou por dar liberdade para outras experiências de lazer e socialização (ARAÚJO, et al, 2012; MANGUALDE, et al., 2013; MONTEIRO, et al., 2011).

4.5 QUANTO À CIDADE E LOCALIDADE

A cidade de Cajazeiras, na Paraíba, é um município-polo, assumindo a sede do 9º Núcleo Regional de Saúde, que abrange 15 municípios. O CAPS-AD localizado nesse município é referência na microrregião de Cajazeiras – conforme as diretrizes de regionalização e descentralização da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) – e como tal recebe pacientes de várias cidades próximas, pois é em virtude da pactualização entre elas que se pôde instalar esse dispositivo do SUS. Por isso, avaliamos de quais cidades provinha a maioria dos usuários do serviço. Destacaram-se entre elas as cidades de Bernardino Batista, São José de Piranhas, Cachoeira dos Índios e Poço Dantas. Como podemos ver no mapa 1, estão situadas na vizinhança de Cajazeiras. A tabela 3, que se segue ao mapa apresenta os dados das cidades que foram citadas nos registros.

MAPA 1 – Mapa da 9ª Região de Saúde da Paraíba



Fonte: COSEMS PB, 2018.

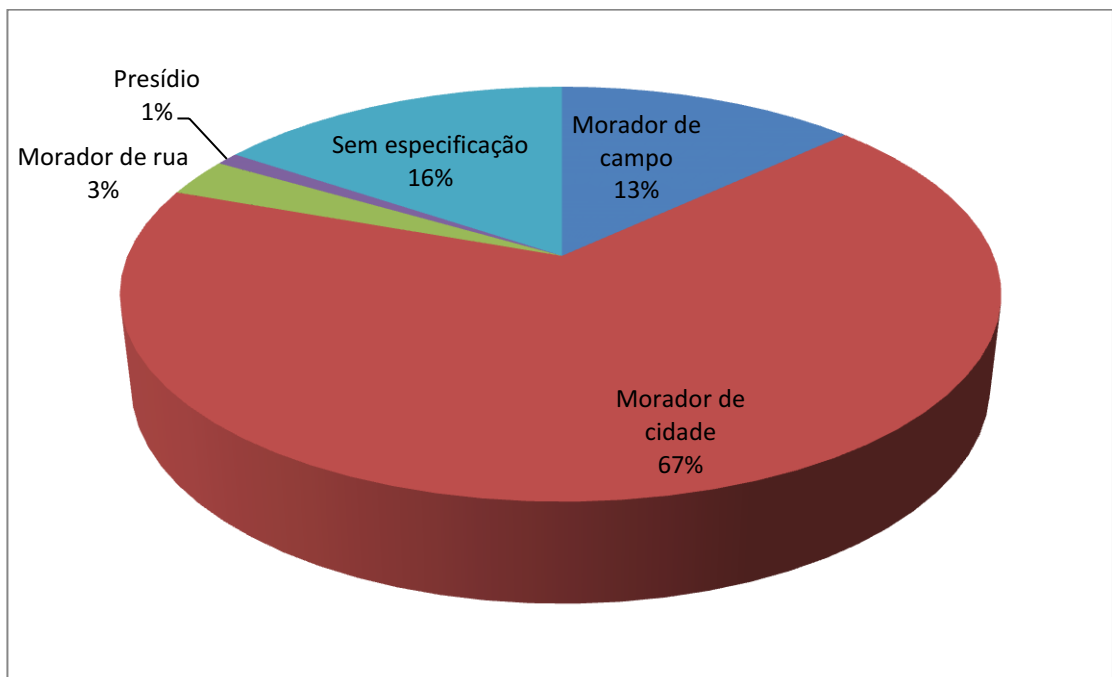
TABELA 3 - Número e proporção dos pacientes do CAPS-AD de Cajazeiras, segundo a cidade de procedência

Cidades	N	%
Bernardino Batista	19	4,70%
Bom Jesus	4	0,99%
Cachoeira dos Índios	15	3,71%
Cajazeiras	304	75,25%
Joca Claudino	1	0,25%
Monte Horebe	2	0,50%
Nazarezinho	1	0,25%
Poço Dantas	10	2,48%
Poço José de Moura	8	1,98%
Santa Helena	2	0,50%
Santa Rita	1	0,25%
São João do Rio do Peixe	9	2,23%
São José de Piranhas	16	3,96%
Triunfo	7	1,73%
Uiraúna	5	1,24%
Total	404	100,00%

Fonte: Rodovalho, 2018.

No momento da coleta de dados, foi percebida a importância da especificação da localidade da residência, que poderia estar descrita como morador de cidade ou de campo, morador de rua, ou como presidiário (a), por isso, achamos interessante essa avaliação, em detrimento do endereço – este poderia ser abordado de forma mais aprofundada, por permitir a compreensão da distribuição por bairros no próprio município de Cajazeiras, não sendo objetivo da pesquisa. O gráfico 3 aborda essa questão, como vemos a seguir:

GRÁFICO 3 - Distribuição dos usuários do CAPS-AD de Cajazeiras por localidade



Fonte: Rodovalho, 2018.

A cidade, como esperado, foi o principal polo de concentração dos usuários do CAPS-AD. É na urbe que as drogas possuem maior circulação e mais fácil comercialização, se tratando tanto das drogas lícitas como das ilícitas. Foi com o crescimento das cidades e da revolução industrial que o aumento do consumo de substâncias psicoativas se perpetuou. Adquiriu-se tecnologia para produção em larga escala, com redução dos preços e maior disseminação das drogas, ao mesmo tempo em que o processamento das substâncias naturais modificou a forma de uso e a propensão à dependência química. Houve uma mudança do padrão de consumo de drogas à medida em ganhou novos significados. Enquanto que a obtenção desses artigos foi regida pelo comércio, através de prescrições médicas ou pelo tráfico (BERTONI; SANTOS, 2017; MELO; MACIEL, 2016).

Ainda assim, ressaltou-se o campo como um importante lugar de procedência dos usuários e pacientes do CAPS-AD de Cajazeiras, movendo cerca de 13% das pessoas que buscaram tratamento.

Com relação ao consumo de álcool em áreas rurais, pode ser uma prática cotidiana, estando associada a costumes locais, cerimônias, festejos ou rituais, de uma forma bem tolerada e aceita. Quando se fala do uso abusivo de álcool, contudo, maiores dificuldades podem existir para se acessar os serviços de saúde, mascarando um problema de saúde latente (BERTONI; SANTOS, 2017).

Um levantamento realizado por Taveira (2015) em duas comunidades rurais na cidade de Uberaba, Minas Gerais, mostrou que até 5% da população local era composta por alcoolistas. Dentre as principais implicações desse fato estão a ocorrência de violência doméstica, acidentes e faltas no trabalho, tratando-se de um importante problema da localidade.

Alguns fatores podem estar relacionados aos padrões de uso da bebida, como condições econômicas, disponibilidade da bebida, aplicações das leis do álcool. Alguns fatores podem agir como protetores a exemplo de uma religião influente que pregue a abstinência, o ambiente familiar funcional, a participação cidadã, a boa qualidade da habitação, a organização comunitária. Mas também podem existir elementos negativos na localidade, que podem aumentar a disponibilidade de drogas e predispor seu uso, como a exposição a propagandas de bebidas alcóolicas e maior presença de locais de venda de bebidas, em detrimento de locais que vendem apenas alimentos (DIXON; CHARTIER, 2016).

Dixon e Chartier apontam ainda que:

Outros meios de controlar a disponibilidade de álcool em uma área geográfica incluem a taxação do álcool e a aplicação das leis do álcool. Há evidências para apoiar o uso de políticas de preço e fiscais; os preços mais altos do álcool e os impostos estão associados a reduções nos problemas associados à compulsão e ao consumo excessivo de álcool [...]. (2016, p.75, tradução nossa)

Sobre substâncias ilícitas no campo, um estudo feito por Silva et al (2017) revelou a prevalência de 9,9% de pelo menos um episódio de consumo de drogas ilícitas. Este fato estando associado à disfunção familiar, sexo masculino e uso de tabaco. Essa autora discorre que:

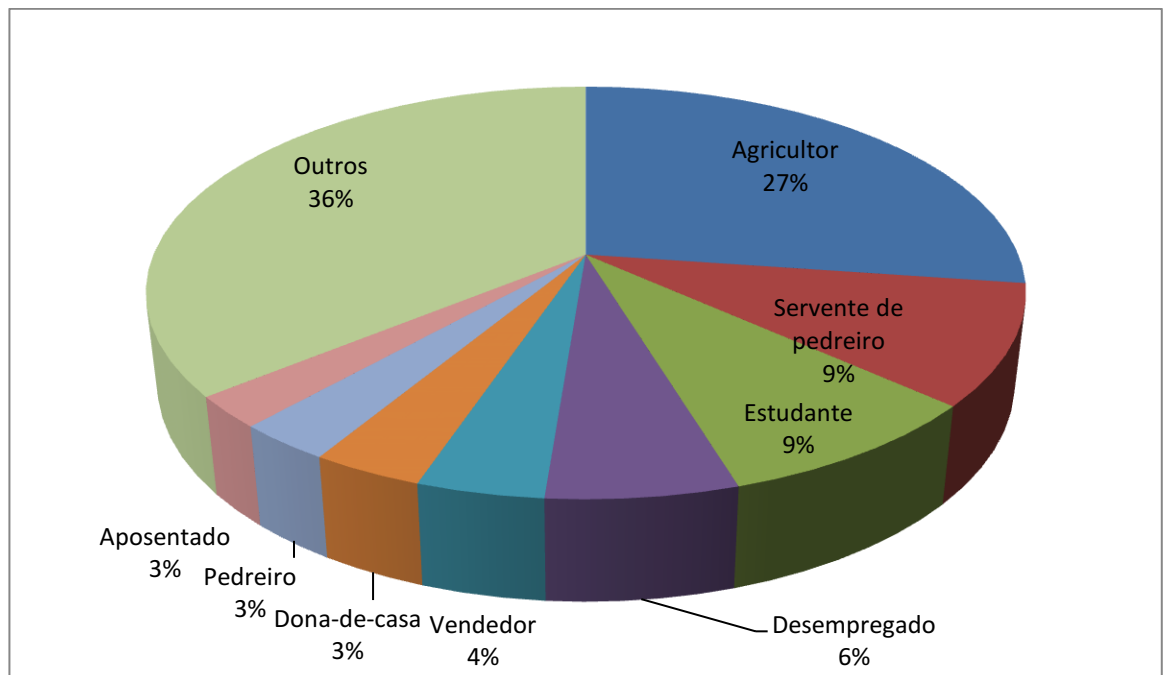
[...] populações de comunidades rurais apresentam vulnerabilidade para o consumo e problemas relacionados ao uso de drogas ilícitas, quando comparadas à população urbana. Em geral, são populações constituídas por indivíduos com renda e escolaridade baixas, com precárias condições de trabalho e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. (SILVA, et al., 2017, p 3066)

Como podemos perceber, Cajazeiras e região possuem, de fato, alguns fatores considerados de risco para o consumo prejudicial de substâncias psicoativas. Conglomeramos numa cidade de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio, IDH de educação baixo e índice de desigualdade social maior que a média brasileira, taxas importantes de vulnerabilidade social além do que a mesorregião do sertão paraibano possuir condições climáticas áridas que comprometem ainda mais o campo (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2010).

4.6 QUANTO ÀS PROFISSÕES OU OCUPAÇÕES

Dentre as profissões, que foram 78 diferentes, as que mais se repetiram (com número absoluto maior ou igual a 10 pessoas se declarando em tal profissão/ocupação) foram as seguintes: Agricultor, com percentual de 27%, servente 9%, estudante 9%, desempregado 6%, vendedor 4%, dona-de-casa 3%, pedreiro 3% e aposentado com 3%, como está ilustrado no gráfico 4. Disponibilizamos a tabela discriminando as profissões no Apêndice D.

GRÁFICO 4 - Distribuição dos usuários do CAPS-AD de Cajazeiras por profissão/ocupação



Fonte: Rodovalho, 2018.

Perante tal resultado, vemos que 91% das pessoas possuíam profissão ou ocupação, e que dentre o total tínhamos 9% de estudantes, o que confirma o perfil de população jovem e produtiva, que já foi observada como maioria do público local. Uma demanda que emerge daí é a questão dos turnos de funcionamento do CAPS-AD e se ele oferece reuniões e atendimento fora do horário comercial, algo que beneficiaria os usuários, para que não aumentasse o absenteísmo no trabalho ou escola. Mais de um quarto dos usuários se declararam como agricultores, mesmo que menos da metade desse número fosse morador de campo, o que suscita o pensamento para os motivos de tal discrepância. Poderá existir uma migração pendular inversa, em que os moradores da área urbana se deslocam para áreas rurais próximas para trabalhar, e/ou existir uma declaração de ocupação prévia, que não configura ocupação atual.

Outro valor de importância foi o percentual de desempregados, que foi de aproximadamente 6%. Tal dado diferiu do estudo de Mangualde et al (2013), em que encontrou-se 30% dos usuários como sem ocupação ou desempregados, e também do estudo de Monteiro et al (2011) que, por sua vez, encontrou 35,7% de desempregados. Isso implica dizer que, apesar da maior quantidade declarada de desempregados nesses dois estudos, as pesquisas ressaltaram que a maioria dos usuários tem uma ocupação, o que pode ser encorajador a buscar o tratamento. Sobre a renda, não pudemos inferir esse dado, pois não constavam informações nos prontuários, ademais não podemos inferir a quantidade de trabalhadores formais e informais, o que pode ser importante revelação de outros estudos.

4.7 QUANTO AO(S) TIPO(S) DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA UTILIZADA

Um dos quesitos mais importantes foi entender qual o tipo de substância química que causou maior procura a atendimentos devido à sua dependência. Buscando na fonte, verificamos que 60,16% relataram depender de apenas uma substância, enquanto que o restante, 39,84% dependiam de mais de uma substância. O Álcool foi a droga disparadamente mais citada, correspondendo a 46,78% como única droga consumida e 29% quando se tratava de consumo de mais de uma droga. Ao todo, 75,78% dos usuários do CAPS-AD fizeram uso dessa droga. Relataram fazer uso de crack, 31,98% dos usuários. Em terceiro lugar, a maconha com 25,52% do público desse serviço. Também foi descrito a cocaína por 18,11% dos usuários, tabaco por 16,86% e solventes por 1,75%.

Abaixo podemos avaliar a tabela 4, que foi construída de acordo com as opções de substâncias que foram relatadas no prontuário. Destaque para o percentual das drogas consumidas individualmente:

TABELA 4 - Número e proporção de pacientes que citaram a substância ou conjunto de substâncias utilizadas

Substância de uso abusivo	N	%
• Álcool	189	46,78%
Álcool e cocaína	6	1,49%
Álcool e crack	18	4,46%
Álcool e maconha	5	1,24%
Álcool e tabaco	21	5,20%
Álcool, cocaína e maconha	4	0,99%
Álcool, cocaína e solventes	1	0,25%
Álcool, cocaína, maconha e tabaco	3	0,74%
Álcool, crack e cocaína	6	1,49%
Álcool, crack e maconha	12	2,97%
Álcool, crack e solventes	1	0,25%
Álcool, crack e tabaco	5	1,24%
Álcool, crack, cocaína e tabaco	2	0,50%
Álcool, crack, cocaína e maconha	20	4,95%
Álcool, crack, cocaína, maconha e solventes	1	0,25%
Álcool, crack, cocaína, maconha e tabaco	6	1,49%
Álcool, crack, maconha e solventes	1	0,25%
Álcool, crack, maconha e tabaco	4	0,99%
Álcool, maconha e tabaco	1	0,25%
• Anabolizantes	1	0,25%
• Cocaína	6	1,49%
Cocaína e anfetaminas	1	0,25%
Cocaína e maconha	5	1,24%
Cocaína, maconha e tabaco	1	0,25%
• Crack	19	4,70%
Crack e benzodiazepínicos	1	0,25%
Crack e cocaína	2	0,50%
Crack e maconha	13	3,22%
Crack e solventes	1	0,25%
Crack e tabaco	6	1,49%
Crack, cocaína e maconha	7	1,73%

TABELA 4 - Número e proporção de pacientes que citaram a substância ou conjunto de substâncias utilizadas

Substância de uso abusivo	N	%
Crack, cocaína, maconha e solventes	1	0,25%
Crack, cocaína, maconha e tabaco	1	0,25%
Crack, maconha e solventes	1	0,25%
Crack, maconha e tabaco	1	0,25%
• Maconha	13	3,22%
Maconha e tabaco	3	0,74%
• Opiáceos	1	0,25%
• Tabaco	14	3,47%
Total	404	100,00%

Fonte: Rodovalho, 2018.

O álcool se apresentou como a droga mais consumida e mais geradora de atendimentos no CAPS de Cajazeiras, como era de se esperar, pois já foi mostrado em outros levantamentos que é a substância psicoativa mais consumida no mundo. Discordando de dados nacionais que mostram que a maconha é a substância ilícita mais consumida e de outros estudos epidemiológicos em serviços de saúde, os usuários desse CAPS citaram com maior frequência, entre as drogas ilícitas, o crack e em seguida a maconha (ARAÚJO, et al., 2012; LARANJEIRA et al., 2014; MONTEIRO, et al., 2011).

Pesquisando-se no Brasil sobre morbidade e mortalidade em 2008, através do indicador de carga de doenças, o DALY (*disability adjusted life years*- ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), observou-se um número de 36.957.662 DALY, com destaque que maiores taxas foram encontradas nas regiões do Norte e Nordeste. Do total de DALY no Brasil, 10,1% se deve ao abuso e dependência do álcool nos homens. Somando-se à depressão nas mulheres, esses agravos mentais originam uma elevada carga de doenças psiquiátricas (LEITE et al, 2015).

O álcool, a despeito de ser gerador de problemas de saúde, direta ou indiretamente e estar associado a uma carga de doenças elevada, é comercializado de forma lícita (LEITE et al, 2015).

Para ponderar a respeito, consideremos que:

[...] a separação das drogas entre lícitas e ilícitas não é algo natural ou baseado no poder de dependência ou de maleficência das drogas. Essa separação é determinada socialmente e respaldada pela lógica capitalista, de forma que, aos que fazem uso de drogas ilegais, é delegado um tratamento de ordem moral e legal. A ilegalidade da droga associa-se à concepção do indivíduo como um marginal, criminoso e sem

caráter. Logo, o usuário dependente de drogas ilícitas é considerado, a um só tempo, como doente e criminoso. (MELO; MACIEL, 2016, p. 81)

A maconha, por exemplo, ainda que seja a droga ilícita mais consumida no mundo, na pesquisa em Cajazeiras, não foi a substância que trouxe mais problemas a ponto de se buscar ajuda no CAPS-AD. Contudo, seu uso é bastante criminalizado, muitas vezes recaindo punições às camadas mais humildes, aos negros e pessoas que moram em periferias, por ser uma substância de preço baixo e ser mais acessível. Em relação aos seus efeitos no organismo, expõe aos usuários crônicos, alterações na morfologia cerebral, em região parahipocampal e redução de neurotrofinas – proteínas importantes no crescimento, funcionamento e sobrevivência de neurônios – associada a danos de memória em curto prazo, aprendizagem emocional e predispondo indivíduos suscetíveis a sintomas depressivos e psicóticos. Adicionalmente, ocorrem os efeitos nocivos da fumaça no epitélio respiratório, quando usada na forma de cigarros (SANTOS; COERTJENS, 2013).

Por outro lado, o uso moderado da maconha não revela efeitos neurotóxicos significativos, e evidências mostram que há ação anti-inflamatória que está associada à analgesia, redução de efeitos colaterais de quimioterápicos, dentre outras implicações que resultam em aplicações clínicas. Inclusive, pode ser utilizada como terapia de substituição para redução de danos causados por outras drogas mais ofensivas como o crack e opioides (CAMPOS; SIQUEIRA, 2003; GOMES; VECCHIA, 2018; SANTOS; COERTJENS, 2013).

De forma semelhante, ser dependente do crack traz consigo uma série de estigmas sociais para o usuário, devido à sua ilegalidade. Mas os riscos à saúde são diferentes, devido aos seus mecanismos de ação nos órgãos. Como já diziam Laranjeira et al (2014), “em relação ao uso de substâncias psicoativas, as drogas que mais preocupam são o álcool e o crack”.

O crack é um produto derivado do processamento da cocaína, portanto ambos compartilham a mesma substância psicoativa, o cloridrato de cocaína. O cloridrato de cocaína é um alcaloide derivado das folhas da espécie *Erythroxylon*, oriunda da cordilheira dos Andes. Essa substância é obtida através de vários tipos de extração, e a partir desses processos obtêm-se produtos para diversas vias de consumo, com concentrações de cocaína, pico de concentração plasmática e duração de efeitos diferentes (DAMIN; GRAU, 2015).

Não obstante, o mecanismo de ação da substância psicoativa é o mesmo. Possui ações como: inibição da receptação da noradrenalina e serotonina; estímulo à liberação de dopamina; e modificação da permeabilidade das membranas de células nervosas aos íons sódio. Isso provoca os efeitos simpaticomiméticos, de euforia, efeito anestésico, redução do

sono. Trazendo consequências preocupantes ao nível de intoxicação aguda e crônica (DAMIN; GRAU, 2015).

Pedrosa et al (2016), em sua publicação, descreveram a trajetória da dependência do crack, através de entrevistas realizadas a pessoas hospitalizadas para tratamento desse transtorno, buscando entender como se iniciava o consumo, como ele se perpetuava e se tornava dependência e também como a pessoa buscava retomar sua saúde. Esses autores remataram que entre algumas motivações para o primeiro uso da droga, estavam a curiosidade, conflitos familiares ou para atenuar algum sofrimento ou decepção da vida. Porém, a partir daí, depois de instalado o vício, acontecia um ciclo do consumo que alternava períodos de abstinência total da droga e recaídas, em que a abstinência era suscitada pelo desejo de retomar a vida, numa fase de arrependimento e fê.

Tendo em vista as diferentes substâncias de uso abusivo, observamos que a abordagem para os pacientes pode ser aprimorada se conhecermos os atributos comuns à dependência de drogas e as particularidades levantadas pelas diferentes dependências e dependentes.

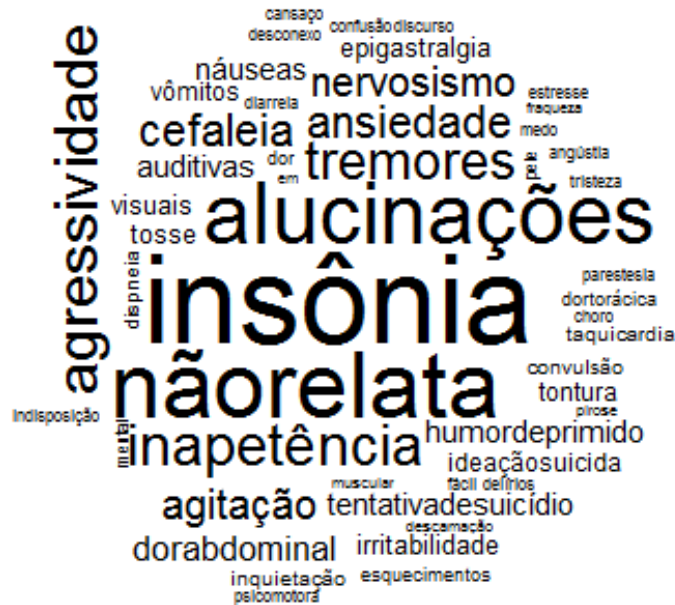
4.8 QUANTO AOS SINTOMAS RELATADOS

Os sinais e sintomas descritos nos prontuários variaram muito, pois havia desde palavras descritas como o paciente as relatava, como também termos semiológicos utilizados corriqueiramente na área médica. Não foi possível classificar em síndromes ou em diagnósticos, pois na ampla maioria dos casos, estavam omitidos no prontuário. Por conseguinte, analisamos esse dado em um software para análise textual (CAMARGO; JUSTO, 2013).

No texto analisado, o número de ocorrência das palavras foi de 1400. O número de palavras diferentes usadas foi de 156, sendo que quase a metade, especificamente 76 palavras, apareceu somente uma vez. O sintoma que mais apareceu nos prontuários foi “insônia”, descrito 131 vezes. Do total de usuários, 95 não relataram sintomas, ou seja, 23,5% do público. Outro sintoma bastante reclamado foi o de “alucinações”, citado 85 vezes. Agressividade foi sintoma de 56 pacientes. Outros sintomas frequentes, de maneira decrescente foram: inapetência (53 vezes), tremores (49 vezes), ansiedade (39 vezes), cefaleia (38 vezes), dor (38 vezes), agitação (34 vezes), nervosismo (34 vezes). Seguidos de “história de tentativa de suicídio”, relatado por 22 usuários e “humor deprimido”, por 21 usuários. A listagem completa de sintomas e sua frequência encontra-se no Apêndice E.

Na figura 1 podemos observar a representação gráfica da frequência das palavras, elaborada pelo software IRAMUTEQ, podendo ser interpretada da seguinte forma: quanto maior, mais frequente, tomando proporção do que é relatado:

FIGURA 1 – Nuvem de palavras referentes aos sintomas descritos nos prontuários



Fonte: Rodovalho, 2018.

A partir desse contexto é possível comparar que a maioria dos sintomas, que vêm geralmente agrupados, pois a soma desses percentuais dá maior que 100%, pertencem ao espectro de sintomas dos Transtornos Mentais Comuns. Essa denominação foi criada para incorporar um conjunto de sintomas não psicóticos, depressivos, ansiosos ou somáticos, que traduzem um sofrimento mental latente, que não se encaixa nos critérios diagnósticos já firmados pela Classificação Internacional de Doenças (CID) ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (em inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM) (LUCCHESI et al., 2017; MURCHO; PACHECO; JESUS, 2016).

Embora não possamos inferir em nossa pesquisa quantos pacientes possuem esses transtornos mentais comuns, outra avaliação nacional conseguiu estimar que 37,2% de pessoas que abusam de álcool e drogas possuem maior probabilidade de desenvolverem esses

transtornos. Alguns fatores estão associados, como o sexo feminino, idade ≤ 25 anos e uso de maconha na vida (LUCCHESI et al., 2017).

Esses dados demonstram que devemos abordar o sofrimento mental vivenciado por essas pessoas. Tal sofrimento não pode ser eliminado por medicamentos, necessita de uma abordagem psicossocial, que inclua de apoio psicológico e outras estratégias de cuidado.

A pesquisa, entretanto, não permite concluir sobre a manifestação de Transtornos Mentais Comuns, pois a sintomatologia pode ser tradução de períodos de abstinência, do próprio efeito das drogas, ou de outros transtornos mentais, tendo em vista que temos também uma porcentagem significativa de sintomas psicóticos. É necessário um estudo detalhado, voltado para esses aspectos.

4.9 QUANTO À ABORDAGEM DO SERVIÇO

A abordagem do serviço foi também uma categoria analisada. Dividimos em três tipos de abordagem, de acordo com os registros dos prontuários: “acolhimento”, quando o paciente era apenas acolhido inicialmente, mas não frequentava outras vezes o local, tampouco tinha consulta médica; “acolhimento + acompanhamento multiprofissional”, que reflete a posterior frequência ao estabelecimento e vários registros de profissionais diferentes; e “acolhimento + consulta(s) médica(s)”, quando não há registro de outros profissionais no prontuário, além do médico, excetuando-se o acolhimento, que normalmente é feito por diversos profissionais.

A tabela 5 expõe esses resultados:

TABELA 5 - Número e proporção de pacientes pelo tipo de abordagem do serviço

Abordagem do serviço	N	%
Acolhimento	16	3,96%
Acolhimento + acompanhamento multiprofissional	225	55,69%
Acolhimento + consulta(s) médica(s)	163	40,35%
Total	404	100,00%

Fonte: Rodvalho, 2018.

Tal resultado testemunha que a maioria dos pacientes retornaram ao CAPS-AD de Cajazeiras para dar continuidade ao tratamento. Poucos passaram apenas pelo acolhimento,

sem outra atenção especializada. Apesar disso, uma porcentagem de mais de 40% foi apenas acolhida tendo atendimento médico posterior, perdendo a continuidade do acompanhamento multidisciplinar que esse centro oferece. Isso demonstra que existem públicos diferentes nesse centro. Existe um público que consegue participar de outras modalidades de tratamento, passando por vários profissionais, e um público que perde a longitudinalidade do cuidado, por vezes se medicalizando, sem acompanhamento, ou mesmo sendo negligenciado. Motivações para essa questão pairam sobre a própria representação social da dependência química, como área de intervenção médico-hospitalar, mas também, devem-se considerar questões sobre tempo para participar das atividades, devido aos horários de atividades coincidirem com horários de trabalho ou estudo, ou falta de horários devido a responsabilidades com a família, criação de filhos ou idosos; questões sobre a preponderância masculina nos espaços, sinalizando a pouca visibilidade feminina, dentre outras razões.

5 CONCLUSÃO

Traçamos esta pesquisa com o objetivo de conhecer o público do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas da cidade de Cajazeiras. Tendo em vista o papel histórico que a Universidade Federal de Campina Grande, com seus docentes e discentes, tem em relação ao fortalecimento da assistência à saúde mental, notamos a importância de aliar os fundamentos teóricos à prática, numa aproximação e (re)conhecimento diante de um dos principais serviços de saúde mental disponíveis na região.

Diante dos nossos resultados, observamos que as políticas públicas por mais que se desenhem como propositivas para a atenção holística do usuário de drogas e sua reinserção na comunidade local, são difíceis de ser implementadas. Recursos humanos formados para atender as pessoas que buscam o serviço, reconhecendo a sua necessidade de saúde, devem, antes de tudo, enxergar a complexidade da relação entre usuário e vício. Dessa forma, cruzam-se as políticas de saúde mental e outras políticas de cuidado integral à saúde, apontando a constante necessidade da discussão e formação contínua sobre o tema.

Os profissionais da rede de saúde se deparam com um público predominantemente masculino, solteiro, jovem e de baixa escolaridade, como já se previa em outras literaturas, apresentando esse gênero mais exposição às drogas e maior aceitação social ao uso delas. A maioria declara ter uma profissão ou ocupação, o que mostra que é equivocada a representação social do usuário de drogas como “vagabundo” e “criminoso”.

Essa caracterização levanta uma sugestão de se realizarem rodas de conversas setorializadas para as mulheres ganharem mais espaço para o seu tratamento, tendo em vista que isso rompe a barreira da fala e propicia empatia entre elas. Ademais, outra sugestão que beneficiaria os trabalhadores e os estudantes, seria o oferecimento de momentos coletivos para conversas em horário não comercial.

Em sua maioria, os pacientes são residentes de cidade, principalmente do município sede e procuram o serviço por depender de uma substância apenas, sendo que a mais citada é o álcool. Esse resultado era esperado, por ser o álcool uma droga lícita e ter um mercado opulento, que age através da mídia com insuficiente regulamentação, apesar de suas consequências à saúde e ônus ao Estado.

Os usuários do serviço chegam relatando diversos sintomas, dentre os quais a insônia, sendo referida pela maioria dos pacientes. Vários dos sintomas estão associados aos Transtornos Mentais Comuns, muito prevalentes na atenção básica e frequentemente negligenciados.

Apesar de não podermos estimar o tempo de tratamento através de nossa pesquisa, pudemos notar que pouco mais da metade dos pacientes puderam passar por um efetivo acompanhamento multiprofissional, o que sinaliza a existência de dificuldades do serviço para ofertar assistência de acordo com o que está preconizado nas normativas legais.

Houve dificuldades em acessar os dados na forma com que inicialmente havíamos proposto, devido às variadas folhas de rosto nos prontuários, sem uma padronização, ilegibilidade da caligrafia de alguns profissionais, dados mal preenchidos ou omitidos. Os dados da identificação pessoal não deveriam ser menosprezados, já que contribuem para compreensão do quadro geral do usuário. No que se refere à ausência de diagnóstico clínico em muitos prontuários, destacamos a importância de ele ser traçado, se não em uma primeira consulta, no seu acompanhamento. Outro ponto importante seria registrar a frequência com que o usuário procura o serviço, podendo assim, encaminhá-lo a atividades mais eficazes, enquanto que sua descontinuidade do tratamento poderia ser abordada posteriormente de forma a prevenir recaídas e promover autocuidado.

Podemos considerar que este estudo desata uma parte da compreensão do funcionamento do CAPS-AD de Cajazeiras e permite a elaboração de novos questionamentos e hipóteses para posterior aprofundamento da questão. Sua relevância está em permitir ampliar o horizonte para estratégias de apoio aos usuários, sua oferta de ações e a personalização do cuidado.

Considerando que esta pesquisa teve delineamento epidemiológico descritivo, percebe-se que mais pesquisas, utilizando outras metodologias, são necessárias para se compreender os diferentes aspectos da dependência química e para explicar suas alterações cerebrais, assim poderemos ter tratamentos mais eficazes para cada caso em sua singularidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, N.B. et al. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 227-234, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000400006>. Acesso em 30 ago. 2018.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. Cajazeiras-PB. 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/cajazeiras_pb>. Acesso em 07 set. 2018.

AZEVEDO; C.S.; SILVA, R.S. A importância da família no tratamento do dependente químico. **Encontro: Revista de Psicologia**, Anhanguera, v. 16, n. 25, p. 151-162, 2013. Disponível em: <pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/download/2439/2337>. Acesso em 15 out. 2018.

BECKER, J.B.; MCCLELLAN, M.L.; REED, B.G. Sex differences, gender and addiction. **J Neurosci Res**, v. 95, n. 1-2, p. 136-147, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5120656/>>. Acesso em 30 ago. 2018.

BERTONI, L.M.; SANTOS, R.V.R. Alcoolismo e meio rural. **Revista GeoNordeste**, São Cristóvão, ano 18, n. 1, p. 98-113, 2017. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/geonordeste/article/view/6122/pdf>>. Acesso em 07 set. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 09 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 132, de 26 de janeiro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html>. Acesso em: 25 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 25 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Caderno de Atenção Básica – 34 – Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

BRASÍLIA, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Efeitos de substâncias psicoativas**: módulo 2, ed. 9, 2016. Disponível em: <https://www.supera.senad.gov.br/@/material/mtd/pdf/SUP9/SUP9_Mod2.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2017.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software de análise textual Iramuteq**. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil, 2013. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em 28 ago. 2018.

CAMPOS, M.A.; SIQUEIRA, D.J.R. Redução de danos e terapias de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redutores de Danos. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, 2003, v. 52, n. 5, p. 387-393. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Redu%C3%A7%C3%A3o-de-danos-em-psiquiatria.pdf#page=56>>. Acesso em 18 out. 2018.

CARLINI, E.A. et al. Drogas Psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC**, n.3, p.9-35.2001. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20DROGAS%20PSICOTR%C3%93PICAS%20O%20QUE%20S%C3%83O%20E%20COMO%20AGEM.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

COSEMS PB. Mapa Dinâmico das Regiões. João Pessoa. Il. color. Disponível em: <<http://cosemspb.org/cir/>>. Acesso em 19 ago. 2018.

COSTA, P. H. A.; PAIVA, F. S. Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1009-1031, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312016000301009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2017.

DAMIN, C.; GRAU, G. Cocaína. **Acta Bioquím Clín Latinoam**, v. 49, n. 1, p. 127-34, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/abcl/v49n1/v49n1a12.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

DIXON, M.A.; CHARTIER, K.G. Alcohol use patterns among urban and rural residents. **Alcohol research: current reviews**, Virginia, v. 38, n. 1, p. 69-77, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872615/>>. Acesso em 07 set. 2018.

EPI INFO. Centers for Disease Control and Prevention. Version 7. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>>. Acesso em 14 out. 2018.

ESTATÍSTICAS SOCIAIS. PNAD Contínua 2016: 51% da população com 25 anos ou mais do Brasil possuíam apenas o ensino fundamental completo. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18992-pnad-continua-2016-51-da-populacao-com-25-anos-ou-mais-do-brasil-possuiam-apenas-o-ensino-fundamental-completo.html>>. Acesso em 19 ago. 2018.

FERNANDES, C.L.C.; FALCETO, O.G.; WARTCHOW, E.S. Abordagem familiar. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 86-98.

FERREIRA, J.T. et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes**, Rolim de Moura, v. 4, n. 1, p. 72-86, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://facsapaulo.edu.br/uploads/files/artigo%206.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

FERRI, C.P.; GALDURÓZ, J.C.F. Critérios diagnósticos: CID 10 e DSM. **Carta Aberta Senad**, 2017. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094920-001.pdf>>. Acesso em 15 set. 2018.

GOMES, K.V. **A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado**. 2010. 226 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-10112010-082915/pt-br.php>>. Acesso em 07 set. 2018.

GOMES, T.B.; VECCHIA, M.D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2018, v. 23, n. 7, p. 2327-2338. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702327&lang=pt>. Acesso em 18 out. 2018.

LARANJEIRA, R. (Org.). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 1, p.35-46, 2005. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0197.pdf>>. Acesso em 02 set. 2018.

LEITE, I.C.; et al. Carga de doenças no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p.1551-1564, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1551.pdf>>. Acesso em 08 set. 2018.

LUCCHESI, R. et al. Transtorno mental comum entre indivíduos que abusam de álcool e drogas: estudo transversal. **Texto Contexto Enferm**, Catalão, v. 26, n. 1, p. 1-7, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100305&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02 abr. 2017.

MANGUALDE, A.A.S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Mental**, Barbacena, ano 10, n. 19, p. 235-248, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272012000200006>. Acesso em 30 ago. 2018.

MARTINS, C.P.; LUZIO, C.A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface**, Botucatu, 2017, v. 21, n. 60, p. 13-22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150614.pdf>>. Acesso em 22 nov. 2018.

MELO, J.R.F.; MACIEL, S.C. Representação social do usuário de drogas na perspectiva de dependentes químicos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 36, n. 1, p. 76-87, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000100076&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 01 set. 2018.

MICROSOFT Office Excel.Version 14.0. Microsoft Corporation, 2010

MONTEIRO, C.F.S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em Caps-Ad do Piauí. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013>. Acesso em 30 ago. 2018.

MURCHO, N.; PACHECO, E.; JESUS, S.N. Transtornos Mentais Comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um Estudo de Revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, p. 30-36, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100005>. Acesso em 11 set. 2018.

OLIVEIRA, F.B.; FORTUNATO, M.L.; ROCHA, A.F.N.M. Centro Atenção Psicossocial de Cajazeiras: uma nova forma de atenção em saúde mental. **Revista Eletrônica Extensão Cidadã**, v. 1, p. 1-11, 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/extensaocidadada/article/view/1341>>. Acesso em 14 set. 2018.

OLIVEIRA, J.C.A.X.; et al. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina: contribuições para enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Cuiabá, v. 22, n. 2, capa, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/04/49742-204171-1-PB.pdf>>. Acesso em 02 set. 2108.

OLIVEIRA, L.A.G. et al. O ser feminino no contexto da dependência química: perfil das usuárias do Caps-Ad de Montes Claros-MG. **Revista Intercâmbio**, Montes Claros, v.5, capa, 2014. Disponível em: <<http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/view/42/42>>. Acesso em 30 ago. 2018.

OLIVEIRA, M.; ROMERA, L.A.; MARCELLINO, N.C. Lazer e juventude: análise das propagandas de cerveja veiculadas pela televisão. **Revista da Educação física/UEM**, Maringá, v.22, n.4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832011000400005&lang=pt>. Acesso em 16 set.2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2004. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2017.

PEDROSA, S.M. et al. A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. **Rev Bras Enferm**, Anápolis, v 69, n.5, p. 956-63, set./out. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0956.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

PLANETA, C.S. et al. Ontogênese, Estresse e Dependência de Substâncias Psicoativas. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 43, n. 3, p. 335-346, jul./set., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v43n3/a03v43n3.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

PORTUGAL, F.B. et al. Carga de doença no Brasil: um olhar sobre o álcool e a cirrose não viral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 491-501, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200491>. Acesso em: 02 abr. 2017.

RATINAUD, P. **Iramuteq**: R Interface para Análises Multidimensionais de Textos e Questionários. Disponível em: <<http://iramuteq.org>>. Acesso em: 14 out. 2018.

RIBEIRO, D.R.; CARVALHO, D.S. O padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). **J Bras Psiquiatr**, Curitiba, v. 64, n. 3, p. 221-229, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852015000300221&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 05 set. 2018.

ROUQUAYROL, M.Z.; BARRETO, M. Abordagem Descritiva em Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, Guanabara Koogan, 2003. p. 83-121.

SÁNCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.2, n.2, p. 319-324, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007>. Acesso em: 01 abr. 2017.

SANTOS, B.S.; COERTJENS, M. A neurotoxicidade da Cannabis sativa e suas repercussões sobre a morfologia do tecido cerebral. **ABCS Health Sci**, Parnaíba, v. 39, n.1, p.34-42, 2014. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/viewFile/250/383>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

SECOM, Secretaria de Comunicação de Cajazeiras. **Notícia: Secretário de Planejamento fiscaliza construção de unidades de saúde, escola e ginásio em Cajazeiras**. Disponível em: <<http://www.pbemfoco.com.br/noticias/secretario-de-planejamento-fiscaliza-construcao-de-unidades-de-saude-escola-e-ginasio-em-cajazeiras>>. Acesso em: 09 jul. 2017.

SILVA, A.C.; et al. Consumo de drogas ilícitas em assentamentos rurais. **Revista Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 8, p. 3065-3071, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-32529>>. Acesso em 07 set. 2018.

SOUZA, F.S.P.; OLIVEIRA, E.N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Sobral, v. 15, n. 3, p. 671-677, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300009>. Acesso em: 02 abr. 2017.

SOUZA, L.G.S.; MENANDRO, M.C.S.; MENANDRO, P.R.M. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 25, N. 4 , P. 1335-1360, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01335.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

TAVEIRA, C.B. **Abordagem do alcoolismo em duas comunidades da zona rural em um município no interior de Minas Gerais**. 2015. 32 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Estratégia de Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Abordagem_alcoolismo_em_duas_comunidades.pdf>. Acesso em 07 set. 2018.

VENTURA, C.A.A. Drogas lícitas e ilícitas: do direito internacional à legislação brasileira. **Rev. Eletr. Enf.**, São Paulo, v.13, n.3, p.554-9, jul/set 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n3/pdf/v13n3a22.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2017.

VOLKOW, N.D.; MORALES, M. The brain on drugs: from reward to addiction. **Cell**, v. 162, n. 4, p. 712-725, 2015. Disponível em: <[https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(15\)00962-9?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867415009629%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(15)00962-9?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867415009629%3Fshowall%3Dtrue)>. Acesso em 14 set. 2018.

WALDMAN, E.A.; ROSA, T.E.C. **Vigilância em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/Volume07.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

APÊNDICE A – TABELA PARA COLETA DE DADOS

INQUIRÇÃO:	RESPOSTAS:
Sexo	Masculino () Feminino ()
Idade	
Estado civil	Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Viúvo ()
Grau de escolaridade	Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós-graduação ()
Endereço	Rua: Nº: Bairro: Município: Estado:
Profissão/Ocupação	
Renda	
Substância de uso abusivo	
Sintomas associados	
Tratamento indicado	
Tempo de tratamento	

APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do CFP/UFCG

Assunto: Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, por meio deste documento, solicitar a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo intitulado “**Perfil Epidemiológico dos Usuários do CAPS-AD em Cajazeiras-PB**”, tendo como Pesquisadora Responsável, a professora Sofia Dionizio Santos.

A dispensa está fundamentada na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que prevê, em seu item IV.8, a dispensa do TCLE nos casos em que sua obtenção seja inviável. No caso da pesquisa aqui apresentada, a justificativa para a dispensa baseia-se em que:

- A obtenção do TCLE dos pacientes cujos Prontuários serão consultados é inviável, pela dificuldade de contato e localização de todos os pacientes e/ou familiares já atendidos pelo CAPS-AD;
- A metodologia proposta é de estudo epidemiológico descritivo, utilizando-se das informações disponíveis nos prontuários para obtenção dos dados relativos às variáveis investigadas;
- A Pesquisadora Responsável assegura que todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa. Os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes;
- Não se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e conseqüentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos.
- Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista neste projeto de pesquisa, sendo mantidos em sigilo.

**APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO**

(Conclusão)




**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES**

A Pesquisadora Responsável compromete-se a obedecer às diretrizes éticas norteadoras de pesquisas com seres humanos, descritas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e em outras pertinentes.

Atenciosamente,

Cajazeiras, 17 de agosto de 2017.


Pesquisadora Responsável - Profa. Ms. Sofia Dionizio Santos
Matrícula SIAPE: 1838695

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PESQUISA

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PESQUISA

Como Pesquisadora Responsável pela pesquisa intitulada “**Perfil Epidemiológico dos Usuários do CAPS-AD em Cajazeiras-PB**”, comprometo-me a obedecer às normas éticas de pesquisa, de âmbito nacional, internacional e local, em todas as suas etapas.

Considerando a metodologia da pesquisa, com procedimento de consulta aos prontuários do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas, em Cajazeiras-PB, dedicarei especial atenção às normativas sobre:

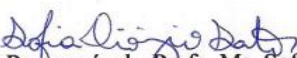
a) Acesso aos Prontuários: o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes somente serão permitidos com autorização da instituição responsável pela guarda dos prontuários, e após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da UFCG.

b) Preservação da Confidencialidade: o anonimato dos pacientes será garantido pelos pesquisadores, assegurando que os dados pesquisados serão manejados com privacidade e confidencialidade. Os resultados serão apresentados de modo agregado, preservando ainda o anonimato dos participantes.

c) Utilização dos dados: as informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas participantes. Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer todo o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os participantes, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Cajazeiras, 17 de agosto de 2017.


Pesquisadora Responsável - Profa. Ms. Sofia Dionizio Santos
Matrícula SIAPE: 1838695

**APÊNDICE D – TABELA PROFISSÃO/OCUPAÇÃO DOS USUÁRIOS DO CAPS-AD
DE CAJAZEIRAS**

Profissão/Ocupação	N	%
1. Acessor administrativo	1	0,25%
2. Agente Comunitário de saúde	1	0,25%
3. Agente de endemias	1	0,25%
4. Agente de saúde	1	0,25%
5. Agente do PEVA	1	0,25%
6. Agricultor	110	27,23%
7. Ajudante	2	0,50%
8. Ajudante de marmoraria	1	0,25%
9. Aposentado	10	2,48%
10. Armador	3	0,74%
11. Armador e balconista	1	0,25%
12. Artesão	2	0,50%
13. Autônomo	9	2,23%
14. Auxiliar administrativo	1	0,25%
15. Auxiliar de costura	1	0,25%
16. Auxiliar de serviços gerais	4	0,99%
17. Balconista	1	0,25%
18. Borracheiro	1	0,25%
19. Cabeleireiro	3	0,74%
20. Carpinteiro	1	0,25%
21. Carroceiro	1	0,25%
22. Catadora de materiais recicláveis	2	0,50%
23. Churrasqueiro	2	0,50%
24. Cobrador	1	0,25%
25. Comerciante	4	0,99%
26. Confeiteiro	1	0,25%
27. Conselheiro tutelar	1	0,25%
28. Costureiro	2	0,50%
29. Cozinha	1	0,25%
30. Dançarino	1	0,25%
31. Departamento de estradas	1	0,25%
32. Desempregado	24	5,94%
33. Digitador	1	0,25%
34. Dona-de-casa	14	3,47%
35. Eletricista	2	0,50%
36. Encarregado de usinas	1	0,25%
37. Engraxate	1	0,25%
38. Envelopador	1	0,25%
39. Estofador	1	0,25%
40. Estudante	35	8,66%
41. Ferreiro	1	0,25%
42. Fisioterapeuta	1	0,25%
43. Frentista	1	0,25%
44. Funcionário público	1	0,25%
45. Funileiro	1	0,25%
46. Garçom	2	0,50%
47. Gari	6	1,49%
48. Gesseiro	2	0,50%
49. Gráfico	1	0,25%

**APÊNDICE D – TABELA PROFISSÃO/OCUPAÇÃO DOS USUÁRIOS DO CAPS-AD
DE CAJAZEIRAS**

			(Conclusão)
Profissão/Ocupação	N	%	
50. Instalador de telefone	1	0,25%	
51. Marceneiro	3	0,74%	
52. Mecânico	5	1,24%	
53. Metalúrgico	1	0,25%	
54. Montador	1	0,25%	
55. Motorista	8	1,98%	
56. Mototaxista	4	0,99%	
57. Operador de máquinas	4	0,99%	
58. Operador de pá	1	0,25%	
59. Padeiro	3	0,74%	
60. Pedreiro	12	2,97%	
61. Pescador	5	1,24%	
62. Pintor	7	1,73%	
63. Pintor e servente	1	0,25%	
64. Pizzaiolo	1	0,25%	
65. Policial	4	0,99%	
66. Professor	4	0,99%	
67. Radialista	1	0,25%	
68. Representante de vendas	1	0,25%	
69. Sapateiro	2	0,50%	
70. Sargento dos bombeiros	1	0,25%	
71. Sem ocupação	1	0,25%	
72. Serralheiro	4	0,99%	
73. Servente de Pedreiro	38	9,41%	
74. Servente e jardineiro	1	0,25%	
75. Serviços diversos	3	0,74%	
76. Tapeceiro	1	0,25%	
77. Vendedor	16	3,96%	
78. Vigilante	2	0,50%	
Total	404	100,00%	

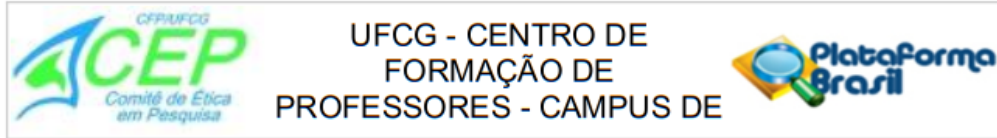
Fonte: Rodovalho, 2018.

APÊNDICE E – TABELA COM OS PERCENTUAIS DE CITAÇÃO DOS SINTOMAS

Sintoma Relatado/descrito	Percentual de pacientes
Insônia	32,42%
Não relata	23,51%
Alucinações	21,03%
Agressividade	13,86%
Inapetência	13,11%
Tremores	12,12%
Ansiedade	9,65%
Cefaleia	9,40%
Dor	9,40%
Agitação	8,41%
Nervosismo	8,41%
História de tentativa de suicídio	5,44%
Humor deprimido	5,19%
Total	100%

Fonte: Rodvalho, 2018.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CAPS-AD EM CAJAZEIRAS ¿ PB

Pesquisador: Sofia Dionizio Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74157617.5.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.264.649

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CAPS-AD EM CAJAZEIRAS ¿ PB, 74157617.5.0000.5575 e sob responsabilidade de Sofia Dionizio Santos trata de um estudo que testará a hipótese de que a compreensão e o tratamento da dependência química dependem do conhecimento sobre os diversos fatores

sociais, econômicos, clínicos, entre outros, que intervêm na experiência de sofrimento do sujeito.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CAPS-AD EM CAJAZEIRAS ¿ PB tem por objetivo principal determinar o perfil epidemiológico dos usuários desse serviço, a partir das informações coletadas nos prontuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CAPS-AD EM CAJAZEIRAS ¿ PB é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

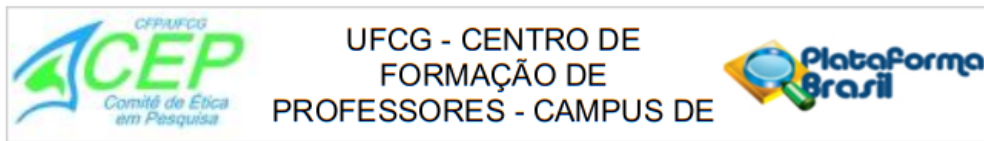
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Sofia Dionizio Santos

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n	CEP: 58.900-000
Bairro: Casas Populares	
UF: PB Município: CAJAZEIRAS	
Telefone: (83)3532-2075	E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

(Continuação)



Continuação do Parecer: 2.264.649

redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Compromisso de uso de prontuários, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CAPS-AD EM CAJAZEIRAS - PB, número 74157617.5.0000.5575 e sob responsabilidade de Sofia Dionizio Santos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

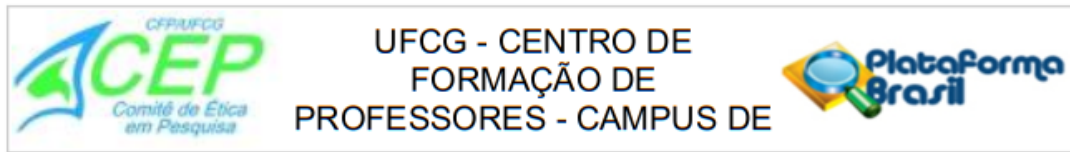
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_980882.pdf	19/08/2017 11:02:11		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Orçamento.pdf	19/08/2017 11:01:46	Sofia Dionizio Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso.pdf	19/08/2017 11:01:19	Sofia Dionizio Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Autorizacao_CAPS_AD.pdf	17/08/2017 16:15:53	Sofia Dionizio Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Compromisso_Uso_Prontuarios.pdf	17/08/2017 16:13:28	Sofia Dionizio Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_Dispensa_TCLE.pdf	17/08/2017 16:11:49	Sofia Dionizio Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_Sec_Saude.pdf	17/08/2017 16:10:56	Sofia Dionizio Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PERFIL_EPIDEMIOLOGICO_CAPS_AD_CZ.pdf	17/08/2017 16:09:53	Sofia Dionizio Santos	Aceito
Outros	Ficha_para_Coleta_dos_Dados.pdf	17/08/2017 16:04:39	Sofia Dionizio Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	17/08/2017 15:52:32	Sofia Dionizio Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

(Conclusão)



Continuação do Parecer: 2.264.649

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 08 de Setembro de 2017

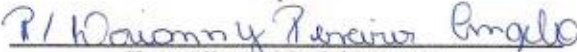
Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br

ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTA AOS PRONTUÁRIOS**CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTA AOS PRONTUÁRIOS**

Eu, Kery Allyene Maciel Menezes, Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) de Cajazeiras-PB, declaro estar informada da metodologia que será desenvolvida na pesquisa “**Perfil Epidemiológico dos Usuários do CAPS-AD em Cajazeiras-PB**”, coordenada por Sofia Dionizio Santos. Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e das demais resoluções complementares, autorizo a consulta do arquivo/prontuário sob minha responsabilidade para realização da referida pesquisa.

Cajazeiras, 17 de agosto de 2017.


Kery Allyene Maciel Menezes
Coordenadora do CAPS-AD de Cajazeiras-PB

ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

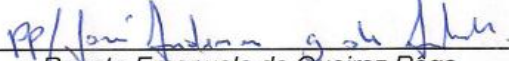
TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: “**Perfil Epidemiológico dos Usuários do CAPS – AD em Cajazeiras - PB**”, a ser desenvolvida pela aluna **Hannah Olga Pereira Rodovalho**, do curso de Graduação de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, sob orientação da Professora **Ms. Sofia Dionizio Santos** está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Cajazeiras - PB, 17 de agosto de 2017.


Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Departamento de Educação em Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola/Programa Saúde na Escola