

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

JEREMIAS CAMPOS SIMÕES

**O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SUAS IMPLICAÇÕES NA
QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DA GRANDE VITÓRIA, ES**

Vitória
2016

JEREMIAS CAMPOS SIMÕES

**O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SUAS IMPLICAÇÕES NA
QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DA GRANDE VITÓRIA, ES**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de pesquisa: Epidemiologia de Agravos e Doenças Não Transmissíveis

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim

Vitória
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Simões, Jeremias Campos, 1983 -

S593c O consumo de substâncias psicoativas e suas implicações na qualidade de vida de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas da Grande Vitória, ES / Jeremias Campos Simões - 2016.

124 f. : il.

Orientador: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.

Coorientador: Maria Helena Costa Amorim.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.
2. Detecção do Abuso de Substâncias. 3. Qualidade de Vida.
I. Miotto, Maria Helena Monteiro de Barros. II. Amorim, Maria Helena Costa. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 616.314

JEREMIAS CAMPOS SIMÕES

**O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SUAS IMPLICAÇÕES NA
QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DA GRANDE VITÓRIA, ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 23 de agosto de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA


Profª. Drª. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Orientadora


Profª. Drª. Maria Helena Costa Amorim
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Co-orientadora


Profª. Drª. Ludmilla Awad Barcellos
Universidade de Vila Velha - UVV
Membro externo


Profª. Drª. Marluce Mechelli de Siqueira
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Membro interno

Dedico esse trabalho a todos os sujeitos que experimentaram e se apaixonaram pelas “drogas”. Paixão devastadora que nunca alcançará o patamar de amor verdadeiro.

AGRADECIMENTOS

Gratidão. Gratidão a tudo e a todos.

“Pegue-me, sou a droga; pegue-me, sou alucinógeno.”
(Salvador Dalí, 1904-1989)

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas configura-se como fenômeno de estudo no campo da saúde coletiva e suas implicações repercutem na vida do usuário. Os objetivos do estudo foram: avaliar o perfil sociodemográfico e descrever o padrão de consumo de substâncias psicoativas utilizadas pelos sujeitos atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e drogas dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil, e investigar o impacto dos fatores socioeconômicos e uso de substâncias psicoativas, na qualidade de vida desses sujeitos. Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido entre junho de 2015 e fevereiro de 2016. A amostra foi calculada, utilizando-se o programa Bioestat 3.1, considerando a população estudada em torno de 1.000 usuários no período de estudo, prevalência de consumo de drogas de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, determinando assim a amostra final de 280 sujeitos. Os dados foram analisados pelo Pacote Estatístico para Ciências Sociais, versão 20.0. Foram utilizados três questionários na forma de entrevista: sociodemográfico, instrumento denominado *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* e Whoqol-Bref. Para o primeiro objetivo foi realizada análise descritiva dos dados, utilizando-se o teste Qui-Quadrado. Calculou-se o *Odds Ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95%. Para o segundo objetivo, utilizou-se a análise descritiva dos dados, através de tabelas de frequência com número e percentual para cada item do instrumento, além de média, mediana e desvio padrão. A comparação da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas e padrão de consumo foi testada por meio do teste mais apropriado - teste Qui-quadrado e/ou Exato de Fisher e ANOVA. O nível de significância adotado foi de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo sob o nº 1.081.491/15. Os resultados demonstraram que 78,9% dos participantes declararam-se não brancos, 74,3% pertenciam ao gênero masculino. Foi encontrado padrão de consumo na vida para todas as drogas, prevaleceu o consumo de abuso para tabaco (60,9%), cocaína aspirada (39,6) e maconha (37,4%), enquanto que para dependência destacaram-se crack (59,1%) e álcool (50,0%). Foi evidenciada significância estatística para o padrão de consumo de dependência para álcool ($p=0,04$), maconha ($p=0,00$), na variável idade e cocaína inalada para variável idade ($p=0,05$) e renda ($p=0,00$), além de relato de insatisfação quanto ao estado de saúde em 40,71% dos usuários e autopercepção negativa para qualidade de vida por 38,5% da amostra. Para todos os domínios foi identificada média abaixo de 54,3, indicando baixa qualidade de vida. Baixa condição econômica foi associada a pior qualidade de vida ($p=0,00$; OR: 2,1. IC 95%: 1,2 - 3,5), e para o consumo de álcool foi potencialmente significativa apresentar padrão de uso de abuso/dependência e pior qualidade de vida ($p=0,05$). A explicitude do consumo de substâncias psicoativas mantém o sujeito inserido em um contexto de vulnerabilidades nos aspectos da saúde e no campo social. A insatisfação da condição de saúde e o baixo indicador de qualidade de vida encontrados devem ser usados como indicadores para desenvolvimento de ações para melhor atender as demandas dos usuários desses serviços.

Descritores: Abuso de drogas. Detecção do Abuso de Substâncias. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances is considered a study phenomenon in the field of collective health and its implications reflect in the patients' life. The objectives of this study were: to evaluate the socio demographic profile and describe the psychoactive substances consumption standard by the patients attended to in the Pshyco social attention, alcohol and drugs Center of the cities of Vitória, Vila Velha and Serra, Espírito Santo, Brazil, and to investigate the impact of social economic factors as well as the use of psychoactive substances concerning these patients' quality of life. That is a transversal study developed between June/2015 and February/2016. The sample was calculated making use of the program Bioestat 3.1, considering the population studied in about 1.000 users during the study period, prevalence of drug consumption of 50%, level of trust of 95% and sample error of 5%, determining the final sample of 280 subjects. Data were analyzed by the Statistics Package for Social Sciences, version 20.0. Three questionnaires were used as interview: social demographic, an instrument called Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test and Whoqol-Bref. For the first objective, a descriptive analysis of the data was made, making use of Chi-Square test. The Odds Ratio (OR) was calculated within the interval of trust of 95%. For the second objective, a descriptive analysis of the data was made through frequency tables with number and percentage for each item of the instrument, besides average, median and standard deviation. The comparison of the quality of life with the social demographic variables and standard of consumption was tested through the most appropriate test – Chi-Square test and/or Fisher's Exact Test and ANOVA. The level of significance adopted was of 5%. The project was approved by the Federal University of Espírito Santo Ethics in Research Committee under the register n. 1.081.4591/15. The results demonstrated that 78,9% of the participants self-declared non-white, 74,3% were male gender. The pattern of consumption in life was found for all drugs and it prevailed the consumption of tobacco abuse (60,9%), snorted cocaine (39,6%) and cannabis (37,4%), as for dependency, crack (59,1%) and alcohol (50,0%) were highlighted. It was significantly evident the statistics for the pattern of consumption for alcohol dependency ($p=0,04$), cannabis ($p=0,00$), concerning the variable age and snorted cocaine for the variable age ($p=0,05$) and income ($p=0,00$), besides reports of dissatisfaction as for the state of health in 40,71% of the users and negative self-perception for the quality of life by 38,5% of the sample. For all domains average below 54,3 was identified, indicating low quality of life. Low economical condition was associated to worse quality of life ($p=0,00$; OR: 2,1. IC 95%: 1,2 - 3,5), and, for alcohol consumption, it was potentially significant to present a pattern of use/dependency and worse quality of life ($p=0,05$). The psychoactive substance consumption explicitness keeps the subject insert into a context of vulnerabilities concerning the aspects of health and quality field. The dissatisfaction about health condition and the low indicator of quality of life found should be used as indicators for developing actions in order to best meet the users' demands needs of these services.

Key words: Drug abuse. Substance abuse detection. Quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Fluxograma da amostra populacional dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Serra e Vila Velha, ES, Brasil, 2016.	53
Figura 2-	Esquematização do fluxo da coleta de dados da população estudada dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Serra e Vila Velha, ES, Brasil, 2016.	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Domínios e facetas do WHOQOL-100	42
Quadro 2-	Domínios e facetas do WHOQOL-BREF	45
Quadro 3-	Categorização das variáveis independentes do artigo 1	56
Quadro 4-	Categorização das variáveis independentes do artigo 2	58

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1-	Escore médio e desvio padrão dos domínios e facetas do instrumento Whoqol-Bref dos usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, Brasil, 2016.	91
-------------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1- Dados sociodemográficos de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil, 2016. 68

Tabela 2- Padrão de consumo de substâncias psicoativas de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil, 2016. 70

Tabela 3- Frequência do uso na vida de substâncias psicoativas segundo os dados sociodemográficos de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil, 2016. 71

Tabela 4- Padrão de consumo de substâncias psicoativas, segundo os dados sociodemográficos de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil, 2016. 73

Artigo 2

Tabela 1- Percepção sobre o estado de saúde de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, Brasil, 2016. 90

Tabela 2- Qualidade de vida segundo dados sociodemográficos e padrão de consumo de substâncias psicoativas por usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, Brasil, 2016. 92

Tabela 3- Qualidade de vida segundo o padrão de consumo de substâncias psicoativas por usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, Brasil, 2016. 93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSIST	Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPTT	Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômano
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DSM	Manual diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais
ES	Espírito Santo
ETSUS	Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PAIUD	Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas
PNAD	Política Nacional Antidrogas
QV	Qualidade de Vida
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SESA	Secretaria de Saúde
SESA-SERRA	Secretarias de Saúde do município de Serra
SEMSA-VV	Secretarias de Saúde do município de Vila Velha
SPA	Substância Psicoativa
SPSS	Statistical Package Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life –Bref
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life -100

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	EPIDEMIOLOGIA, POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA: ALGUMAS REFLEXÕES	21
2.1.1	Eu uso, eles usam e nós usamos? A configuração epidemiológica do uso substâncias psicoativas	24
2.1.2	As Políticas sobre álcool e outras drogas no Brasil e suas implicações na atenção à saúde	28
2.1.3	Os movimentos sociais como dispositivos de mudança: da reforma psiquiatra ao surgimento do CAPS AD	32
2.1.4	No meio do caminho tinha uma pedra: o uso de substância psicoativa e a qualidade de vida	39
3	OBJETIVOS	47
3.1	OBJETIVO 1	48
3.2	OBJETIVO 2	48
4	MATERIAIS E MÉTODOS	49
4.1	LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO	50
4.2	POPULAÇÃO	52
4.3	TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA	52
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	53
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	53
4.6	COLETA DE DADOS	54
4.7	VARIAVEIS	56
4.7.1	Variável dependente Artigo 1	56
4.7.2	Variáveis independentes Artigo 1	56
4.7.3	Variável dependente Artigo 2	57
4.7.4	Variáveis independentes Artigo 2	57
4.8	TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	59
4.9	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	60
5	RESULTADOS	61
5.1	PROPOSTA DO ARTIGO 1	62
5.1.1	Resumo	62
5.1.2	Introdução	64
5.1.3	Métodos	66
5.1.4	Resultados	67
5.1.5	Discussão	74
5.1.6	Considerações Finais	78

5.1.7	Referências	79
5.2	PROPOSTA DO ARTIGO 2	84
5.2.1	Resumo	84
5.2.2	Introdução	86
5.2.3	Métodos	88
5.2.4	Resultados	89
5.2.5	Discussão	93
5.2.6	Considerações Finais	96
5.2.7	Referências	96
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ESTUDO	99
7	REFERÊNCIAS DO ESTUDO	101
	APÊNDICES	109
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
	APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico	111
	ANEXOS	115
	ANEXO A - Questionário ASSIST 3.0	116
	ANEXO B - Questionário de Qualidade de Vida Whoqol Bref	117
	ANEXO C - Carta de anuência do município de Serra	118
	ANEXO D- Carta de anuência do município de Vila Velha	119
	ANEXO E- Carta de anuência do município de Vitória	120
	ANEXO F- Aprovação do CEP/UFES	121

Estima-se que mais de 60% de todas as mortes globais resultam de Doenças Não Transmissíveis (DNTs), as quais também respondem por 48% dos anos de vida saudáveis perdidos no mundo inteiro. Os transtornos mentais, classificados como DNTs, são apontados como maiores responsáveis pela sobrecarga econômica até 2030. Nessa perspectiva estão inclusos também os transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas que, em 2013, acometia mais de 246 milhões de pessoas (WORLD ECONOMIC FORUM, 2011; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2011; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Levantamentos de consumo de drogas no Brasil sugerem o aumento do número de usuários de drogas, principalmente das drogas legalmente aceitas pela sociedade. Como exemplo, estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) no ano de 2001, aponta que 19,4% da população brasileira havia consumido algum tipo de droga, enquanto que no ano de 2005 esses números subiram para 22,8% (CARLINI et al., 2006).

Assim, os resultados desse levantamento, que envolveu as 108 maiores cidades do Brasil, apontaram que o álcool e o tabaco com 74,6% e 44%, respectivamente, foram as drogas mais utilizadas. Ao excluir o álcool e tabaco, as drogas mais usadas na vida foram: maconha com 8,8%, seguido de inalantes 6,1 % e Hipnóticos/Sedativos com 5,6% (CARLINI et al., 2006).

No campo da saúde, a compreensão do fenômeno uso de substâncias psicoativas (SPA's) tornou-se objeto de preocupação conforme relatado por Kolb (1976). Assim, a questão do consumo de drogas, seja ele de uso na vida, de uso abusivo ou de dependência, corresponde a um fenômeno frequentemente discutido, uma vez que suas consequências representam grave problema social e de saúde (PRATTA; SANTOS, 2009).

Almeida et al. (1996) e Buzi et al. (2004) apresentam uma concepção de que não exista uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência, no entanto alguns indicadores da relação do homem com a droga evidenciam a evolução progressiva no padrão de uso da droga.

Dessa forma, para Buzi (2004) o uso de drogas é considerado como qualquer consumo de substância psicoativa, frequente ou não persistente, seja de forma experimental, esporádica ou episódica. Quando esse uso já está associado a algum tipo de prejuízo para o sujeito, seja no campo biológico, psicológico e/ou social, considera-se como padrão de uso de abuso. Assim, abuso é o uso excessivo, persistente ou esporádico de substância psicoativa que representa um padrão de uso mal adaptativo manifestando-se muitas vezes por consequências clínicas adversas, recorrentes e significativas, relacionadas ao uso da substância (KOLB, 1976; BUZI, 2004; SEIBEL; TOSCANO, 2010).

Enfim, a dependência de substâncias psicoativas é relatada como o consumo sem controle, geralmente associado a problemas graves para o usuário. Sua manifestação é acompanhada de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem a partir do consumo repetitivo dessas substâncias, associado a um forte desejo de consumi-la, ao mesmo tempo em que apresenta uma dificuldade de controlar o uso, acarretando na utilização persistente apesar das consequências negativas, frente a uma tendência de prioridades quanto ao uso em detrimento de outras atividades e obrigações. Outras características desse fenômeno é o significativo aumento da tolerância pela substância e um estado de abstinência física, na ausência do consumo (ASSUMPÇÃO, 1994; ALMEIDA et al., 1996).

Estima-se que, um em cada dez consumidores de drogas apresentará características de consumo de dependência. Dessa forma, a discussão sobre o tema uso de SPA's ganha espaço na área de saúde, tornando questão de saúde pública, destacando o olhar sobre o fenômeno como doença, portanto carecendo de espaços de tratamentos específicos. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD) constituem espaços de saúde destinados àqueles indivíduos acometidos pela questão do consumo de álcool e outras drogas (ALARCON, 2014; MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Nessas condições, para a compreensão dos problemas relacionados ao consumo das substâncias psicoativas se faz necessário entender em que contexto de vida a

droga é consumida e qual padrão de consumo o indivíduo incorpora ao seu cotidiano. Portanto, ao iniciar o consumo de drogas o indivíduo poderá deparar-se com uma situação em que o uso da substância não afetará suas atividades diárias e posteriormente abandonará a droga ou uma segunda situação onde o consumo se dará de forma compulsiva e desenfreada na tentativa de obter sensações prazerosas, vindo a droga se tornar o centro na vida do usuário, de forma que esse padrão de uso esteja presente em suas atividades e seu círculo social, desenvolvendo a dependência (CORDÁS; MORENO, 2001).

Dessa forma, o consumo de drogas e suas repercussões na vida do sujeito, e as possíveis implicações na Qualidade de Vida (QV), fazem com que esse tema seja frequentemente discutido, ocupando lugar de destaque nos serviços públicos de saúde (SANCEVERINO; ABREU, 2004).

2.1 EPIDEMIOLOGIA, POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA: ALGUMAS REFLEXÕES

A proposta dessa revisão é construir a base teórica para dar sustentação à discussão sobre a temática droga x homem, pautada em três pilares, a saber:

- Epidemiologia: considerando o uso de drogas no mundo, no Brasil e no Estado do Espírito Santo (ES), onde se configurou o presente estudo;
- As Políticas em saúde mental: reflexo de como o Estado brasileiro construiu (e constrói) suas políticas públicas; o surgimento dos espaços de tratamento e os movimentos sociais que contribuíram para a transformação dos modelos ideais de tratamento.
- A Qualidade de Vida: como indicador de bem estar social e de saúde na população usuária dos serviços dos CAPS AD.

Considerando que a discussão em torno do tema drogas é crescente na sociedade atual, haja vista todas as repercussões do uso de substâncias psicoativas na vida de quem a consome e na sociedade, inicialmente é importante destacar que as palavras uso, consumo de abuso e dependência carregam em si sentido que necessitam de apresentação conceitual prévia para melhor compreensão de tais termos.

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS (1997), o termo uso remete a frequência de consumo das SPA's, podendo ser classificado em:

Uso na vida: considerado quando houve pelo menos uma ocorrência de consumo ao longo da vida. Destaca-se que o instrumento de avaliação do presente estudo parte inicialmente desse padrão de uso na vida para investigação do padrão de consumo de SPA's.

Uso no ano: considerando a ocorrência de consumo de pelo menos uma vez ao longo dos últimos 12 meses.

Uso no mês: pelo menos um consumo dos últimos 30 dias.

Uso frequente: quando o consumo é igual ou superior a seis vezes nos últimos 30 dias.

Uso pesado: quando o consumo é igual ou superior a 20 vezes nos últimos 30 dias.

De certo, outra definição necessária para essa leitura é quanto ao termo abuso. Numa concepção progressiva, quando o uso da SPA está associado a algum tipo de prejuízo para a vida do sujeito, considera-se como padrão de uso de abuso. Assim, o abuso de SPA representa o uso excessivo, persistente ou esporádico da substância, porém manifesta-se como um padrão mal adaptativo, acompanhado muitas vezes por consequências clínicas adversas, recorrentes e significativas, sempre relacionadas ao uso da substância (KOLB, 1976; BUZI, 2004; SEIBEL; TOSCANO, 2010).

Não apenas, para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV – DSM IV (DSM-IV, 2002) o abuso de substância psicoativa é referido como um padrão mal adaptativo de uso da substância, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas, como:

- Uso recorrente da substância acarretando fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;
- Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo para a integridade física;
- Problemas legais recorrentes relacionados à substância;
- Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes.

Desse modo, para atender ao critério de uso de abuso, o consumo deve ocorrer repetidamente durante o mesmo período de 12 meses (DSM-IV, 2002).

Ademais, numa escala final, o consumo de dependência de substância psicoativa representa um padrão mal adaptativo de uso da droga, acarretando em

comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por, no mínimo, três dos seguintes critérios (DSM-IV, 2002):

Tolerância: sendo definida pela necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância, para obter a intoxicação ou o efeito desejado ou acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;

Abstinência: manifestada por síndrome de abstinência característica da substância ou quando a mesma substância (ou substância com a mesma propriedade fisiológica) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

Frequência: a substância psicoativa é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo que o pretendido;

(Des) controle: existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos na expectativa de reduzir ou controlar o uso da SPA;

Tempo: investido grande quantidade de tempo em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância, ou até mesmo na recuperação dos efeitos da SPA;

Abandono: atividades sociais, ocupacionais ou recreativas, antes consideradas importantes, são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;

Consciência: apesar da consciência dos problemas associados e agravados ao consumo da SPA, há a continuação do uso.

Para atender ao critério de dependência, todo esse comportamento de uso deve ocorrer em qualquer momento no mesmo período de 12 meses (DSM-IV, 2002).

Na quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais houve alteração quanto à nomenclatura dos diagnósticos de abuso e dependência de

substâncias compilando-os como “transtorno por uso de substâncias”, porém mantiveram os antigos critérios para abuso e dependência, excluindo o critério relacionado a problemas legais recorrentes relacionados à substância e incluindo o “craving ou um forte desejo ou impulso de usar uma substância” no grupo de critérios para diagnóstico, além de ser acompanhado de critérios para intoxicação e abstinência (ARAÚJO; NETO, 2013).

Assim, destaca-se que a característica essencial de um transtorno por uso de substâncias está na presença de conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo sujeito apesar de problemas significativos relacionados à SPA (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013).

Outra modificação importante foi referente à gravidade do transtorno por uso de substâncias, passando a ser classificada de acordo com o número de critérios preenchidos. Dois ou três critérios: indicam um transtorno leve; quatro ou cinco critérios; indicam um transtorno moderado, e seis ou mais critérios indicam um transtorno grave (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013).

2.1.1 Eu uso, eles usam e nós usamos? A configuração epidemiológica do uso de substâncias psicoativas

Escohotado (1995) afirma que o uso de drogas está presente nas sociedades pelo menos três mil anos a.c. e sugere que, nas mais diversas sociedades, a droga e seu consumo sempre se fez presente. Essa relação milenar do homem com a droga demonstra que membros de diferentes culturas já possuíam conhecimento relevante para utilizar plantas e até algumas substâncias de origem animal, com o intuito de provocar alterações da consciência (SEIBEL; TOSCANO, 2010).

No entanto, somente ao ser incorporado no modelo de saúde e doença, que o consumo de drogas passa a integrar a pauta de discussões de órgãos como a OMS. Na década de 70, a partir de relatórios de assembleia, a OMS já apresentava profunda preocupação quanto aos graves problemas de saúde pública resultantes do consumo e dependência de drogas e assumia a necessidade e o compromisso

em apoiar investigações epidemiológicas e medidas de tratamento (WORD HEALTH ASSEMBLY, 1973, 1977).

Em paralelo, nesse mesmo período, pesquisadores que discorriam sobre a questão do consumo de drogas destacavam a necessidade de atenção a todo padrão de consumo, seja para as drogas legalmente aceitas pela sociedade ou aquelas que sua produção e distribuição são consideradas proibidas (KOLB, 1976).

De fato, a preocupação no passado com o crescente consumo de drogas é, na atualidade, ratificado pelos frequentes relatórios internacionais. Para o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), em seu relatório anual, uma em cada 20 pessoas fez uso de alguma substância psicoativa no ano de 2013. Isso representaria algo em torno de 246 milhões de pessoas em todo mundo. Todavia esse aumento de aproximadamente 3 milhões de usuários, se comparado ao relatório anterior, pode ser considerado estável devido ao crescimento populacional global (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014, 2015).

A outra vertente do consumo de drogas está no desenvolvimento da dependência química ou padrão de uso de abuso, o que expressa a dimensão do problema, tornando-o questão de saúde. Estima-se que um em cada dez usuários de SPA's apresenta um padrão de consumo problemático ou de dependência. Isso representa um montante de aproximadamente 27 milhões de pessoas no mundo (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014, 2015).

A Organização Mundial da Saúde apresenta outro dado alarmante: 8,9% da carga global das doenças resultaram do consumo das substâncias psicoativas, tendo destaque para o tabaco e o álcool, como principais responsáveis sobre a carga global das doenças no ano de 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

No Brasil, os primeiros levantamentos de consumo de drogas foram realizados em grupos específicos como estudantes de ensino médio e universitários, além de crianças e jovens em situação de rua. Esses estudos foram considerados importantes para avaliação de consumo de drogas como um todo e serviram para delineamento de outros estudos de base populacional (CARLINI-COTRIM, 1987;

BARBOSA et al., 1989; CARLINI-COTRIM, 1991; GODOI et al., 1991; CARLINI-CONTRIM, BARBOSA, 1993; BARCELLOS, 1997).

Posteriormente, o CEBRID delineou os primeiros levantamentos a nível nacional sobre consumo de drogas, investigação domiciliar e, mais recentemente, o relatório feito pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Esses relatórios demonstram a dimensão do padrão de consumo da população brasileira para cada tipo de substâncias psicoativas (CARLINI, 2002; GALDURÓZ et al., 2005; CARLINI et al., 2007; BRASIL, 2009).

No ano de 2001, o uso na vida de drogas para a população brasileira apresentava maior prevalência para álcool (53,2%) e tabaco (39,%), enquanto que para as drogas consideradas ilícitas a prevalência era de 11,6%, tendo destaque a maconha com 6,6% (CARLINI, 2002).

O segundo levantamento nacional mostrou que a droga ilícita mais consumida na vida foi a maconha (8,8%), seguida dos solventes (6,1%) e cocaína (2,9%). Enquanto que para o padrão de consumo de dependência química 12,3% da população brasileira era dependente de álcool e 10,1% dependente de tabaco. Já na região sudeste as prevalências para o consumo de dependência para tabaco, álcool, maconha e estimulantes foram, respectivamente, 10,4%, 12,7% 1,5%, 0,1% (CARLINI et al., 2007).

Em se tratando do Estado do ES, foi verificada publicações de estudos envolvendo os CAPS AD da região metropolitana de Vitória tendo como objeto a construção da rede em saúde mental, trajetórias e desafios, além das relações de trabalho nesses serviços. Assim, é escasso estudos de base epidemiológica e avaliação de consumo de drogas nessa população (REIS; GARCIA, 2008; CLEMENTE; LAVRADOR, ROMANHOLI, 2013; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO, 2015).

No entanto, é oportuno destacar os estudos na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) de avaliação de perfil sociodemográficos e padrão de consumo de drogas entre a população universitária da área da saúde dessa instituição (MARDEGAN; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2007; PEREIRA; BUAIZ; SIQUEIRA,

2008; PORTUGAL; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2008; SANTOS; TEIXEIRA; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2010; SANTOS; PEREIRA; SIQUEIRA, 2013; SANTOS; PROCÓPIO; PORTUGAL; SIQUEIRA, 2013; PORTUGAL; CERUTTI; SIQUEIRA, 2014).

Esses estudos demonstraram um padrão preocupante para o consumo de drogas entre a população universitária. Entre os estudantes de medicina, foi encontrado o consumo de uso na vida de álcool para 86,9% da amostra, seguido de 22% para tabaco; 15,5% para solventes; 10,1% para anfetaminas; 9,5% para cannabis sativa; 1,8% para alucinógenos e 0,6% barbitúricos com 0,6%. Os autores pontuaram a necessidade de programas de prevenção do uso de SPA entre esse grupo (PEREIRA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2008).

Para a população de estudantes de farmácia destacou-se o uso de álcool, nas frequências de: “uso na vida” (87,8%), “uso no ano” (77,7%) e “uso no mês” (58,1%). Já para a população de estudantes de odontologia, houve maior prevalência de consumo de substâncias psicoativas para álcool (87,9%), tabaco (27%); e para as drogas ilícitas destacaram-se o consumo de solventes (25,9%), maconha (13,2%) e anfetamínicos (10,9%). Para ambas as populações os achados demonstram o elevado padrão de consumo de SPA (PORTUGAL; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2008; TEIXEIRA; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2010).

Na população de acadêmicos de Psicologia destacou-se também o uso na vida para álcool (85,07%) e tabaco (33,07%). Na análise de associação com uso de álcool destacaram-se: maconha (p -valor = 0,007), os tranquilizantes (p = 0,011) e os anfetamínicos (p = 0,045). Na mesma análise para o uso de tabaco, as substâncias mais associadas foram: maconha (p = 0,0001), os inalantes (p = 0,0001), alucinógenos (p = 0,0001) e os anfetamínicos (p = 0,001). Novamente os autores chamam atenção para a necessidade de abordagens de prevenção e discussão da temática consumo de drogas nessa população (SANTOS; PEREIRA; SIQUEIRA, 2013).

Analogamente, em estudo da população de acadêmicos de enfermagem, quanto ao uso de substâncias psicoativas, destacou-se o uso na vida de álcool (82,1%), sendo

que 11,7% informaram uso frequente e 6,2% uso pesado dessa substância. Nessa mesma população 43,9% fizeram uso na vida de alguma substância, exceto álcool e tabaco, e 22,4% mencionaram uso na vida de tabaco. Não diferentemente, na população de acadêmicos de pedagogia da Universidade Federal do Espírito Santo, em estudo transversal quantitativo, verificou que o álcool e o tabaco foram as substâncias psicoativas com maior uso na vida, com 62,9% e 23,8% respectivamente (MARDEGAN; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2007; PORTUGAL; CERUTTI; SIQUEIRA, 2014).

Não obstante, ao considerar o uso de drogas ilícitas, também em acadêmicos de pedagogia no ano de 2010, fora encontrado maior uso de drogas na vida de tranquilizantes e ansiolíticos (15%) e anfetamínicos (7,8%). Assim, nesta população o uso de tranquilizantes e anfetamínicos são as principais drogas de escolha dos universitários, juntamente com a maconha, os inalantes e os solventes (SANTOS; PROCÓPIO; PORTUGAL; SIQUEIRA, 2013).

Por fim, independente da população em questão, o consumo de substâncias psicoativas repercute diretamente na saúde do usuário, seja no desenvolvimento da dependência química, enquanto transtorno mental ou na vulnerabilidade a comportamentos de risco – violência, práticas sexuais desprotegidas; além dos problemas associados ao bem estar social como rede escassa de desenvolvimento de habilidades e vínculos sociais (SOUSA; KANTORSKI, 2009; BLOOM, 2011).

2.1.2 As Políticas sobre álcool e outras drogas no Brasil e suas implicações na atenção à saúde

A questão do uso e abuso de álcool e outras drogas foi alvo de políticas públicas inicialmente focadas em dispositivos de criminalização em que o sujeito usuário de substância psicoativa era categorizado como de responsabilidade do sistema judiciário, sendo frequentemente alvo de intervenções jurídicas e, posteriormente ao ser incluso na pauta da saúde, esse sujeito passava a receber intervenções no corpo, seja pela lógica da psiquiatrização do abuso ou internações compulsórias (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Numa análise histórica, a exclusão social e a ausência de cuidados em saúde representaram práticas contínuas na vida daqueles que eram acometidos por transtornos mentais, incluindo os sujeitos usuários de drogas, que apresentavam comportamentos considerados problemáticos. Esse cenário de desassistência foi dispositivo para reflexão sobre a necessidade de reversão dos modelos assistenciais que não contemplavam as reais necessidades dessa população. Cita-se, por exemplo, os hospitais psiquiátricos como lugar de excelência para (des)tratar e isolar os usuários de drogas, reproduzindo a realidade do abandono construída na cultura social (SANTOS; OLIVEIRA, 2013; MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014; SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

Um dos primeiros documentos legais, sobre essa temática, do Estado brasileiro, o decreto-lei nº 24.559/34, institucionaliza o discurso de exclusão sobre a loucura e o consumo de drogas. Esse documento estabelecia como doentes mentais os psicopatas, os menores anormais, os toxicômanos e os intoxicados habituais, definindo medidas punitivas como forma de tratamento. A consequência desse discurso institucional de segregação reverberava diretamente nos modelos de tratamentos que eram realizados sob a ótica moralista, que isolava, excluía socialmente e estabelecia medidas punitivas para os indivíduos considerados diferentes (BRASIL, 1934).

Nesse contexto, mesmo após a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, a temática referente ao consumo abusivo de drogas não foi contemplada imediatamente no setor saúde, refletindo talvez o discurso e legislação que predominava em outros países, tais como nos Estados Unidos e na França, onde essa temática era discutida no setor segurança pública, consequentemente resultando em políticas públicas com ações que priorizavam a repressão ao consumo e tráfico de drogas (SANTOS; OLIVEIRA, 2013; MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Santos e Oliveira (2013) destacam que desde sua criação até meados do século XX, o MS manteve seu foco na vigilância sanitária e no controle das epidemias vigentes à época, deixando de lado a questão do consumo de drogas. Esses autores ainda defendem que a explicação mais plausível para esse esquecimento pode estar

atrelada ao fato de que o consumo de drogas e suas consequências, não computavam a mesma importância econômica e política que apresentam na atualidade, além desse consumo não atingir, à época, significância epidemiológica.

É nesse construto de repressão ao consumo e abuso de drogas, exclusão, punição do corpo e do comportamento, que posteriormente duas leis, promulgadas em 1971 e 1976, vão regulamentar, sob forte influência da concepção médico-psiquiátrica hegemônica daquele tempo, a construção ideológica de que o usuário de drogas representava um doente perigoso à sociedade e os hospitais psiquiátricos são os espaços assistenciais de primeira escolha para o tratamento desses sujeitos (BRASIL, 1971,1976; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Dessa forma, a Lei 5726/71 dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso das substâncias que são consideradas responsáveis pelo desenvolvimento da dependência. O texto de lei deixa evidenciada a obrigatoriedade da reabilitação criminal para os “infratores viciados” por meio de internação compulsória em hospitais psiquiátricos por tempo necessário à sua recuperação. Chama atenção o uso dos termos “reabilitação criminal” e “infratores viciados”, que para Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015) evidencia a conotação pejorativa aplicada no artigo de uma lei que se propõe discutir sobre tratamento de usuários de drogas.

Posteriormente a lei supracitada foi substituída pela Lei 6.368/76, que apresentou considerável avanço, ao ampliar as possibilidades de ações preventivas para os dependentes de entorpecentes. No entanto, somente em 2006 com a lei 11.343, revogando ambas as leis citadas, que ocorrerá a diferenciação quanto o indivíduo usuário e/ou dependente do indivíduo traficante, além da diferenciação das penalidades legais para usuário/dependente e traficante (BRASIL, 1971,1976, 2006).

Ainda na década de 1970, no contexto de luta para redemocratizar o Brasil, junto com o movimento de reforma sanitária eclode também o movimento social pela reforma psiquiátrica brasileira que tinha em sua pauta de discussão a reorientação das práticas de saúde mental, a partir de denúncias das condições precárias e os abusos contra os usuários desses serviços (TONINI; KANTORSKI, 2007).

Tão oportunamente, mais a frente será discutida a importância e implicações desse movimento na produção de políticas em saúde mental.

Continuando o exposto, no início do século XXI ocorreu transformações significativas no campo legal por meio de dois documentos: o Decreto 4.345 que instituiu a Política Nacional Antidrogas (PNAD), e a lei 10.409 afirmando a necessidade de tratamento do usuário/dependente ser feito de forma multiprofissional e, na disponibilidade, com a participação da família no processo da assistência (BRASIL, 2002a, 2002b).

Com a aprovação da PNAD o Estado brasileiro assume e reforça a questão do uso abusivo de drogas como um problema de saúde pública, admitindo a necessidade do tratamento, recuperação e reinserção social do indivíduo. Essa política foi baseada em cinco eixos: prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta; estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL, 2002a).

Por consequência, anos depois, em 2010 foi lançado o Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas que reafirmava a implementação de ações descentralizadas e integradas, buscando envolver vários setores e sociedade. No ano de 2011 foi lançado o programa “Crack: é possível vencer!” em ação conjunta com as áreas de saúde, segurança, assistência social, educação e direitos humanos, a partir de três eixos de atuação: prevenção, cuidado e autoridade (BRASIL, 2004, 2010, 2011b).

Não apenas, observa-se que historicamente os conteúdos das políticas sobre álcool e outras drogas no Brasil sofreram modificações ao longo dos séculos, tendo significativa evolução para as diretrizes no campo da saúde. Entretanto, é necessário considerar que os conteúdos de base moralista e excludentes, constados nos primeiros documentos do Estado, contribuíram para a lentidão de inclusão do tema dentro das áreas da saúde, com a carga de preconceito vinculado à questão do uso de droga, conduzindo assim na limitação dos direcionamentos das políticas de álcool e outras drogas em duas vertentes distintas de pensamentos: de um lado as políticas proibicionistas com foco na redução da oferta, repressão do tráfico e do

uso de drogas, e do outro, as políticas focadas na redução de danos, sem enfatizar a proibição do uso (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO, 2015).

2.1.3 Os movimentos sociais como dispositivos de mudança: da reforma psiquiatra ao surgimento do CAPS AD

O fenômeno do uso abusivo de substâncias psicoativas gera em toda sociedade inquietações que passam pelos campos sociocultural, da segurança e justiça, economia e nas últimas décadas infiltra-se no campo da saúde gerando, inicialmente, necessidades de intervenções curativistas a fim de conter tal fenômeno.

É fato que a humanidade sempre conviveu e se relacionou com os mais diversos tipos de drogas, entendidas aqui como quaisquer substâncias capazes de modificar um organismo vivo. Assim, o homem não só desenvolveu a capacidade de manipulação dessas substâncias, como também permitiu e ainda permite que essas exerçam papel importante na estruturação de sistemas sociais, culturais e míticos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; ABREL; MALVASI, 2011).

Cabe aqui explorar, de forma simplista, quatro modelos teóricos fundamentais para a compreensão da construção social em torno da temática consumo de drogas e das relações homem *versus* drogas ao longo dos séculos: o modelo jurídico-moral, o modelo médico, modelo psicossocial e modelo sociocultural. O entendimento em torno dessa construção social demonstra que de acordo com a época, a sociedade, a economia e outros fatores dos campos antropológico e filosófico, essas relações de consumo se apresentarão de forma diferenciada, algumas vezes aceitas entre a sociedade e outras vezes reprimidas e marginalizadas (SEIBEL; TOSCANO, 2010).

Com efeito, o modelo jurídico-moral surge na década de 70, e é considerado por Nowlis como o responsável por manter o foco na droga, emergindo o conceito de legalidade e ilegalidade frente à relação do homem com a substância. Está diretamente relacionado à responsabilização do sujeito pelo uso e dependência da substância psicoativa, ou seja, o início do uso, assim como o desenvolvimento e, por

consequente, a solução está intrínseca a motivação do sujeito. Todavia, apresenta limitação à medida que conduz as pessoas a pensar que são culpadas e que a não resolução pode representar falta de força e ou vontade frente o não alcance de conseguirem alterar seu comportamento. Não obstante, essas conclusões são inferidas sem análise aprofundada da dependência e dos processos que a determinam, resultando em interferências baseadas tão somente na sanção legal (PILLON; LUIS, 2004; TRAD; TRAD; ROMANI, 2013).

No modelo médico, há o reconhecimento de três atores: a droga, o sujeito e o meio ambiente. Nesse modelo, a dependência de substância psicoativa possui caráter progressivo, com manifestações físicas, exercendo papel de doença, o que implica na expectativa do sujeito em ser tratado como doente. Assim, necessita o sujeito doente/dependente de tratamento médico. Já na perspectiva da epidemiologia, ao considerar o modelo de doença contagiosa, a SPA, o sujeito e o meio ambiente passam a representar respectivamente, o agente, hospedeiro e o contexto, concentrando assim atenção nas modalidades das substâncias consumidas, na prevalência do uso, além do perfil do consumidor, fatores de risco e proteção e influências para organismo e comportamento. Ressalta-se que esse modelo assimila parcialmente perspectivas socioculturais de compreensão do fenômeno das drogas. (PILLON; LUIS, 2004; TRAD; TRAD; ROMANI, 2013).

Já o modelo sociocultural, tem por ênfase a definição da sociedade perante a significação que as drogas conferem: uso, utilizadores e reação. Concebe a problemática das SPA como resultado de forças sociais, em que o meio cultural e suas crenças, valores e atitudes conduzem sujeitos ao uso ou abstenção do uso da substância, ou seja, trata-se de um modelo ambientalista em virtude de conferir protagonismo da influência do ambiente nas condutas do sujeito (PILLON; LUIS, 2004; TRAD; TRAD; ROMANI, 2013).

Por fim, no modelo psicossocial, o sujeito é o foco, e as ações de intervenção devem ser direcionadas a ele. Incluem neste modelo o aprendizado social, a interação familiar e os traços de personalidade do sujeito. Considera, portanto, que padrões de comportamento são aprendidos e mantidos por fatores cognitivos, por influência de modelos, expectativas e indicadores, e por fim pela interação do comportamento

com reforços do meio e de fatores genéticos (PILLON; LUIS, 2004; TRAD; TRAD; ROMANI, 2013).

Ademais, toda a variedade de modelos explicativos para questão do consumo problemático de drogas esbarrou, ao longo da história, com modelos de tratamento que perpassaram as práticas de punição, isolamento social e crueldade. O sujeito com problemas relacionados ao consumo de drogas era visto como potencial de periculosidade e para conter o comportamento era necessário o isolamento e consequente institucionalização, a fim de alcançar a remissão dos sintomas por meio de práticas limitadas às abordagens de medicalização e tendo como dispositivo os hospitais psiquiátricos (YASUI, 2013; MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Como resposta a essa produção de (des)assistência surge à necessidade de transformações no modo vigente de (des)tratar o sujeito. Assim, esse contexto de degradantes práticas de repressão, segregação e isolamento, potencializado pelo sentimento de indignação social e pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira, foram dispositivos que contribuíram para emanar os questionamentos quanto à viabilidade de tais práticas (AMARANTE, 2008; MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Concomitantemente ao exposto acima, na década de setenta, foi crescente a insatisfação quanto às condições de trabalho e assistência por parte do então recente movimento de trabalhadores da área de saúde mental. E, a partir do Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 1978, esse movimento de trabalhadores ganha visibilidade e força, resultando no movimento nacional da luta antimanicomial, e posteriormente no movimento de reforma psiquiátrica que buscava (e busca) contrapor a lógica do excluir, do desassistir, por uma proposta de natureza psicossocial, em que há valorização das relações e escuta do sujeito (BRASIL, 2010; YASUI, 2013; MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014; SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

Yasui (2013) caracteriza a reforma psiquiátrica como um processo social complexo, ainda em constituição e conformação. Nessa perspectiva de construção de novas alternativas de tratamento surgem novas propostas para o campo da gestão e

atenção a saúde. Identifica-se, em 1987, a primeira experiência do modelo CAPS, implantado em Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido, na atualidade como CAPS Itapeva São Paulo , antes mesmo de existir qualquer política que o definisse como modelo de assistência. A formulação desse serviço teve como finalidade assistir, gerar modelo de clínica e constituir um programa docente-assistencial.

Além dessa experiência, Lancetti (2015) destaca outros serviços que foram ousados à época, e inspiradores para o atual modelo de serviço proposto, como: Ambulatório de Santo André – São Paulo (1989); O Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômano (CPTT) em Vitória –ES (1989); e em 1998 o Espaço Fernando Ramos.

Por meio das potentes experiências desses movimentos no território nacional, que a partir de 1992 o Estado brasileiro define a funcionalidade do CAPS, instituído como modalidade de tratamento, sendo definidas formas de financiamentos e funcionalidade, pelas portarias 189/1991; 224/1992. Define-se o serviço como:

[...] são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. ... podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (BRASIL; 1994a, 1994b).

São essas transformações que vão gerar, ainda que tardiamente no Brasil, um modelo de atenção ao usuário de drogas pautado nas premissas da desinstitucionalização e inclusão social: o modelo da atenção psicossocial. Nele, as práticas de saúde devem ser voltadas para o sujeito em suas múltiplas dimensões, objetivando não somente a minimização dos danos à saúde, provocados pelo consumo de drogas, mas também ações de prevenção (BRASIL, 2004; MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

No entanto, somente em 2002 que o MS, por meio da Portaria n.º 336/2002, em consonância com as recomendações da II Conferência Nacional de Saúde Mental, estabelece a ampliação da rede de assistência para as pessoas portadoras de transtornos mentais incluindo os transtornos devido ao consumo ou dependência de SPA, instituindo assim o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD), nas seguintes modalidades: CAPS AD I, CAPS AD II e CAPS AD III, definidos por ordem crescente de porte e/ou complexidade e abrangência populacional do território (BRASIL, 2002c, 2010).

Para os CAPS AD I a Portaria n.º 336/2002 estabelece critérios para capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Dessa forma, esse serviço é destinado para o atendimento máximo de 30 usuários por turno pela equipe de saúde, composta por: 01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico). Além de 04 profissionais de nível médio: técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002c, 2010).

Já para o CAPS AD II é definida a capacidade para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. A equipe mínima de saúde para desenvolver atividades para essa modalidade de serviço deverá ser composta por: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior e 06 profissionais de nível médio, de acordo com as categorias profissionais estabelecidas para o CAPS AD I. Essa equipe é responsável pelo atendimento de 30 usuários por turno, tendo como limite máximo 45 usuários/dia (BRASIL, 2002c, 2010).

Para os municípios com população acima de 200.000 habitantes é recomendada a modalidade de CAPS AD III. Esse serviço possui a característica diferenciadora dos demais por constituir-se um serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo acolhimento noturno, com capacidade de no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação (BRASIL, 2002c, 2010).

Por se tratar de um serviço com atenção de 24h ininterruptas, a equipe de saúde deverá ser composta por 02 médicos psiquiatras; 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 05 profissionais de nível superior e 08 profissionais de nível médio, seguindo as mesmas categorias para os CAPS AD I e II. Para o regime de serviço noturno (escala de 12h), a equipe deverá ser composta por: 03 técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 01 profissional de nível médio da área de apoio. Já para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 01 profissional de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico), 03 técnicos de enfermagem, e 01 profissional de nível médio da área de apoio (BRASIL, 2002c, 2010).

Independente da modalidade o CAPS AD enquanto serviço de atenção psicossocial deve incluir em suas atividades atendimento individual; dando atenção à farmacoterapia, atendimento psicoterápico, entre outros, atendimentos em grupos; com abordagens da psicoterapia, grupo operativo, além de atividades de suporte social. Outras atividades atribuídas aos CAPS AD são: atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, além de atividades comunitárias buscando a integração do sujeito na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002c, 2010).

Como resultado, os CAPS AD tornam-se elementos fundamentais para a construção, estruturação e manutenção da rede de atenção integrada, substituindo as internações em hospitais psiquiátricos, constituindo assim, porta de entrada para a rede de cuidados em saúde mental, prestando assistência, e articulando a rede de serviços, organizando demandas e o direcionamento local de políticas e programas de saúde mental (MARQUES; MANGIA, 2011).

Embora a criação dos CAPS AD tenha representado avanço na estruturação dos serviços em saúde mental para a população acometida pelo uso de drogas, sua implementação nos municípios ocorreu de forma lenta e não acompanhou as demandas da sociedade. Em reconhecimento a esses entraves, o MS publica, em 2004, a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUD). Nela há o reconhecimento das falhas e limitações dos serviços vigentes,

convocando a necessidade de mudança na forma de produzir cuidado em saúde para os indivíduos, famílias e comunidade, acometidos pelo consumo de drogas. Além disso, essa política apresenta alguns princípios norteadores como: a atenção integral; a base comunitária; a territorialização; a lógica da redução de danos; e a intersetorialidade (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Continuando, a PAIUD apresenta como principais diretrizes: atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas; reconhecer o direito de toda pessoa receber tratamento para a dependência química; reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante; priorizar ações de prevenção; incentivar ações integradas aos setores de educação, saúde e segurança pública; promover ações de redução de danos; garantir ações para reduzir a oferta de drogas no país, entre outras orientações (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Por outro lado, no ano de 2011 o Ministério da Saúde (MS) estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que dentre vários objetivos busca ampliar o acesso à atenção psicossocial para essa população, por meio de ações que devem ser voltadas às necessidades dos usuários dos serviços. A RAPS tem por características a natureza territorial, com cogestão dos seus usuários e da comunidade, sendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ordenador dessa rede (BRASIL, 2011a; MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Assim, o CAPS AD ao longo de sua construção social e política, se configura como espaços de referência no atendimento de pessoas acometidas com problemas relacionadas ao uso de SPA, tornando-se cenário de constantes transformações, despertando a área acadêmica e pesquisas nos campos da saúde mental e saúde coletiva, entre outros, com os mais diversos objetos de estudo, seja conhecer o perfil dos usuários atendidos pelo serviço, ou conhecer os agravos de saúde provocados pelo consumo de substâncias psicoativas, além da própria dinâmica de trabalho e relações estabelecidas nesses espaços (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012; FREITAS; SILVA; ARAÚJO, 2012).

2.1.4 No meio do caminho tinha uma pedra: o uso de substâncias psicoativas e a qualidade de vida

Considerando que todo o padrão de consumo de SPA pode acarretar em consequências para o sujeito que a consome, tendo caráter multifacetário na vida do sujeito, surgem algumas inquietações em torno dessas consequências:

- O uso de SPA afeta a qualidade de vida do sujeito que a consome?
- Se afeta, quais são as variáveis de consumo que podem representar maior risco deletério ao sujeito?

Cada sujeito, família, comunidade e grupo populacional possuem necessidades e riscos que lhes são característicos (idade, sexo entre outros atributos individuais), seja por sua localização geográfica, por sua cultura e nível educativo, ou por sua inserção econômico-social, configurando assim em um perfil de problemas de saúde/doença, os quais podem favorecer e dificultar sua realização como sujeito e como projeto social, reverberando assim na QV do sujeito (CASTELLANOS, 1997).

Dessa forma, perante esses questionamentos se faz necessário construir uma breve análise reflexiva sobre a representação de QV.

Várias são as definições de QV, seja no campo da antropologia, das ciências sociais, da economia, entre outras. Do mesmo modo, são propostas diferentes formas de mensurar a qualidade de vida de uma população ou indivíduo. No entanto prevalecem dois métodos que buscam caminhos diferentes para avaliação: o primeiro busca mensurar a QV a partir dos recursos disponíveis e a capacidade efetiva de um grupo social para satisfazer suas necessidades; no segundo método busca se avaliar as necessidades, através dos graus de satisfação e dos patamares desejados, considerando que a definição do que é qualidade de vida irá variar em razão das diferenças individuais, sociais e culturais e pela acessibilidade às inovações tecnológicas (HERCULANO, 2006).

Neste aspecto, a ampla gama de conhecimento em torno da temática QV a torna uma área que permeia uma variedade de conceitos da ciência e conhecimento

popular, revelando a necessidade de entender a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida o que tornará ferramenta fundamental para subsidiar as políticas de promoção da saúde para a população (MINAYO; HARTZ; BUSSS, 2000).

Minayo, Hartz e Buss (2000) apresentam uma definição abrangente de QV ao considerar que:

[...] QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Barbosa (1998) defende a ideia de que não é possível existir um conceito único e definitivo sobre QV, no entanto, existe a concordância da construção de elementos que possibilitem pensar numa conceituação enquanto fruto de indicadores ou até mesmo esferas objetivas e subjetivas, a partir da percepção que os sujeitos constroem em seu meio.

Dessa forma, é o conceito de QV, proposto pela OMS, pioneiro a considerar a percepção do indivíduo como sendo o definidor principal. Assim, encontra-se descrito no relatório de divisão de saúde mental e prevenção de abuso de SPA a seguinte definição: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997a, 1997b).

A partir da criação do grupo de Qualidade de Vida, dentro do campo da saúde mental, incluindo a questão dos transtornos mentais decorrentes ao consumo de SPA, foi desenvolvido o instrumento de avaliação da QV denominado World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), que contribui para atender a demanda na área da saúde de ter um instrumento com características psicométricas satisfatórias que pudesse transformar a QV como medida de desfecho confiável, em diferentes culturas em qualquer parte do mundo. A OMS reconhece que sua

iniciativa para desenvolver o instrumento de avaliação da qualidade de vida surge a partir da necessidade do compromisso com a promoção contínua, de uma abordagem holística da saúde e dos cuidados em saúde (WHOQOL GROUP, 1995).

Sob o comando do Grupo de Qualidade de Vida da OMS, o processo de desenvolvimento do WHOQOL-100 consistiu-se de várias etapas, em diferentes partes do mundo, incluindo o Brasil. Aqui o responsável pelo desenvolvimento da pesquisa ficou a cargo do professor Marcelo Fleck, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (WHOQOL GROUP, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Logo, na primeira fase de desenvolvimento, foi proposto o esclarecimento conceitual de Qualidade de Vida, a fim de estabelecer uma definição única e acordada que permitisse uma abordagem universal. Por conseguinte, a definição proposta, conforme já descrita em parágrafos anteriores, reflete a visão de que a qualidade de vida se refere a uma avaliação subjetiva estando inserida em um contexto cultural, social e ambiental. Assim, se espera fornecer um meio de efeitos da doença e intervenções de saúde na qualidade de vida (WHOQOL GROUP, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Na segunda fase de desenvolvimento, a exploração da qualidade de vida foi realizada a fim de estabelecer uma lista de facetas que os 15 centros participantes consideraram relevantes para a avaliação da qualidade de vida. A metodologia proposta foi do tipo grupo focal, a fim de considerar e respeitar a influência sociocultural dos diferentes locais de estudo, assim como possibilitar a avaliação das diferenças no nível de industrialização, serviços de saúde disponíveis e outros indicadores relevantes para a mensuração da qualidade de vida (WHOQOL GROUP, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Por fim, no último estágio de desenvolvimento, as perguntas de cada centro foram agrupadas, padronizadas e um projeto piloto foi desenvolvido para a aplicação padronizada desse instrumento em pelo menos 300 entrevistados dentro de cada centro. E após testes de campo 100 itens foram selecionados para inclusão na versão experimental do WHOQOL-100. Estes incluíram quatro itens para cada uma

das 24 facetas da qualidade de vida e quatro itens relacionados com a qualidade geral de vida e saúde geral. No Quadro 1 é apresentado a estrutura conceitual inicial para o WHOQOL-100, que propôs 24 facetas relacionadas à qualidade de vida agrupadas em 6 domínios (WHOQOL GROUP, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-100 (continua)

Domínios	Facetas
Domínio I - Domínio físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
Domínio II - Domínio psicológico	4. Sentimentos positivos
	5. Pensar, aprender, memória e concentração
	6. Auto-estima
	7. Imagem corporal e aparência
	8. Sentimentos negativos
Domínio III - Nível de Independência	9. Mobilidade
	10. Atividades da vida cotidiana
	11. Dependência de medicação ou de tratamentos
	12. Capacidade de trabalho
Domínio IV - Relações sociais	13. Relações pessoais
	14. Suporte (Apoio) social
	15. Atividade sexual
Domínio V- Ambiente	16. Segurança física e proteção
	17. Ambiente no lar
	18. Recursos financeiros
	19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)

Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-100 (Termina)

Domínios	Facetas
Domínio V- Ambiente	23. Transporte
Domínio VI- Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Contribuindo a isso, o WHOQOL-100 está disponível em mais de 20 idiomas, inclusive no português, sendo a configuração da versão brasileira seguida à metodologia sugerida pela OMS e validada. A conclusão do estudo mostrou que o instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente, além de boa fidedignidade teste-reteste (FLECK, et al.,1999).

Considerando que em alguns casos, principalmente naqueles estudos em que a QV é apenas uma das variáveis de interesse, o Grupo WHOQOL desenvolveu o World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF). A versão de teste de campo WHOQOLBREF foi desenvolvida para fornecer uma avaliação de qualidade de vida de curto formato que analisa perfis de nível de domínio, usando dados da avaliação piloto de WHOQOL e todos os dados disponíveis da versão de teste de campo do WHOQOL-100. Vinte centros de campo situados em dezoito países, incluindo a cidade de Porto Alegre, Brasil, participaram desse projeto (WHOQOL GROUP, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; WHOQOL GROUP, 1998).

Igualmente, o WHOQOL-BREF contém um total de 26 perguntas, permitindo uma avaliação ampla e abrangente foi mantido um item de cada uma das 24 facetas contidas no WHOQOL-100. Além disso, foram incluídos dois itens da vertente Qualidade Geral de Vida e Saúde Geral. De tal modo, a construção da versão abreviada manteve a variância dos domínios, tanto na qualidade de vida global

quanto na percepção de saúde geral e a integridade estrutural (WHOQOL GROUP, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; WHOQOL GROUP, 1998).

O Quadro 2 apresenta os domínios do WHOQOL-BREF. Nele verificam-se quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para cada domínio encontramos as suas respectivas facetas, somando um total de 24 facetas. Os resultados obtidos pelo questionário produz um perfil de qualidade de vida. Dessa forma, as pontuações de domínio são escalonadas numa direção positiva, ou seja, as pontuações mais elevadas denotam uma maior qualidade de vida (quanto mais próximo de 100, melhor é o indicador de qualidade de vida). A pontuação média de itens dentro de cada domínio é usada para calcular a pontuação do domínio. Assim, as pontuações médias são então multiplicadas por 4 de forma a tornar as pontuações de domínio comparáveis com as pontuações utilizadas no WHOQOL-100 (WHOQOL GROUP, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Além disso, o WHOQOL-BREF também possui duas questões iniciais sobre a autoavaliação do entrevistado quanto a QV e sobre sua satisfação com a saúde. As demais 24 questões são distribuídas em quatro domínios (Quadro 2): físico - compondo sete questões sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, uso de medicamentos e capacidade para o trabalho; domínio psicológico – apresentando seis questões sobre sentimentos positivos e negativos, pensar e aprender, memória e concentração, imagem corporal e espiritualidade; relações sociais – com três questões sobre relações pessoais, suporte social e atividade sexual; meio-ambiente – finalizando com oito questões sobre segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, atividades de lazer, ambiente físico e transporte (WHOQOL GROUP, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Vale ressaltar que para todas as questões existem cinco opções de respostas do tipo *Likert* e devem ser considerados os quinze dias anteriores para o autopreenchimento do instrumento, cujo tempo despendido é, em média, de dez a quinze minutos (WHOQOL GROUP, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Quadro 2 – Domínios e facetas do WHOQOL-BREF.

Domínios	Facetas
Domínio I - Domínio físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Domínio II - Domínio psicológico	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio III - Relações sociais	13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social 15. Atividade sexual
Domínio IV – Ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte

Toda essa estrutura científica construída para o direcionamento dos estudos de QV, principalmente em relação à elaboração dos instrumentos WHOQOL- 100 e WHOQOL-BREF contribui para o aumento do número de investigações sobre a temática, possibilitando investigações no campo da saúde, seja na assistência

individual ou coletiva, ou investigações epidemiológicas (FLECK, 1999; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

De certo, como consequência dessa notoriedade, o WHOQOL-BREF tem sido utilizado em estudos de populações acometidas por algum tipo de agravo, como exemplo os sujeitos acometidos pelo consumo abusivo de SPA, ou por populações saudáveis. Independente do grupo de estudo, sabe-se que a contribuição dessas pesquisas está embasada na premissa de que os conhecimentos produzidos podem servir para avaliação da efetividade de tratamento, funcionamento de serviços de saúde, além de norteador para construção de políticas públicas, resultando assim, na melhora da qualidade de vida da população (FLECK, 2000; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

3.1 OBJETIVO 1

Avaliar o perfil sociodemográfico e descrever o padrão de consumo das substâncias psicoativas utilizadas pelos sujeitos atendidos nos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil.

3.2 OBJETIVO 2

Investigar o impacto dos fatores socioeconômicos e uso de substâncias psicoativas, na qualidade de vida dos sujeitos em atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra do estado do Espírito Santo, Brasil.

O presente estudo possui sua estrutura fomentada para construção de dois artigos, sendo elaborados dois objetivos distintos. Dessa forma, optou-se pelo desenvolvimento do estudo descritivo e analítico, do tipo transversal, a partir de dados inéditos.

Os estudos de base descritivos possibilitam a determinação da distribuição de condições de agravo à saúde, considerando três pilares: o tempo, o lugar e/ou as características dos sujeitos. Além de procurar avaliar como a incidência ou a prevalência de determinado agravo ou condição relacionada à saúde pode sofrer variação devido a influência das características do sujeito, como exemplo o gênero, a idade, raça/cor, escolaridade e renda, entre outras (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

A parte analítica de um estudo busca avaliar a existência de associação entre uma exposição e doença ou condição relacionada à saúde. Embora nos estudos transversais a exposição e a condição de saúde do sujeito são determinadas de forma simultânea, o que inviabiliza determinar se a exposição antecede ou é consequência da doença/condição relacionada à saúde, é possível testar a associação de frequência (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; BLOCH; LUIZ, 2009).

Com efeito, estudos transversais são frequentemente utilizados para investigação dos mais variados agravos de saúde, incluindo a questão do uso/consumo de substâncias psicoativas. Isso se deve ao fato desse tipo de estudo permitir a descrição acerca da população em estudo, em dado período de tempo. Sendo a primeira indicação para estratégias de investigação que visam o planejamento e implementações de ações em saúde, sejam elas individuais ou coletivas (BLOCH; LUIZ, 2009).

4.1 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra – Espírito Santo - ES, Brasil, tendo como público alvo os sujeitos que faziam

acompanhamento nesses espaços. O período da coleta de dados ocorreu entre junho de 2015 a fevereiro de 2016.

Os municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, acatando a portaria 3.088/2011, possuem em suas estruturas de serviços de saúde os CAPS AD, como espaço de tratamento para os indivíduos acometidos por transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Essa portaria estabelece a RAPS, que contempla, entre outros espaços, o CAPS AD I, II e III, como espaços de tratamento para os transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Nos municípios de Vila Velha e Serra os CAPS AD configuram-se na categoria CAPS AD II, com capacidade para atender adultos ou crianças e adolescentes, com necessidades decorrentes do uso álcool e outras drogas. O CAPS II é indicado para municípios com população acima de 70.000 até 200.000 habitantes. Dessa forma, observa-se que esses municípios estão atrasados na implementação do CAPS III, uma vez que ambos os municípios possuem população estimada acima de 400.000 habitantes, constituindo assim critério para implementação dessa modalidade (ESPÍRITO SANTO, 2015; BRASIL, 2011).

Já no município de Vitória o CAPS AD configura-se na categoria III – CAPS AD III. Vale destacar que no cenário nacional de luta contra o modelo de exclusão e desassistência dos indivíduos usuários de SPA, o município de Vitória foi um dos pioneiros na implementação da nova e desafiadora forma de assistência. Inicialmente recebeu o nome de Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômano - CPTT, que possuía características do modelo de abstinência e redução de danos. Em 2011 foi constituído em CAPS AD III (LANCETTI, 2015).

Diferente da modalidade do CAPS AD II, o CAPS AD III de Vitória é voltado para o atendimento de adultos que apresentem necessidades de cuidados clínicos contínuos. A característica desse espaço é o funcionamento 24h, tendo no máximo 12 leitos de curta permanência para observação e monitoramento (ESPÍRITO SANTO, 2015; BRASIL, 2011).

4.2 POPULAÇÃO

Sujeitos em tratamento nos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

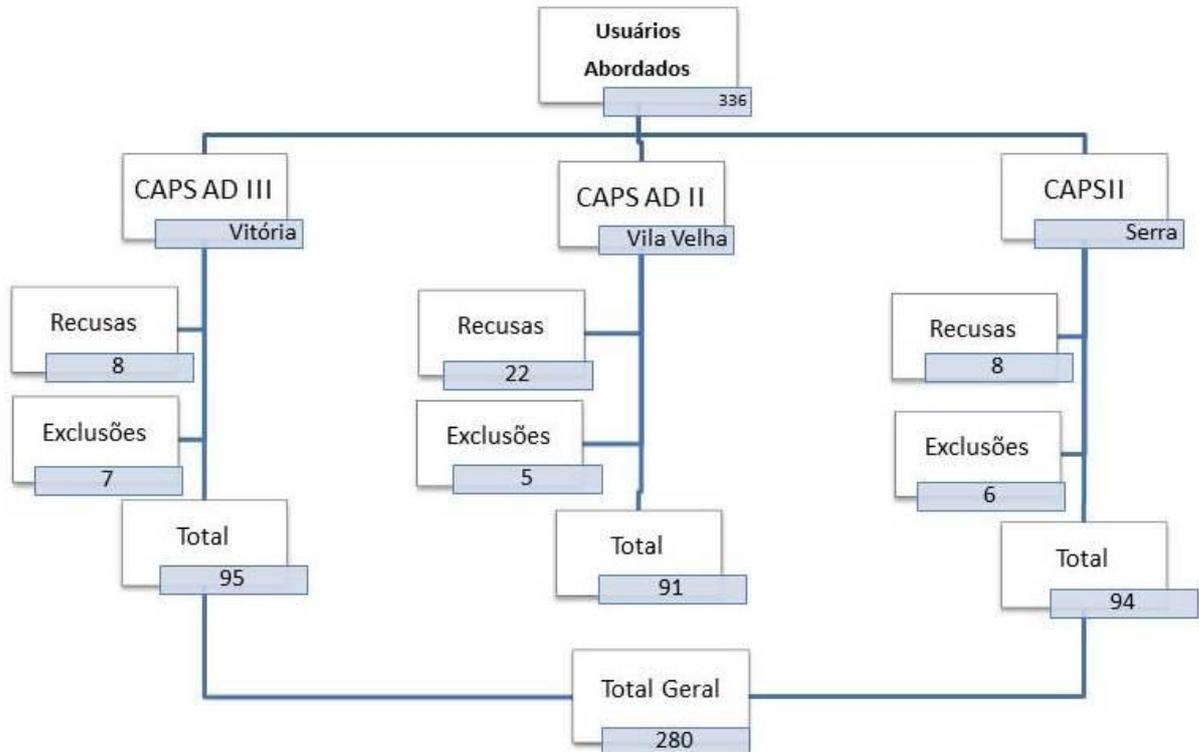
4.3 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para que todos os objetivos do projeto de pesquisa fossem alcançados, o cálculo amostral foi realizado para maximizar o tamanho da amostra. Para tal, considerou-se a população estudada em torno de 1000 indivíduos no período vigente da pesquisa, prevalência de uso de SPA de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. O tamanho mínimo de amostra foi calculado em 278 indivíduos.

Foram realizadas 336 abordagens nos três CAPS AD, sendo que 38 sujeitos se recusaram em participar do estudo e 18 não atenderam ao critério de inclusão. Assim, foi alcançada uma amostra de 280 participantes (Figura 1).

Para o cálculo da amostra foi utilizado o programa estatístico Bioestat, versão 3.1 (TRAPP, 2001; LEVINE, 2012). A aleatorização da amostra foi realizada a partir de um cronograma de visitação dos pesquisadores, a fim de que cada CAPS AD fosse visitado em dias e horário pré-estabelecidos, garantindo que todos os indivíduos tivessem igual probabilidade de participar do estudo.

Figura 1 – Fluxograma da amostra populacional dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Serra e Vila Velha, ES, Brasil, 2016.



4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo sujeitos maiores de 18 anos que estavam em atendimento nos CAPS AD devido o uso de SPA.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram considerados critérios de exclusão: sujeitos que apresentavam comorbidades psiquiátricas e/ ou desvios de comportamento impossibilitando a entrevista.

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados da presente pesquisa foi estruturada a partir de um estudo preliminar realizado no ano de 2014 pelos pesquisadores dessa pesquisa. Teve como população-alvo internos de uma Comunidade Terapêutica no município de Vitória, ES, e objetivou avaliar o perfil sociodemográfico dos usuários do serviço e descrever as substâncias psicoativas mais utilizadas por essa população nos últimos três meses. O estudo preliminar teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP) da UFES, em 27/08/2014.

Assim, para a presente pesquisa, os dados foram coletados utilizando a técnica de entrevista com registro em formulário, mediante a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Para a realização da entrevista foram utilizados três roteiros, conforme descrição a baixo e Figura 2.

Roteiro 1- Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE B):

O primeiro roteiro buscou identificar informações referentes ao perfil sociodemográfico dos sujeitos participantes do estudo, como: idade, gênero, situação conjugal, raça/cor, escolaridade do usuário e do chefe da família, condição de moradia, renda familiar mensal e recebimento de bolsa-família. Além de informações sobre o estado de saúde geral nos últimos 30 dias e informações preliminares sobre o uso de substâncias psicoativas.

Roteiro 2 – Questionário ASSIST 3.0 (ANEXO A):

O segundo roteiro, denominado Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco, e Outras Substâncias, do inglês *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Testcom* (ASSIST), versão 3.0, avaliou o padrão de consumo das SPA's na vida e durante os últimos três meses, classificando-o em uso ocasional, uso sugestivo de abuso e sugestivo de dependência (HENRIQUE, 2004).

O ASSIST foi elaborado sob a coordenação da OMS, e representa um instrumento confiável, cuja propriedade psicométrica se mostra satisfatório se comparado com

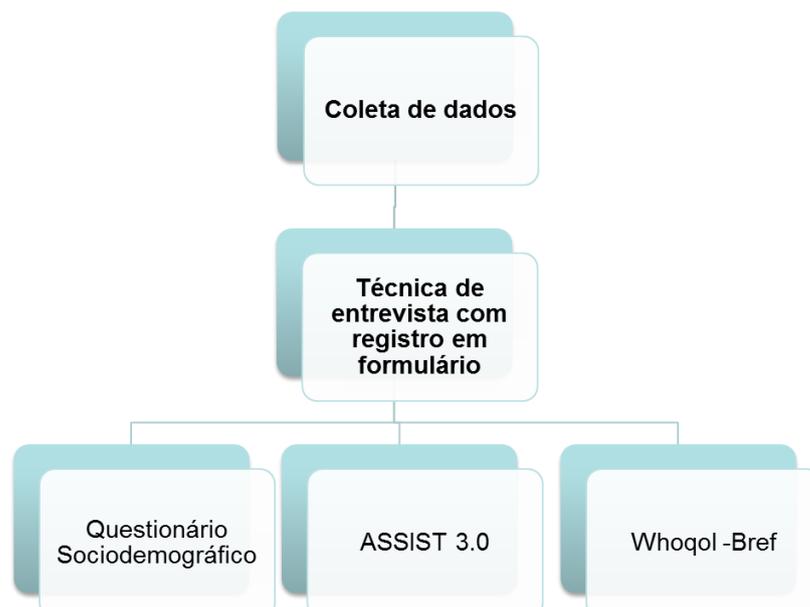
outros instrumentos já validados no Brasil, sendo um instrumento de detecção que avalia o padrão de consumo do indivíduo na vida e durante os últimos três meses, classificando-o em uso ocasional, uso sugestivo de abuso e sugestivo de dependência (HENRIQUE, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Roteiro 3 – Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF (ANEXO B)

O terceiro roteiro utilizado para avaliar a qualidade de vida dos participantes da pesquisa foi o WHOQOL-BREF.

O WHOQOL-BREF representa a versão abreviada do WHOQOL-100, sendo composto por 26 questões. Trata-se de um roteiro de perguntas que busca, a partir da percepção individual do sujeito, mensurar a qualidade de vida. As duas primeiras questões referem-se à qualidade de vida de modo geral e a satisfação com a própria saúde. Já as outras 24 questões estão divididas numa estrutura de quatro domínios: físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente. Devido o reconhecimento da natureza multidimensional da qualidade de vida, esse instrumento pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por algum agravo (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI; SANTOS; KLUTHCOVSKY, 2007).

Figura 2 – Esquematização do fluxo da coleta de dados da população estudada dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Serra e Vila Velha, ES, Brasil, 2016.



4.7 VARIÁVEIS

4.7.1 Variável dependente Artigo 1

Padrão de consumo das seguintes substâncias psicoativas: derivado do tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, cocaína e crack, cocaína, crack, anfetamina ou ecstasy, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opióides, e outras; segundo critério de uso ocasional, uso sugestivo de abuso e sugestivo de dependência.

4.7.2 Variáveis independentes Artigo 1

As variáveis independentes estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Categorização das variáveis independentes do artigo 1 (Continua)

Grupo	Variável	Categoria
Variáveis Sociodemográficas	Idade	Até 32 anos 33 – 41 anos 42 – 51 anos 52 anos ou mais
	Gênero	Masculino Feminino
	Raça/cor	Branca Não branca
	Situação conjugal	Solteiro (a) Casado (a) Comunhão estável Separado (a) Viúvo (a)
	Escolaridade do usuário	Até 3 anos de estudo Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto Ensino médio completo e acima

Quadro 3 – Categorização das variáveis independentes do artigo 1 (Termina)

Grupo	Variável	Categoria
Variáveis Sociodemográfica	Escolaridade do chefe da família	Até 3 anos de estudo Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto Ensino médio completo e acima Não sabe
	Município de residência	Vitória Vila Velha Serra Outros
	Renda familiar mensal	Sem rendimento Até 1 salário mínimo Entre 1 – 2 salários mínimos Entre 2 – 3 salários mínimos Acima de 3 salários mínimos Não sabe
	Fonte de renda (nos últimos 30 dias)	Benefícios Recebe ajuda família/parceiro Trabalho regular/autônomo Trabalho esporádico/bico/esmola Atividade ilícita/Prostituição Sem renda
	Recebe Bolsa família	Sim Não
	Condição de moradia	Casa própria Casa de familiares/outros Casa alugada Vive na rua Vive em abrigo

4.7.3 Variável dependente Artigo 2

Qualidade de vida segundo auto avaliação nas categorias: muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa, segundo os domínios do instrumento WHOQOL BREF.

4.7.4 Variáveis independentes Artigo 2

As variáveis independentes estão descritas no Quadro 4.

Quadro 4 – Categorização das variáveis independentes do artigo 2 (Continua)

Grupo	Variável	Categoria
Variáveis sociodemográficas	Idade	Até 32 anos 33 – 41 anos 42 – 51 anos 52 anos ou mais
	Gênero	Masculino Feminino
	Raça/cor	Branca Não branca
	Situação conjugal	Solteiro (a) Casado(a) Comunhão estável Separado (a) Viúvo (a)
	Escolaridade do usuário	Até 3 anos de estudo Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto Ensino médio completo e acima
	Escolaridade do chefe da família	Até 3 anos de estudo Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto Ensino médio completo e acima Não sabe
	Município de residência	Vitória Vila Velha Serra Outros
	Renda familiar mensal	Sem rendimento Até 1 salário mínimo Entre 1 – 2 salários mínimos Entre 2 – 3 salários mínimos Acima de 3 salários mínimos Não sabe

Quadro 4 – Categorização das variáveis independentes do artigo 2 (Termina)

Grupo	Variável	Categoria
Variáveis sociodemográficas	Fonte de renda (nos últimos 30 dias)	Benefícios Recebe ajuda família/parceiro Trabalho regular/autônomo Trabalho esporádico/bico/esmola Atividade ilícita/Prostituição Sem renda
	Recebe Bolsa família	Sim Não
	Condição de moradia	Casa própria Casa de familiares/outros Casa alugada Vive na rua Vive em abrigo
	Substâncias Psicoativas	Derivado do tabaco Bebidas alcoólicas Maconha Cocaína e Crack Anfetamina ou Ecstasy Inalantes Hipnóticos/Sedativos Alucinógenos Opióides Outras
	Padrão de consumo	Uso ocasional Uso sugestivo de abuso Uso sugestivo de dependência

4.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Inicialmente os dados foram organizados no programa Microsoft Office Excell 2010 for Windows e analisados através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais – Statistical Package Social Science (SPSS), versão 20.0 (TRAPP, 2001; LEVINE, 2012).

Para o Artigo 1, utilizou-se a análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. A comparação do uso e frequência de uso de SPA com os fatores demográficos foi testada através do teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%. Para avaliar a força dessas associações, calculou-se o *Odds Ratio* (OR), considerando intervalo de confiança de 95%.

Para o Artigo 2, utilizou-se a análise descritiva dos dados, através de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa, além de média, mediana e desvio padrão. A comparação da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas e padrão de consumo foi testada por meio do teste mais apropriado - teste Qui-quadrado e/ou Exato de Fisher e ANOVA. O nível de significância adotado foi de 5%.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Respeitando as definições descritas pelo Conselho Nacional de Saúde (2012), através da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre as pesquisas envolvendo seres humanos, inicialmente, antes de qualquer ação referente à pesquisa, o projeto de pesquisa foi encaminhado às Secretarias de Saúde do município de Serra (SESA-SERRA), Secretarias de Saúde do município de Vila Velha (SEMSA-VV) e Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS) responsável pela avaliação das pesquisas desenvolvidas no município de Vitória. Após aprovação para realização da pesquisa (ANEXO C; ANEXO D; ANEXO E) os responsáveis por este estudo enviaram o projeto de pesquisa para a análise pelo CEP do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo, sendo aprovada sob nº 1.081.491/15, em 27 de maio de 2015 (ANEXO F).

5.1 PROPOSTA DO ARTIGO 1

Perfil sociodemográfico e padrão de consumo de substâncias psicoativas dos usuários dos CAPS AD: experiências dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil

5.1.1 Resumo

Introdução: o consumo de substâncias psicoativas configura-se como fenômeno de estudo no campo da saúde coletiva e suas implicações repercutem na vida do usuário e em toda a sociedade. **Objetivos:** avaliar o perfil sociodemográfico e descrever o padrão de consumo das substâncias psicoativas utilizadas pelos sujeitos atendidos nos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, avaliou 280 usuários do CAPS AD. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista a fim de obter dados sociodemográficos e padrão de consumo de drogas pelo instrumento denominado *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*. Os dados foram apresentados a partir da análise descritiva, seguidos de testes Qui-Quadrado, com um nível de significância de 5% e, o Odds Ratio ajustado para avaliar a força da associação entre as variáveis. O projeto foi aprovado em 25 de maio de 2015. **Resultados:** participaram 280 usuários, sendo que 78,9% declararam-se não brancos, 74,3% pertenciam ao gênero masculino. Foi encontrado padrão de consumo na vida para todas as drogas avaliadas, prevaleceu o consumo de abuso para tabaco (60,9%), cocaína aspirada (39,6), maconha (37,4%) e enquanto que para dependência destacaram-se crack (59,1%), álcool (50,0%) e tabaco (28,3%). Foi evidenciada significância estatística para o padrão de consumo de dependência para álcool ($p=0,04$), maconha ($p=0,00$), na variável idade e cocaína inalada para variável idade ($p=0,05$) e renda ($p=0,00$). **Conclusão:** evidenciada manutenção do padrão de consumo abusivo e dependência entre os usuários desses serviços, apontando assim necessidade de ampliação das abordagens em saúde para as especificidades dessa população.

Descritores: Abuso de drogas. Detecção do Abuso de Substâncias. Perfil Epidemiológico.

Social demographic profile and psychoactive substances consumption standard of the CAPS AD patients: experience in the cities of Vitória, Vila Velha and Serra, Espírito Santo, Brazil

Abstract

Introduction: The consumption of psychoactive substances is considered a study phenomenon in the field of collective health and its implications reflect in the patients' life as well in society as a whole. **Objectives:** To evaluate socio demographic profile and describe the psychoactive substances consumption standard used by the patients attended to in the CAPS AD in the cities of Vitória, Vila Velha and Serra, Espírito Santo, Brazil. **Methods:** Transversal study evaluated 280 CAPS AD patients. Data collection occurred by means of interviews in order to obtain sociodemographic data and drug consumption standards through the instrument called *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*. Data were presented from the descriptive analysis, followed by Chi-Square tests, with a level of significance of 5% and, the Odds Ratio adjusted to evaluate the strength of the association of the variables. The project was approved on May 25th, 2015. **Results:** 280 patients participated, 78,9% self-declared non-white, 74,3% were male gender. The pattern of consumption in life was found for all drugs and it prevailed the consumption of tobacco abuse (60,9%), snorted cocaine (39,6%) and cannabis (37,4%), as for dependency, crack (59,1%) and alcohol (50,0%) and tobacco (28,3%) were highlighted. It was significantly evident the statistics for the pattern of consumption for alcohol dependency ($p=0,04$), cannabis ($p=0,00$), concerning the variable age and snorted cocaine for the variable age ($p=0,05$) and income ($p=0,00$). **Conclusion:** it was evident the maintenance of the abusive consumption pattern as well as dependency among users of these services, pointing out the need for broadening the approaches concerning health for the specificities of this population.

Key words: Drug abuse. Substance abuse detection. Epidemiologic profile.

5.1.2 Introdução

O aumento da procura por drogas, a variedade de drogas disponíveis, assim como o número de usuários vem aumentando notavelmente. Na década de 70, órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) já apresentava preocupação quanto aos graves problemas de saúde pública resultantes do consumo e dependência de substâncias psicoativas (SPA), e assumia a necessidade e o compromisso em apoiar investigações epidemiológicas e medidas de tratamento sobre o assunto.^{1,2}

Em paralelo, a preocupação com o crescente consumo de drogas é ratificado pelos frequentes relatórios internacionais. Para o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), em seu relatório anual, um em cada 20 pessoas fez uso de alguma SPA no ano de 2013. Isso representaria algo em torno de 246 milhões de pessoas em todo mundo. Todavia, esse aumento de aproximadamente 3 milhões de usuários, se comparado ao relatório anterior, pode ser considerado estável devido ao crescimento populacional global.^{3,4,5}

Outra vertente do uso de SPAs está no consumo abusivo ou até mesmo no desenvolvimento da dependência química, o que expressa a dimensão do problema, tornando-o questão de saúde pública. Estima-se que um em cada dez usuários de drogas apresente um padrão de consumo problemático ou de dependência. Isso equivale um montante de aproximadamente 27 milhões de pessoas no mundo.⁵

No Brasil, os primeiros levantamentos sobre consumo de SPAs datam de meados dos anos noventa, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)^{6,7,8} e mais recentemente, o relatório feito pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas⁹ e a pesquisa nacional sobre uso de crack¹⁰. Esses relatórios demonstram o padrão de consumo da população brasileira para cada tipo de substâncias psicoativas, contribuindo o esclarecimento quanto a dimensão epidemiológica do consumo de drogas.^{6,7,8,9,10}

No ano de 2001 o uso na vida de SPAs para a população brasileira apresentava maior prevalência para álcool (53,2%) e tabaco (39,0%), enquanto que para as drogas consideradas ilícitas a prevalência era de 11,6%, tendo destaque a maconha

com 6,6%.^{6,7} O segundo levantamento domiciliar sobre uso de SPAs, envolvendo 108 maiores cidade brasileiras, realizado no ano de 2005⁸ mostrou que a substância ilícita mais consumida na vida foi a maconha (8,8%), seguida dos solventes (6,1%) e cocaína (2,9%), enquanto que para dependência química, na região sudeste, as prevalências para tabaco, álcool, maconha e estimulantes, foram respectivamente 10,4%, 12,7% 1,5%, 0,1%.

Nesse contexto, o consumo de substâncias psicoativas repercute diretamente na saúde do usuário, seja no desenvolvimento da dependência química¹¹, enquanto transtorno mental ou na vulnerabilidade a comportamentos de risco, por exemplo, a violência e práticas sexuais desprotegidas, além dos problemas associados ao bem estar social como rede escassa de habilidades e vínculos sociais.^{12,13}

Diante dessa problemática, mesmo que tardiamente, em 2002 o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 336/2002¹⁴, em consonância com as recomendações da II Conferência Nacional de Saúde Mental, instituindo os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD), ampliando assim a rede assistencial para os usuários álcool e outras drogas.

Nessa Portaria¹⁴ encontra-se descritas as modalidades de funcionamento dos CAPS AD (CAPS AD I, CAPS AD II, CAPS AD III) definidos segundo critérios de complexidade e abrangência populacional. Independente da modalidade, os serviços devem cumprir a mesma função no que se refere ao atendimento ao público, diferenciando apenas as características desse público. Assim, para a modalidade CAPS AD, serviço voltado para usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, a assistência à saúde deve contemplar ações individuais, atendimentos em grupo, atividades de oficinas terapêuticas, além de ações voltadas para família e comunidade.

Considerando o consumo de drogas como problema de saúde pública e sendo os CAPS AD referência no serviço de saúde mental dentro da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), esses espaços tornam-se cenários para desenvolvimento de estudos epidemiológicos, investigando desde as configurações das

redes,^{15,16} comportamentos de violência e comorbidades psiquiátricas,^{17,18} além do perfil e padrão de consumo dos usuários do serviço.^{19,20,21}

Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil sociodemográfico e descrever o padrão de consumo das substâncias psicoativas utilizadas pelos sujeitos atendidos nos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, Brasil.

5.1.3 Métodos

Estudo epidemiológico quantitativo analítico, transversal conduzido nos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, onde existem três CAPS AD na modalidade álcool e outras drogas²² Criado em 1990,²³ o CAPS AD da capital Vitória é o único na modalidade de internação de curta permanência - CAPS AD III. Os CAPS AD de Vila Velha e Serra pertencem à modalidade II, embora esses municípios possuem critérios para o funcionamento do CAPS AD III.^{14,22}

Os participantes do estudo foram sujeitos que faziam acompanhamento nos CAPS AD, entre o período da coleta de dados, junho de 2015 à fevereiro de 2016, seguindo os critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e estar em acompanhamento no serviço devido ao consumo de SPA, independente da modalidade de assistência. Os critérios de exclusão do estudo foram: apresentar manifestação de comorbidade psiquiátricas e/ou desvios de comportamento que impossibilitasse a entrevista.

Para que todos os objetivos fossem atingidos, o cálculo amostral foi realizado para maximizar o tamanho da amostra. Considerou-se a população estudada em torno de 1000 pacientes no período do estudo, prevalência de consumo de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. O cálculo da amostra foi realizado no programa estatístico *Bioestat*, versão 3.1²⁴, alcançando o tamanho mínimo de 278 indivíduos, divididos proporcionalmente entre as três unidades de tratamento. A fim de garantir a aleatorização, foi realizado um cronograma de visitas considerando a capacidade e rotatividade de cada espaço de tratamento.²²

Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista individual, com registro em instrumento com caracterização sociodemográfica e em seguida o instrumento denominado *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) para investigação do padrão de consumo das substâncias psicoativas nos últimos três meses, sendo esse padrão a variável dependente investigada, a partir da metodologia utilizada e validada por Henrique e colaboradores (2004).²⁵ As variáveis independentes analisadas foram: dados sociodemográfico autodeclarados, referente à: idade, gênero, raça/cor, situação conjugal, escolaridade do usuário e do chefe da família, município de residência, fonte de renda e renda per capita, ocupação e tipo de moradia.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, por meio de frequência absoluta e relativa. A avaliação das associações entre variáveis dependente e independentes foi realizada por meio do teste Qui-Quadrado, com um nível de significância de 5%. Para avaliar a força de associação entre evento e exposição, foi utilizado o *Odds Ratio* (OR). Na análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico *IBM SPSS 20*.²⁴

Atendendo aos critérios da Resolução 466/2012, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em 25 de maio de 2015.

5.1.4 Resultados

A amostra do estudo foi composta por 280 sujeitos, com predominância do gênero masculino (74,3%), prevalecendo faixa etária entre grupos de 42 a 51 anos (26,8%). Declararam-se pardos 60% e solteiros 46,1% da amostra. A escolaridade de maior frequência dos participantes foi de ensino fundamental incompleto (35,0%), enquanto a do chefe da família foi de ensino médio completo ou acima (29,3%). Outras descrições dos dados sociodemográficos estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil, 2016. (Continua)

Característica	Número	Percentual
Gênero		
Feminino	72	25,7
Masculino	208	74,3
Faixa etária		
Até 32 anos	73	26,1
33 – 41 anos	70	25,0
42 – 51 anos	75	26,8
52 anos ou mais	62	22,1
Raça/Cor		
Branco	59	21,1
Negro	51	18,2
Amarelo	2	0,7
Pardo	168	60,0
Estado civil		
Solteiro	129	46,1
Casado	49	17,5
Comunhão estável	32	11,4
Separado	62	22,1
Viúvo	8	2,9
Escolaridade do usuário		
Até 3 anos de estudo	35	12,5
Ensino fundamental incompleto	98	35,0
Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto	68	24,3
Ensino médio completo ou acima	79	28,2
Escolaridade do chefe da família		
Até 3 anos de estudo	44	15,7
Ensino fundamental incompleto	81	28,9
Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto	47	16,8
Ensino médio completo ou acima	82	29,3
Não sabe	26	9,3
Município de residência		
Vitória	90	32,1
Vila Velha	88	31,4
Serra	95	33,9
Outros	7	2,6
Renda familiar		
Sem rendimento	40	14,3
Até 1 salário mínimo	97	34,7
Entre 1 – 2 salários mínimos	79	28,2
Entre 2 – 3 salários mínimos	33	11,8
Acima de 3 salários mínimos	19	6,7
Não sabe	12	4,3
Fonte de renda		
Benefícios Sociais	99	35,4
Recebe ajuda família/parceiro	77	27,4
Trabalho regular/autônomo	29	10,4
Trabalho esporádico/bico/esmola	47	16,8
Atividade ilícita/Prostituição	17	6,1
Sem renda	11	3,9
Transferência de Renda		
Sim	32	11,4
Não	248	88,6

Tabela 1. Dados sociodemográficos de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil, 2016. (Termina)

Característica	Número	Percentual
Condição de moradia		
Casa própria	108	38,6
Casa de familiares/outros	55	19,6
Casa alugada	57	20,4
Vive na rua	38	13,6
Vive em abrigo	22	7,8
Pessoas morando no domicílio		
Vive sozinha	51	23,0
Até duas pessoas	55	24,8
3 a 5 pessoas	100	45,0
6 pessoas ou mais	16	7,2
Total	280	100,0

Na Tabela 2 encontra-se a distribuição do padrão de uso das SPA dos usuários dos CAPS AD. Observa-se a maior prevalência de uso na vida para álcool (99,3%), tabaco (92,1%), cocaína e crack (71,4%) e maconha (70%). Ao considerar a substância cocaína, de acordo com a forma de apresentação do uso, verificou-se o uso na vida para cocaína inalada de 66,8% e fumada (crack) de 62,9%.

Quanto ao padrão de consumo, observa-se na Tabela 2 que as SPA com maior destaque para o uso ocasional foram: anfetaminas e ecstasy (85,9%); inalantes (83,2%) e alucinógenos (78,4%). Para o consumo de abuso destacaram-se: tabaco (60,9%), opióides (45%), e cocaína/crack (24,5%). Ao considerar a cocaína de acordo com a via de uso verificou-se a prevalência de consumo de abuso para cocaína inalada (39,6%) e crack (24,4%). Por fim, para o consumo de dependência destacaram-se: crack (59,1%), cocaína/crack (57%), álcool (50%) e tabaco (28%).

Verificou-se que a idade de início de uso foi mais precoce para o tabaco (15,7 anos; DP= 5,7) seguido de álcool (16,2 anos; DP= 6,3) e maconha (17,4 anos; DP= 7,1). O consumo de drogas de início mais tardio foi encontrado para os hipnóticos e sedativos (27,7 anos; DP= 9,4); crack (26,6 anos; DP= 9,9) e opióides (24,8 anos; DP= 9,9) (Tabela 2).

Tabela 2. Padrão de consumo de substâncias psicoativas de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil, 2016.

Droga	Uso na vida		Padrão de consumo						Idade do início do uso	
			Uso Ocasional		Uso de Abuso		Dependência			
	N	%	N	%	N	%	N	%	Média	DP
Derivado do tabaco	258	92,1	28	10,9	157	60,9	73	28,3	15,7	5,7
Bebidas alcoólicas	278	99,3	70	25,2	69	24,8	139	50,0	16,2	6,3
Maconha	198	70,7	101	51,0	74	37,4	23	11,6	17,4	7,1
Cocaína e Crack	200	71,4	36	18,0	49	24,5	115	57,5	23,1	7,3
Cocaína	187	66,8	81	43,3	74	39,6	32	17,1	20,7	8,4
Crack	176	62,9	29	16,5	43	24,4	104	59,1	26,6	9,9
Anfetamina ou Ecstasy	71	25,4	61	85,9	9	12,7	1	1,4	21,3	6,8
Inalantes	113	40,4	94	83,2	19	16,8	0	0,0	18,8	7,5
Hipnóticos/Sedativos	42	15,0	31	73,8	8	19,0	3	7,1	27,7	9,4
Alucinógenos	51	18,2	40	78,4	11	21,6	0	0,0	19,7	5,5
Opióides	11	3,9	6	54,5	5	45,5	0	0,0	24,8	9,9
Outras	14	5,0	11	78,6	3	21,4	0	0,0	-	-

A Tabela 3 mostra o padrão de consumo de uso na vida para as SPA que apresentaram significância estatística. Para o tabaco, indivíduos de até 41 anos possuíram 3,3 mais chances de fazer uso na vida ao se comparar com indivíduos de idade igual ou maior a 42 anos ($p=0,02$; OR= 3,3. IC 95%= 1,1; 9,6). Na análise do uso na vida de maconha foi encontrada significância para as variáveis: faixa etária ($p=0,00$) e raça/cor ($p=0,03$). Assim, o maior risco de consumo de maconha na vida está associado aos sujeitos que apresentaram idade igual ou até 41 anos ($p=0,00$; OR= 4,3. IC 95%= 2,3; 8,1) e que se declararam não brancos ($p=0,03$; OR: 2,1; IC 95%: 1,0, 4,3).

Ainda na Tabela 3, verifica-se que pertencer a faixa etária de até 41 anos aumenta em 6,9 mais chances para o uso na vida de cocaína inalada (OR: 6,9. $p=0,00$; IC 95%: 3,7 - 13,), enquanto que para o uso na vida de cocaína fumada-crack, esse risco é de 5,3 ($p= 0,00$; OR:5,3. IC 95%: 2,9 - 9,8). Outras características encontradas para o consumo de cocaína fumada foram que possuir fonte de renda ($p= 0,04$; OR: 2,1. IC 95%: 1,0 - 4,6) e possuir moradia ($p= 0,04$; OR: 2,49. IC 95%: 1,0 - 6,0) aumentam em pouco mais de duas vezes a chance para esse consumo.

Ao considerar o consumo na vida de cocaína nas formas de uso inalada e fumada, observa-se (Tabela 3) que estar na faixa etária de até 41 anos aumenta as chances

de uso em 7,2 vezes ($p= 0,00$; $OR= 7,2$. $IC\ 95\%= 3,6; 14,$). Para os que declararam não brancos há aumento de 2,1 vezes ($p= 0,04$; $OR= 2,1$. $IC\ 95\%= 1,0; 4,5$), e possuir moradia em 2,7 vezes ($p= 0,04$; $OR: 2,7$; $IC\ 95\%: 1,0 - 7,4$).

Referente ao uso na vida de bebidas alcóolicas, não foi encontrado significância estatística (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência do uso na vida de substâncias psicoativas segundo os dados sociodemográficos de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil, 2016 (Continua).

Derivados do Tabaco								
Variável	Não usa		Usa		Sig.	OR	LI	LS
	Nº	%	Nº	%				
Faixa etária								
Até 41 anos	6	4,2	137	95,8	0,02	3,3	1,1	9,6
≥ 42 anos	16	11,7	121	88,3				
Bebidas Alcoólicas								
Não foi encontrada nenhuma significância estatística.								
Maconha								
Variável	Não usa		Usa		Sig.	OR	LI	LS
	Nº	%	Nº	%				
Faixa etária								
Até 41 anos	19	13,3	124	86,7	0,00	4,3	2,3	8,1
≥ 42 anos	63	46,	74	54,0				
Raça/Cor								
Branco	24	40,7	35	59,3	0,03	2,1	1,0	4,3
Não branco	58	26,2	163	73,8				
Cocaína inalada								
Variável	Não usa		Usa		Sig.	OR	LI	LS
	Nº	%	Nº	%				
Faixa etária								
Até 41 anos	21	14,7	122	85,3	0,00	6,9	3,7	13,
≥ 42 anos	72	52,5	65	47,4				
Cocaína fumada								
Variável	Não usa		Usa		Sig.	OR	LI	LS
	Nº	%	Nº	%				
Faixa etária								
Até 41 anos	29	20,3	114	79,7	0,00	5,3	2,9	9,8
≥42 anos	75	54,7	62	45,2				
Fonte de renda								
Sem fonte de renda	85	41,5	120	58,5	0,04	2,1	1,0	4,6
Com fonte de renda	19	25,3	56	74,7				
Moradia								
Sem moradia	94	42,7	126	57,3	0,04	2,4	1,0	6,0
Com moradia	10	16,7	50	83,3				

Tabela 3. Frequência do uso na vida de substâncias psicoativas segundo os dados sociodemográficos de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil, 2016 (Termina).

	Cocaína inalada e/ou fumada				Sig.	OR	LI	LS
	Não usa		Usa					
	Nº	%	Nº	%				
Faixa etária								
Até 41 anos	16	11,1	127	88,8	0,00	7,2	3,6	14,
≥ 42 anos	64	46,7	73	53,2				
Raça/Cor								
Branco	24	40,6	35	59,3				
Não branco	56	25,3	165	74,6	0,04	2,1	1,0	4,5
Moradia								
Sem moradia	72	32,7	148	67,2				
Com moradia	8	13,3	52	86,6	0,04	2,7	1,0	7,4

A Tabela 4 apresenta o padrão de consumo de SPA dos participantes do estudo, segundo critério de uso ocasional e uso de abuso/dependência, além das associações com os dados sociodemográficos. Para o padrão de consumo de abuso e dependência dos derivados do tabaco não foi encontrado significância estatística.

Quanto o consumo de abuso/dependência para bebidas alcoólicas, a Tabela 4 apresenta a existência de significância para a variável faixa etária ($p=0,04$). Assim, o padrão de consumo de abuso/dependência é quase duas vezes maior para aqueles que possuem idade igual ou maior de 42 anos ($p= 0,04$; $OR= 1,9$; $IC\ 95\%= 1,0$; $3,5$). A variável faixa etária também apresenta significância estatística para o consumo de abuso/dependência de maconha, porém de forma inversa. Assim, as chances de desenvolvimento do consumo de abuso e dependência de maconha são maiores para os indivíduos com faixa etária de até 41 anos ($p= 0,00$; $OR= 3,5$; $IC\ 95\%= 1,8$; $7,0$).

Para o consumo de abuso/dependência de cocaína inalada, pertencer a faixa etária de até 41 anos foi potencialmente positivo no aumento da chance para o consumo de abuso/dependência ($p= 0,05$; $OR= 1,9$; $IC\ 95\%= 0,9$; $4,0$), enquanto houve significância estatística para os que possuem renda igual ou maior que um salário mínimo, aumentando em 3,1 ($p= 0,00$; $OR= 3,1$; $IC\ 95\%: 1,4$; $7,2$) a chance para esse padrão de consumo.

Por fim, para consumo de abuso/dependência de cocaína, considerando as vias de uso por aspiração e inalação, foi encontrada significância estatística para a variável faixa etária, em que indivíduos que apresentaram idade de até 41 anos possuem quase três vezes mais chance de apresentar esse padrão de consumo ($p= 0,01$; OR: 2,8. IC 95%: 1,2 - 6,4). Para a análise dos dados referente aos que se declararam ser beneficiários de algum programa de transferência de renda, foi encontrado dúvida quanto a direção da causalidade, sugerindo causalidade reversa.

Tabela 4. Padrão de consumo de substâncias psicoativas, segundo os dados sociodemográficos de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil, 2016.

Derivados do Tabaco								
Não foi encontrada nenhuma significância estatística.								
Bebida Alcoólica								
Variável	Uso Ocasional		Uso de Abuso/Dependência		Sig.	OR	LI	LS
	Nº	%	Nº	%				
Faixa etária								
Até 41 anos	44	31,2	97	68,8	0,04	1,9	1,0	3,5
≥ 42 anos	26	19,	111	81,0				
Maconha								
Variável	Uso Ocasional		Uso de Abuso/Dependência		Sig.	OR	LI	LS
	Nº	%	Nº	%				
Faixa etária								
Até 41 anos	51	41,1	73	58,9	0,00	3,5	1,8	7,0
≥ 42 anos	50	67,6	24	32,4				
Cocaína inalada								
Variável	Uso Ocasional		Uso de Abuso/Dependência		Sig.	OR	LI	LS
	Nº	%	Nº	%				
Faixa etária								
Até 41 anos	46	37,7	76	62,3	0,05	1,9	0,9	4,0
≥ 42 anos	35	53,8	30	46,1				
Renda								
Até 1 salário mínimo	50	52,6	45	47,4	0,00	3,198	1,4	7,2
>1 salário mínimo	29	34,9	54	65,0				
Cocaína fumada – Crack								
Não foi encontrada nenhuma significância estatística.								
Cocaína aspirada e fumada								
Variável	Uso Ocasional		Uso de Abuso/Dependência		Sig.	OR	LI	LS
	Nº	%	Nº	%				
Faixa etária								
Até 41 anos	15	11,8	112	88,2	0,01	2,8	1,2	6,4
≥ 42 anos	21	28,8	52	71,2				
Transferência de Renda								
Sim	2	8,0	23	92,0	0,04	*		
Não	34	19,4	141	80,6				

* Houve dúvida sobre a direção da causalidade, optou-se assim por retirar os dados encontrados.

5.1.5 Discussão

Esse estudo identificou o perfil sociodemográfico e o padrão de consumo de substâncias psicoativas dos indivíduos atendidos nos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil. Houve predominância na amostra de pessoas do gênero masculino, adultos, não brancos, solteiros, com condição econômica e escolaridade baixas. Foi evidenciado o consumo na vida de múltiplas drogas, com destaque para o consumo de dependência para crack, álcool e tabaco.

A maior prevalência de consumo entre o gênero masculino encontrada nesse estudo foi semelhante a outras pesquisas na população do CAPS AD, variando entre 77,4%,²⁶ a 88,15%²⁷. Mesmo que o uso de substâncias psicoativas pareça afetar mais pessoas do gênero masculino que o feminino, o que diferentemente ocorre nos transtornos mentais, em que a prevalência é maior para o gênero feminino,²⁸ observa-se que o uso de SPA entre as mulheres têm aumentado, principalmente para o álcool em que 6,9% das mulheres no Brasil são dependentes e 9%, do tabaco⁸.

Os achados referente às variáveis idade, raça, estado civil, escolaridade e condição econômica, encontradas no presente estudo, são semelhantes a outros achados encontrados em pesquisas com a mesma população, demonstrando certa homogeneidade na população desses serviços.^{29,30,31} Estudo descritivo³⁰ que avaliou 788 prontuários de usuários do serviço CAPS AD, na cidade de Campos dos Goytacazes-RJ, mostrou a prevalência de adultos jovens entre 21 – 40 anos, solteiros e com baixa escolaridade; sendo 63,5% com ensino fundamental incompleto. Outro estudo²⁹ mostrou prevalência de baixa escolaridade em 91% dos usuários do CAPS AD de Ribeirão Preto-SP e destacou o baixo nível de escolaridade como fator de risco para abuso e dependência de drogas.

A idade de início de uso de drogas da população do presente estudo demonstra a tendência nacional, ao considerar que o início de uso está cada vez mais presente em jovens escolares, entre 12 a 14 anos.³² No entanto, embora esse consumo inicie precocemente, estudos^{21,33} destacam que a procura por tratamento ocorre somente na vida adulta, implicando em maiores complicações para o indivíduo.

Quanto ao padrão de consumo na vida, observa-se que os participantes desse estudo apresentam elevada prevalência de consumo para drogas consideradas lícitas, como álcool (99,3%) e tabaco (92,15). Levantamentos de consumo de drogas no Brasil^{6,7,8,9,10} sugerem o aumento do número de usuários de drogas principalmente as consideradas legais. A prevalência de uso na vida na população brasileira foi de 74,6% para álcool e 44% para tabaco, no ano de 2005.⁸ Outros estudos de população do CAPS AD encontraram menor prevalência para o consumo de álcool, sendo de 44,37%,²⁷ 48,7%,²¹ 54,9%³¹ e 69%.³⁰ Um estudo documental de 908 prontuários do CAPS AD de Sobral-CE,²⁸ verificou a prevalência de 90,2% de usuário de álcool, se assemelhando ao resultado encontrado neste estudo.

O consumo de álcool é apontado como grande responsável pelos encargos para o sistema de saúde devido seu potencial de morbimortalidade e incapacidade, haja vista a disseminação do uso, gerando cerca de 3,3 bilhões mortes por ano no mundo, o que representa cerca de 5,9% da carga de morte mundial atribuída ao consumo de álcool.³⁴

O elevado consumo de bebida alcoólica, tanto na população geral como na população em estudo, reflete a relação sociocultural estabelecida ao longo dos séculos do homem com a substância. Dessa forma, o consumo de álcool destaca-se como um dos mais graves problemas de saúde pública dos grandes centros urbanos, acarretando em prejuízos à saúde.³⁵ Como medida para redução do consumo de álcool, o Relatório Mundial sobre Álcool da Organização Mundial de Saúde (OMS), sugere medidas consideradas simples, como por exemplo, a restrição da disponibilidade da bebida e aumento de seu valor.³⁴

Para o consumo de dependência do álcool, nos últimos três meses, os resultados encontrados demonstram a prevalência de 50%, superior aos dados inferidos por Galassi³⁶ e Carlini⁸ de que no Brasil 12,3% da população apresentam o padrão de dependência para bebida alcoólica. Para a população do CAPS AD, vários estudos^{21,29,37,38} também encontraram elevada prevalência de dependência, além de apontarem importante associação entre ser do gênero masculino, ter idade superior a 40 anos, estar solteiro, separado ou divorciado, como fator de risco para o desenvolvimento de dependência de álcool.

Em relação aos achados desse estudo quanto à elevada prevalência de dependência para o álcool é importante considerar duas vertentes para esse resultado. A primeira está associada às consequências deletérias da manutenção da dependência do álcool para a vida desses sujeitos, a saber, as já conhecidas doenças como câncer, cirrose e transtornos mentais, além da vulnerabilidade a comportamentos que podem gerar lesões não intencionais e/ou intencionais, como exemplo os acidentes de trânsito, violências e suicídio.³⁴

A segunda vertente refere ao fato desses sujeitos estarem inseridos em espaço de tratamento onde as práticas de saúde incluem ações no campo da atenção biopsicossocial. No entanto, torna-se evidente o questionamento de que atenção à saúde é produzida nesses espaços, uma vez que o consumo de dependência apresenta-se elevado nessa população. Pode-se inferir, com base em estudos avaliativos dos serviços CAPS AD, que os desafios para a implementação de uma assistência integral sejam resultado da dificuldade em romper com a cultura da psiquiatria hospitalocêntrica,³⁹ a rede de serviços desconexa e engajamento profissional⁴⁰, demonstrando a urgência do fortalecimento de práticas da clínica ampliada.

Já a prevalência do consumo de tabaco encontrada nesse estudo (92%) também foi superior a prevalência da população brasileira (44%)⁸ no ano de 2005, e da populações dos CAPS AD e hospital psiquiátrico: 16,1%; no CAPS AD de Picos-PI²⁶; 54,8% no CAPS AD de Sobral-CE³⁷ e 36% no hospital psiquiátrico de Curitiba-SC.³¹

A grande prevalência do consumo de álcool e tabaco encontrada na população estudada é preocupante, pois esse consumo tem gerado grandes custos para saúde pública, devido ao potencial de associação com doenças incapacitantes, gerando o aumento dos anos de incapacidade de adaptação da vida - *Disability Adjusted Life Year* (DALY). Assim, álcool e tabaco são responsáveis por 4,0% da DALY, enquanto a associação com mortes está em torno 8,8% e 3,2% para o tabaco e álcool, respectivamente.⁴¹

Maconha, cocaína (fumada e inalada) e inalantes aparecem como as drogas ilícitas mais consumidas pela população desse estudo. No Brasil a maconha é a droga ilícita mais consumida, apresentando uma prevalência de consumo de 8,8%^{6,8} seguindo a tendência de consumo da população mundial.⁴² Na análise de populações do CAPS AD de Sobral-CE e Campos de Goytacazes-RJ, respectivamente, o consumo de maconha variou entre 14,94%³⁷ e 33,2%³⁰ superior a estimativa nacional, porém inferior aos achados desse estudo.

Os usuários dos CAPS AD desse estudo apresentaram elevado padrão de consumo para inalantes e cocaína, seja na forma aspirada ou fumada. Diferente do levantamento nacional de 2005⁸ que apresentou um consumo de 2,9% e 0,7% para cocaína e crack, respectivamente, enquanto que para os inalantes a prevalência nacional foi de 5,8%.⁹

Referente aos achados de padrão de dependência para cocaína e crack, observa-se similaridade com outros estudos que revelam ser impactante o perfil composto de população jovem, de não brancos, solteiros⁴³ e com renda inferior a um salário mínimo.^{38,44} Dessa forma, a literatura⁴⁵ tem destacado que fatores como baixa condição econômica está diretamente ligada ao início precoce do uso de cocaína/crack, além de influenciar na gravidade do comportamento de uso e dificultar o acesso aos serviços de saúde.

Outras características que agravam o consumo de cocaína/crack estão atreladas ao comportamento de uso concomitante com outras drogas, a presença de comorbidades⁴⁵, altas taxas de mortalidade,⁴⁶ além de problemas legais e comportamentos que geram fragilidades no convívio familiar e social.¹⁹

Assim, a preocupação com o aumento do consumo da cocaína e crack está associado não somente as complicações neurobiológicas que a droga pode causar,⁴⁷ mas também as graves consequências sociais, como desordem sócio sanitária, comportamentos sexuais de risco e violência.^{44,48,49} Nesse cenário, Horta (2011)¹⁹ salienta que indivíduos sem apoio familiar, que vivem em situação de rua, apresentam baixa ou nenhuma renda, com reduzida escolaridade devem ser considerados prioritários para iniciativas de facilitação do acesso a tratamento.

A partir de toda essa problemática, ou seja, do consumo de risco e desenvolvimento da dependência química, que a temática álcool e outras drogas gera em toda sociedade inquietações que passam pelos campos sociocultural, da segurança e justiça, economia e recentemente infiltra-se no campo da saúde gerando necessidades de intervenções.⁵⁰

5.1.6 Considerações Finais

A população estudada, quando comparada com a população geral, apresenta maior prevalência de padrão de consumo na vida para todas as substâncias psicoativas pesquisadas e comportamento de consumo de múltiplas substâncias. Quanto ao padrão de consumo de dependência os resultados chamam atenção para o montante de dependentes de crack, álcool e tabaco, evidenciando assim a manutenção do consumo abusivo e dependência entre os usuários desses serviços, apontando a necessidade de ampliação das abordagens em saúde para as especificidades dessa população.

É importante destacar que a continuação do uso de substâncias psicoativas, independente do padrão de consumo, mantém os sujeitos inseridos num contexto de vulnerabilidades nos aspectos da saúde e no campo social, potencializando a exclusão, o desemprego e fragilidades nas relações familiares.

Portanto, traçar o perfil da população do CAPS AD permite aos gestores públicos identificarem quais demandas necessárias para essa população. Assim, o seguimento de estudos epidemiológicos contribui na continuidade das informações a cerca das características desse grupo, necessário para o entendimento do fenômeno uso de drogas, além do estabelecimento de planos de cuidados em saúde.

5.1.7 Referências

1. World Health Assembly. The Twenty-sixth World Health Assembly. Resolutions WHA 26.52 Drug dependence. Hand b. Res., Vol.I, 1.9.6.1 Fifteenth plenary meeting, 22 May 1973.
2. World Health Assembly. The Thirtieth World Health Assembly. Resolutions WHA30.18 Action in respect of international conventions on narcotic drugs: Implementation of the Convention on Psychotropic Substances Functions and responsibilities of WHO. Hand b. Res., Vol. II (2), 1.9.5.2 Tenth plenary meeting, 12 May 1977.
3. UNODC, World Drug Report 2013 (United Nations publication). 2013. [citado em 2015 jun. 18]. Disponível em: URL:<https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf>
4. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, World Drug Report 2014 (United Nations publication). 2014. [citado em 2015 jun. 18]. Disponível em: URL:<https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf>
5. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, World Drug Report 2015 (United Nations publication). 2015. [citado em 2015 jun. 18]. Disponível em: URL:<http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf>
6. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Nappo AS. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo; 2002.
7. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13 (número especial): 888-95.
8. Carlini EA; Galduróz JC; Noto AR; Carlini CM; Oliveira LG; Nappo AS, et al. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Páginas & Letras, 2007.
9. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD, 2009.
10. Bastos FI, Bertone, N. (Org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Livro eletrônico. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.
11. Pratta EMM; Santos, AS. O processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução Psic.: Rev Teor. e Pesq. 2009; 25 (2): 203-211.

12. Sousa J; Kantorski LP. The social network of individuals under treatment at a psychosocial care center for alcohol and drugs (CAPS AD). *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43 (2): 372-82.
13. Bloom DE et al. *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum. 2011.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002. O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais. *Legislação. Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 2002 19 fev.
- 15 Varella DSS; Sales IMM; Silva FMD; Monteiro CFS. Health network assisting users of alcohol, crack, and other drugs. *Esc Anna Nery* 2016; 20(2): 296-302.
- 16 Faller et al. Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian state capitals *Trends Psychiatry Psychother*. 2014; 36 (4): 193-202.
17. Claro HG; Oliveira MAF; Bourdreaux JT; Fernandes IFAL; Pinho PH; Tarifa RR. Drug use, mental health and problems related to crime and violence: cross-sectional study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23 (6):1173-80.
18. Formiga MB; Vasconcelos SC; Galdino MKC; Lima MDC. Presence of dual diagnosis between users and non-users of licit and illicit drugs in Brazil. *J Bras Psiquiatr*. 2015; 64(4): 288-95.
19. Horta RL; Horta BL; Rosset AP; Horta CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2011; 27(11): 2263-70.
20. Ribeiro DR; Carvalho DS. 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*. 2015; 64 (3):221-9.
21. Peixoto C; Prado CHO; Rodrigues CP; Cheda JND; Mota LBTL; Veras AB. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59 (4): 317-21.
22. Espírito Santo. Secretaria de Saúde. Consolidado da Rede de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2015. [citado em 2016 Jun. 24]. Disponível em: URL: <<http://saude.es.gov.br/Tags/Programas>>.
23. Victal e Bastos LHC; Romanholi AC. Saúde mental em Vitória: a rede tensionada. In: *Saúde Loucura: experiências da reforma psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 193-201.
24. Levine DM et al. *Estatística: teoria e aplicações usando o Microsoft Excel em português*. Rio de Janeiro: LTC; 2012.

25. Henrique IFS et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do desenvolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Rev Assoc Med Bras. 2004; 50 (2): 199-206.
26. Freitas RM; Silva, HRR; Araújo DS. Results of monitoring of users treated in the Psychosocial Care Center - Alcohol and Drugs (CAPS-AD). SMAD. Rev eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2012; 8 (2): 56-63.
27. Faria, JG; Schneider, DR. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental: the effectiveness of the public policies for mental health. Psicol Soc. 2009; .21(3): 324-33.
- 28 Pereira MO; Souza JM; Costa AM; Vargas D; Oliveira MAF; Moura WN. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena - São Paulo. Acta paul. enferm. 2012; 25 (1): 48-54.
- 29 Pillon SC; Cardoso L, Pereira GAM; Mello E. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. Esc. Anna Nery. 2010; 14 (4): 742-8.
30. Batista LSS; Batista M; Constantino P. Perfil dos Usuários de Substâncias Psicoativas do CAPS AD em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. Perp. online: Biol e saúde. 2012; 7 (2): 23-38.
31. Capistrano FC; Ferreira ACZ; Silva TL; Kalinke LP; Maftum MA. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. Esc. Anna Nery. 2013; 17 (2): 234-41.
32. Malta DC; Mascarenhas MDM; Porto DL; Duarte EA; Sardinha LM; Barreto SM; Neto OLM. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Rev bras epidemiol. 2011; (1) Supl.: 136-46.
33. Guimarães CF; Santos DVV; Freitas RC; Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2008; 30 (2):101-8.
34. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014.
35. Fornazier, ML, Siqueira, MM. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. J Bras Psiquiatr. 2006; 55 (4): 280-7.
36. Gallassi AD; Alvarenga PG; Andrade AG; Couttolenc BF. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. Rev Psiquiatr Clín. 2008; 35(1): 25-30.
37. Quinderé PH; Tófoli LF. Análise do Perfil Epidemiológico dos Clientes do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS-Ad) de Sobral-CE. Sanare. 2005/2007; 6 (2): 62-6.

38. Marques TC; Sarracini KL; Cortellazzi KL; Mialhe FL; Castro Meneghim M; Pereira AC; Ambrosano GM. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health*; 2015;15-38.
39. Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008; 13 (1):121-133.
40. Souza J; Kantorski LP; Gonçalves SE; Mielke FB; Guadalupe DB. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. *R Enferm UERJ*. 2007; (2): 210-7.
41. World Health Organization. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): guidelines for use in primary care – Draft version 1.1 for field testing. Geneva: World Health Organization, 2003. [citado em 2016 Mai. 18]. Disponível em: URL: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf>.
42. Nações Unidas. Informe Mundial sobre Las Drogas. Nova York; 2012.
43. Bertoni N; Burnett C; Cruz MS; Andrade T; Bastos F; Leal E; Fischer B. Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. *International Journal for Equity in Health* 2014, 13:70.
44. Krawczyk N; Veloso CLF; Bastos FI. The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. *Harm Reduction Journal*. 2015; 12:24.
45. Oliveira, LG; Nappo, SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Públ*. 2008; 42 (4), 664-671.
46. Booth BM; Curran G; Han X, et al. Longitudinal Relationship Between Psychological Distress and Multiple Substance Use: Results From a Three-Year Multisite Natural-History Study of Rural Stimulant Users . *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2010; 71(2): 258-267.
47. Sclafania V; Tolou-Shams M; Pricec LJ; Fein G. Neuropsychological performance of individuals dependent on crack–cocaine, or crack–cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 66 (2): 161–171.
48. Chaves TV; Sanchez ZM; Ribeiro LA; Nappo SA. Crack cocaine craving: behaviors and coping strategies among current and former users. *Rev Saúde Públ*. 2011; 45 (6):1168–1175.
49. Moura HF; Benzano D; Pechansky F; Kessler FHP. Crack/cocaine users show more family problems than other substance users. *Clinics*. 2014; 69 (7):497-499.

50. Sanceverino SL; Abreu JLC. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. Cienc Saude Coletiva, 2004; 9 (4): 1047-56.

5.2 PROPOSTA DO ARTIGO 2

Condição socioeconômica e o uso de substâncias psicoativas: impacto na Qualidade de Vida de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo, Brasil.

5.2.1 Resumo

Introdução: o consumo de substâncias psicoativas causa impacto na vida do usuário podendo repercutir na saúde do sujeito, vida social, sendo determinante na qualidade de vida do usuário. **Objetivos:** investigar o impacto dos fatores socioeconômicos e o uso de substâncias psicoativas na qualidade de vida dos sujeitos em atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra ES, Brasil. **Métodos:** Estudo quantitativo, do tipo analítico transversal. A coleta de dados abrangeu entrevista para obter dados de caracterização sociodemográfica, o padrão de consumo de substâncias e Qualidade de Vida pelo Whoqol-Bref. Os dados dos 280 sujeitos entrevistados foram apresentados a partir da análise descritiva, seguidos dos testes Qui-Quadrado e/ou Exato de Fischer, com um nível de significância de 5%. Para avaliar a força de associação entre evento e exposição foi calculado o *Odds Ratio* e ANOVA, foi utilizado o pacote estatístico IBM SPSS 20, para análise dos dados. O projeto foi aprovado sob o número do parecer 768.723. **Resultados:** Houve relato de insatisfação quanto ao estado de saúde por 40,71% dos usuários e autopercepção negativa para qualidade de vida por 38,5% da amostra. Para os domínios físico (DP=17,5), psicológico (DP=20,6), e social (DP=23,2), foi encontrada média entre 50,8 a 54,3, enquanto para o domínio meio ambiente (DP=16,6), a menor média 48,7. Baixa condição econômica foi associada a pior qualidade de vida ($p=0,00$), enquanto que para o consumo de álcool foi potencialmente significativo apresentar padrão de abuso/dependência e pior qualidade de vida ($p=0,05$). **Considerações finais:** A insatisfação da condição de saúde e o baixo indicador de qualidade de vida encontrados devem ser usados como indicadores para desenvolvimento de ações para melhor atender as demandas dos usuários desses serviços.

Descritores: Detecção do Abuso de Substâncias. Abuso de drogas. Qualidade de Vida.

Socio-economic condition and the use of psychoactive substances: impact in the quality of life of the Pshyco social attention, alcohol and drugs Center of the cities of Vitória, Vila Velha and Serra, Espírito Santo, Brazil patients

Abstract

Introduction: The consumption of psychoactive substances causes impact in the patient's life reflecting into the subject's health, social life, being determinant in the patient's life. **Objectives:** to investigate the impact of the socioeconomic factors as well as the use of psychoactive substances in the quality of life of the subjects under treatment in Pshyco social attention, alcohol and drugs Center of the cities of Vitória, Vila Velha and Serra, Brazil. **Methods:** Quantitative study, analytical-transversal type. Data collection encompassed interviews in order to obtain sociodemographic characterization data, substance consumption standard and quality of life by Whoqol-Bref. Data of the 280 interviewed subjects were presented from the descriptive analysis, followed by the Chi-Square and/or Fisher's Exact Test, with a level of significance of 5%. To evaluate the strength of association between event and exposition, it was calculated Odds Ratio and ANOVA, IBM SPSS 20 statistics package was used for data analysis. The project was approved under the Opinion 768.723. **Results:** There were dissatisfaction reports as for the quality of life by 38,5% of the sample. For the physical domains (SD=17,5), psychological (SD=20,6), and social (SD=23,2) it was found an average between 50,8 and 54,3, while for the environment domain (SD 16,6), it was found the lowest average 48,7. Lower economical condition was associated to worse quality of life ($p=0,00$), while as for alcohol consumption it was potentially significant to present abuse/dependency standard and worse quality of life ($p=0,05$). **Final Considerations:** Dissatisfaction concerning health condition and low quality of life indicator found should be used as indicators for developing actions in order to best meet the demands of the users of this service.

Key words: Substance abuse detection. Drug abuse. Quality of life.

5.2.2 Introdução

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) é tão antigo quanto à humanidade. A estimativa de consumo de álcool e outras drogas para a população mundial no ano de 2013 foi de aproximadamente 246 milhões de pessoas.¹ No Brasil, observa-se o aumento do consumo de SPA ao longo dos anos. Em 2001, 19,4% da população havia feito consumo de algum tipo de substância. Em 2005 esses números passaram para 22,8% da população.²

Estima-se que de cada dez consumidores de SPA, um apresentará características de consumo para dependência,³ implicando assim em consequências para saúde, devido os efeitos deletérios desse agravo e prejuízos para as relações sociais, o que tornam as questões que tangenciam o consumo de substâncias psicoativas em preocupação para a saúde pública, ganhando cada vez mais espaço de discussão e pesquisa⁴

Dessa forma, as discussões do consumo de drogas e suas repercussões no campo social, da saúde, economia e segurança pública, consideram que todo o padrão de consumo de substâncias psicoativas pode acarretar em consequências não apenas para o sujeito que a consome, mas também afetar o meio social que ele está inserido – família, comunidade, trabalho, entre outros -, além de implicações na qualidade de vida (QV).⁵

A multiplicidade dos conceitos sobre QV acompanha os diferentes campos de interesse no estudo da temática, como exemplo as ciências sociais, a antropologia, as ciências econômicas e o campo da saúde.⁶ No campo da saúde, o conceito mais difundido para definir QV é o proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera QV como a percepção do sujeito de sua posição na vida, considerando o contexto da cultura e dos sistemas de valores em que se vive em relação aos seus objetivos, suas expectativas, padrões e preocupações.^{7,8}

Como resultado, após o estabelecimento da definição de QV, o grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu o instrumento de avaliação da QV denominado World Health Organization Quality of Life – Whoqol-100, que contribuiu para atender a

demanda na área da saúde em ter um instrumento com características psicométricas satisfatórias que pudesse transformar a QV como medida de desfecho confiável.^{9,10}

A partir do Whoqol-100 foi desenvolvido o Whoqol-Bref, preservando as 24 facetas e composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. De acordo com a sintaxe estabelecida pelo WHOQOL GROUP, os escores obtidos pelo questionário devem ser expressos em uma escala linear variando de 0-100, dessa forma, quanto mais próximo de 100, melhor é o indicador de qualidade de vida.^{8,9,11}

O Whoqol-Bref contém 26 questões, sendo as duas primeiras sobre a autoavaliação do entrevistado quanto a sua QV e sobre sua satisfação com a saúde. As outras 24 questões são distribuídas de acordo com os domínios: físico – contendo sete questões sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, uso de medicamentos e capacidade para o trabalho; psicológico – com seis questões sobre sentimentos positivos e negativos, pensar e aprender, memória e concentração, imagem corporal e espiritualidade; relações sociais – apresentando três questões sobre relações pessoais, suporte social e atividade sexual; e por fim, meio-ambiente – fechando com oito questões sobre segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, atividades de lazer, ambiente físico e transporte.¹²

No Brasil, seguindo a metodologia sugerida pela OMS, o Whoqol-Bref foi validado por Fleck e colaboradores¹⁰ sendo encontrado características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, de critério e concorrente, além de boa fidedignidade teste-reteste. Assim, como conseqüente notoriedade, esse instrumento tem sido utilizado em estudos de diversas populações, como exemplo as populações acometidas pelo consumo abusivo de SPA, ou por populações saudáveis.^{12,13}

Independente do grupo de estudo, sabe-se que a contribuição de pesquisas de QV está embasada na premissa de que os conhecimentos produzidos servem para avaliação da efetividade de tratamento, funcionamento de serviços de saúde, além

de norteador para construção de políticas públicas, resultando assim, na melhora da qualidade de vida da população.^{12,13}

Assim, o presente estudo teve como objetivo investigar o impacto dos fatores socioeconômicos e uso de SPA's na qualidade de vida dos sujeitos em seguimento nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD) dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra do estado do Espírito Santo, Brasil.

5.2.3 Método

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo analítico transversal realizado nos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra do estado do Espírito Santo, Brasil. Os participantes do estudo foram os sujeitos que estavam em acompanhamento nessas instituições no período da pesquisa seguindo os critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e estar em tratamento no serviço devido ao consumo de SPA. Os critérios de exclusão foram: apresentar manifestação de comorbidade psiquiátricas e/ou desvios de comportamento que impossibilitasse a entrevista.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho de 2015 a fevereiro de 2016, utilizando a técnica de entrevista individual, com registro em instrumento contendo a caracterização sociodemográfica e em seguida o instrumento validado no Brasil¹⁴ denominado *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) para investigação do padrão de consumo das substâncias psicoativas nos últimos três meses, e por fim, o instrumento de avaliação da qualidade de vida Whoqol- Bref, desenvolvido pelo WHOQOL GRUP⁸ e validado no Brasil por Fleck.¹⁰

O Whoqol-Bref busca, a partir da percepção do sujeito, mensurar a qualidade de vida apresentando escores entre 0-100, sendo a maior pontuação indicativa de melhor qualidade de vida.¹² Dessa forma, essas pontuações foram dicotomizadas em “muito ruim, ruim e regular” e “boa e muito boa” qualidade de vida, sendo essas a variável dependente analisada. As variáveis independentes avaliadas foram: dados sociodemográficos e o padrão de consumo obtido pelo ASSIST, apresentados aqui como “uso ocasional” e “uso de abuso e dependência”.

O cálculo da amostra foi realizado para maximizar o tamanho amostral. Assim, a população estudada foi considerada em torno de 1.000 sujeitos no período do estudo, prevalência de Qualidade de Vida de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. O programa estatístico *Bioestat*, versão 3.1 foi utilizado para a realização do cálculo amostral,¹⁵ alcançando o tamanho mínimo de 278 indivíduos, divididos entre as três unidades de tratamento. A aleatorização foi garantida para que todos os sujeitos tivessem a mesma chance de participação no estudo, por meio de um cronograma de visitas considerando a capacidade e rotatividade de cada espaço de tratamento.¹⁶

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, por meio de frequência absoluta e relativa. Em seguida realizaram-se as associações entre variável dependente e as independentes, por meio dos testes Qui-Quadrado e/ou Exato de Fisher, com um nível de significância de 5%. Para avaliar a força de associação entre evento e exposição, foi utilizado o *Odds Ratio* (OR) e ANOVA (o mais adequado), já para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico IBM SPSS 20.¹⁵

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em 25 de maio de 2015, em conformidade aos critérios da Resolução 466/ 2012.

5.2.4 Resultados

Este estudo foi composto por uma amostra de 280 sujeitos, onde 74,3% se identificaram como sendo do gênero masculino. Quanto à faixa etária, 26,8% apresentaram idade entre 42 a 51 anos e 26,1% com idade de até 32 anos. No que se refere a variável raça/cor, 78,9% declararam-se não brancos. Solteiros, divorciados ou viúvos compuseram 71,1% dos entrevistados. A escolaridade de maior frequência dos participantes foi de ensino fundamental incompleto 35,0%, enquanto a escolaridade do chefe da família foi de 29,3% para o ensino médio completo ou acima. Na variável renda familiar, 34,7% dos participantes declararam possuir renda de até um salário mínimo, enquanto 28,2% possuíam entre 1 e 2 salários mínimos. Quanto à fonte de renda dos entrevistados, 35,4% disseram

receber algum benefício social, 27,4% declararam receber ajuda família/parceiro, como fonte de renda e apenas 11,4% da amostra recebiam alguma assistência de transferência de renda. Disseram viver em casa de familiares/outros ou casa alugada 47,0% e 38,6% em casa própria.

A Tabela 1 apresenta a percepção do usuário do CAPS AD em relação à condição de saúde e qualidade de vida. Observa-se que, quanto à satisfação do estado de saúde, declararam-se “insatisfeito a muito insatisfeito” 40,71% dos usuários, enquanto 31,1% se declararam “satisfeito a muito satisfeito”. A avaliação negativa da qualidade de vida “ruim a muito ruim” foi referida por 38,5% da amostra. Avaliaram ter uma qualidade de vida “nem ruim e nem boa” 31,4% da amostra, enquanto declararam ter uma qualidade de vida “boa a muito boa” 30%.

Tabela 1. Percepção sobre o estado de saúde de usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, Brasil, 2016.

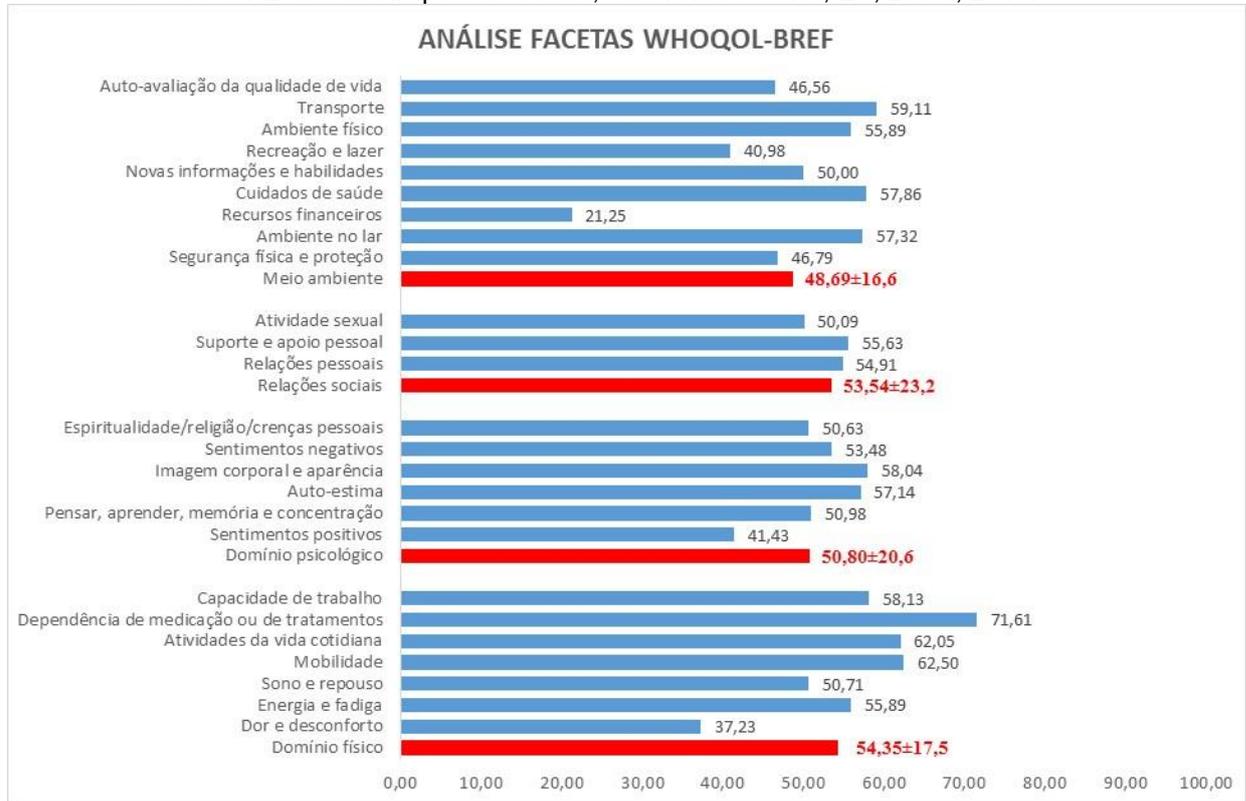
Característica	Número	Percentual
Quão satisfeito está com a sua saúde		
Muito insatisfeito	35	12,5
Insatisfeito	79	28,2
Nem satisfeito, nem insatisfeito	79	28,2
Satisfeito	63	22,5
Muito satisfeito	24	8,6
Como avalia sua qualidade de vida		
Muito ruim	30	10,7
Ruim	78	27,9
Nem ruim, nem boa	88	31,4
Boa	69	24,6
Muito boa	15	5,4

O Gráfico 1 apresenta o escore médio e desvio padrão para cada domínio do instrumento Whoqol-Bref, seguido das facetas correspondentes a cada domínio. Os domínios físico (DP=17,5), psicológico (DP=20,6) e social (DP=23,2) mantiveram a média entre 50,8 (psicológico) a 54,3 (físico), enquanto para o domínio meio ambiente (DP=16,6) foi encontrado a menor média com 48,7.

As facetas que alcançaram melhores indicadores foram: mobilidade (62,5), capacidade de trabalho (58,13) e Imagem corporal (58,04). Dependência de medicamento (71,61) e Cuidados de saúde (57,86) também alcançaram melhores média, porém isso indica autopercepção negativa para essas facetas. Dentre os

menores escores obtidos destacaram-se as facetas recursos financeiros (21,25), dor e desconforto (37,23) e sentimentos positivos (41,43).

Gráfico 1. Escore médio e desvio padrão dos domínios e facetas do instrumento Whoqol-Bref dos usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, Brasil, 2016.



A Tabela 2 mostra as associações entre o índice de qualidade de vida e as variáveis sócio-demográficas e padrão de consumo de SPA's. Verifica-se que os sujeitos que possuem renda igual ou inferior a um salário mínimo ($p=0,00$) possuem duas vezes mais chance de ter qualidade de vida afetada (OR: 2,11. $p=0,00$; IC 95%: 1,2 - 3,5).

Para o padrão de consumo de SPA's, foi encontrada significância estatística apenas para o uso de álcool. Assim, observa-se que os sujeitos que apresentaram uso ocasional para bebidas alcoólicas possuíam melhor qualidade de vida se comparado aos sujeitos com padrão de consumo de abuso/dependência (OR: 1,66. $p=0,05$; IC 95%: 0,9 - 2,9).

Tabela 2. Qualidade de vida segundo dados sócio-demográficos e padrão de consumo de substâncias psicoativas por usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, Brasil, 2016.

Variável	Muito ruim, ruim e regular		Boa e muito boa		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
Gênero						
Masculino	146	70,2	62	29,8	0,50	1,0 0,5 – 1,8
Feminino	50	69,4	22	30,6		
Faixa etária						
Até 41 anos	106	74,1	37	25,9	0,07	1,4 0,8 – 2,5
≥ 42 anos	90	65,7	47	34,3		
Raça						
Branco	42	71,2	17	28,8	0,47	1,0 0,5 – 2,0
Não branco	154	69,7	67	30,3		
Estado civil						
Casado/União estável	52	64,2	29	35,8	0,11	1,4 0,8 – 2,5
Solteiro/Separado/viúvo	144	72,4	55	27,6		
Escolaridade usuário						
Até 8 anos	122	70,9	50	29,1	0,38	1,1 0,6 – 1,8
9 anos ou mais	74	68,5	34	31,5		
Escolaridade chefe						
Até 8 anos	114	72,1	44	27,8	0,33	1,1 0,6 – 2,0
9 anos ou mais	66	68,7	30	31,2		
Renda						
Até 1 salário mínimo	106	77,4	31	22,6	0,00	2,1 1,2 – 3,5
>1 salário mínimo	81	61,8	50	38,2		
Fonte de renda						
Sim	54	72,0	21	28,0	0,38	1,1 0,6 – 2,0
Não	142	69,3	63	30,7		
Bolsa do família						
Sim	24	75,0	8	25,0	0,33	1,3 0,5 – 3,0
Não	172	69,3	76	30,6		
Moradia						
Sim	46	76,7	14	23,3	0,13	1,5 0,7 – 2,9
Não	150	68,2	70	31,8		
Uso de tabaco						
Uso ocasional	18	64,3	10	35,7	0,32	
Uso de abuso/Dependência	162	70,4	68	29,6		
Uso bebidas alcoólicas						
Uso ocasional	43	61,4	27	38,6	0,05	
Uso de abuso/Dependência	151	72,6	57	27,4		
Uso maconha						
Uso ocasional	73	72,3	28	27,7	0,36	
Uso de abuso/Dependência	67	69,1	30	30,9		
Uso cocaína & crack						
Uso ocasional	26	72,2	10	27,8	0,52	
Uso de abuso/Dependência	120	73,2	44	26,8		

A Tabela 3 apresenta a média e desvio padrão da qualidade de vida segundo o Whoqol- Bref considerando o padrão de uso de SPA's dos usuários dos CAPS AD.

Observa-se que os usuários de tabaco, independente do padrão de consumo, apresentaram menor média para a qualidade de vida no domínio meio ambiente. Para o uso de bebidas alcoólicas, o domínio psicológico apresentou a menor média para todos os padrões de consumo. Já para o uso de maconha, a menor média foi encontrada no domínio psicológico com padrão de consumo de dependência. No domínio meio ambiente, foi encontrado menor média para o uso ocasional e uso de abuso (TABELA 3).

Tabela 3. Qualidade de vida segundo o padrão de consumo de substâncias psicoativas por usuários dos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, Brasil, 2016.

Droga	Uso ocasional		Uso de Abuso		Uso de Dependência		ANOVA
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Tabaco							
Domínio Físico	54,5	17,7	53,9	17,5	54,5	17,5	0,97
Domínio Psicológico	50,3	22,7	51,6	19,6	49,9	21,2	0,84
Domínio Social	46,7	20,5	54,2	22,9	53,4	25,3	0,29
Domínio Meio Ambiente	46,6	15,2	48,7	15,7	49,7	19,1	0,69
Bebidas alcoólicas							
Domínio Físico	53,7	17,3	54,3	16,1	55,0	18,1	0,86
Domínio Psicológico	51,8	22,5	49,1	18,9	51,3	20,1	0,68
Domínio Social	53,0	25,3	52,8	19,8	54,3	23,9	0,87
Domínio Meio Ambiente	48,3	17,4	48,6	16,8	49,4	15,8	0,89
Maconha							
Domínio Físico	55,7	18,6	52,8	15,8	49,5	17,2	0,25
Domínio Psicológico	52,8	21,9	50,6	18,9	46,4	20,3	0,37
Domínio Social	52,4	23,9	52,6	20,3	54,3	28,7	0,93
Domínio Meio Ambiente	49,1	17,4	48,7	14,8	49,0	15,1	0,98
Cocaína							
Domínio Físico	54,4	16,7	53,0	16,5	53,8	21,2	0,89
Domínio Psicológico	50,9	23,1	52,3	18,5	51,7	20,7	0,91
Domínio Social	54,0	24,7	55,5	21,6	51,3	22,2	0,68
Domínio Meio Ambiente	49,4	16,8	49,2	17,0	49,6	14,7	0,99
Crack							
Domínio Físico	55,7	19,2	55,5	16,1	51,9	17,9	0,41
Domínio Psicológico	50,7	25,2	53,7	22,1	50,6	19,2	0,70
Domínio Social	57,5	22,4	54,5	17,6	53,2	23,4	0,65
Domínio Meio Ambiente	51,1	16,5	51,4	15,5	47,1	16,5	0,24
Cocaína e Crack							
Domínio Físico	55,7	19,2	55,5	16,1	51,9	17,9	0,22
Domínio Psicológico	50,7	25,2	53,7	22,1	50,6	19,2	0,73
Domínio Social	57,5	22,4	54,5	17,6	53,2	23,4	0,70
Domínio Meio Ambiente	51,1	16,5	51,4	15,5	47,1	16,5	0,28

5.2.5 Discussão

Na contemporaneidade, tem crescido a quantidade de estudos sobre qualidade de vida na população usuária de substâncias psicoativas, contribuindo para o

entendimento das consequências do uso abusivo e dependência^{17,18,19,20} e suas repercussões no âmbito psicológico, meio ambiente, relacionamentos sociais, além de crenças pessoais.²¹

Entende-se que a QV é constructo multidimensional que envolve parâmetros subjetivos – bem estar e felicidade –, além de parâmetros objetivos que consideram as necessidades da população.²² Portanto a satisfação com a saúde pode ser entendida como parâmetro objetivo estando diretamente ligada a qualidade de vida¹⁹ conforme os dados encontrados no presente estudo, onde 40,71% dos sujeitos considerarem “insatisfeitos a muito insatisfeitos” com o estado de saúde e 38,5% declararem “ruim a muito ruim” sua qualidade de vida.

A insatisfação com a condição de saúde, relatada pela população desse estudo, gera preocupação ao considerar que esses sujeitos encontram-se em espaço de produção de saúde. Ressalta-se que a proposta do CAPS AD, enquanto espaço de saúde e cidadania, é resultado da idealização de lugares onde as práticas de cuidar visam o acolhimento e a atenção integral buscando, entre outros, a satisfação dos usuários.²³

Quanto aos resultados referentes aos domínios do instrumento Whoqol-Bref, observa-se que os sujeitos apresentam um nível considerável médio de qualidade de vida. Um estudo transversal¹⁹ realizado no município de São José, SC, Brasil, que avaliou 100 sujeitos dependentes químicos foi encontrado média dos escores entre 58,9 e 65,5 maior que os resultados do presente estudo.

Embora alguns estudos^{24,25} evidenciam bom nível de QV, variando escore entre 59,2 a 72, ainda são poucas as investigações quanto a temática QV e uso de substâncias psicoativas¹⁹, evidenciando a importância de estudos desse seguimento.

De outro modo, estudo que avaliou 347 pessoas, sendo 138 usuários de substâncias psicoativas e 209 controles, mostrou que os sujeitos que não faziam uso de nenhuma droga tiveram escores maiores de qualidade de vida se comparados aos usuários de substâncias psicoativas.²⁶

É importante destacar que indicadores sociais como nível socioeconômico e escolar influenciam a percepção do sujeito quanto sua qualidade de vida. Assim, vários estudos^{20,27} demonstram o impacto da renda e escolaridade na QV, sugerindo que quanto menor a renda e escolaridade, maiores são as chances de se obter baixo indicador para a QV. De certo, se os problemas financeiros/estruturais associam-se a menores escores de QV, por conseguinte políticas voltadas para uma melhor distribuição de renda poderiam gerar efeitos benéficos à saúde da população estudada, em especial na QV.²⁷

Dessa forma, no presente estudo, os dados demonstraram que, os sujeitos que apresentaram renda superior a um salário mínimo apresentaram maior chance de melhor qualidade de vida, semelhante aos achados de uma pesquisa²⁰ que avaliou 262 usuários do CAPS AD de três municípios de São Paulo, Brasil, e demonstrou que os sujeitos que vivem com uma renda de menos de um salário mínimo eram 2,41 vezes mais propensos a apresentar baixa qualidade de vida ($p = 0,00$; IC 95% = 1,2 - 4,7).

De outro modo, nesse estudo não foi encontrado significância estatística na análise de variância entre as associações de qualidade de vida e consumo de substâncias psicoativas em nenhum dos domínios apresentados pelo Whoqol Bref. É provável que esse fato ocorreu devido as características de homogeneidade do consumo de SPA pela população, embora autores como Merrick (2003)²⁸ defendem a ideia de que não está claro se o uso da substância psicoativa em si leva a uma baixa qualidade de vida ou se é a baixa qualidade de vida que leva ao uso da substância.

Dessa forma, é importante reforçar que QV se refere a uma avaliação subjetiva que está inserida em um contexto cultural, social e ambiental. Transportando esse conceito para a população do CAPS AD e considerando que a QV se concentra na percepção dos sujeitos entrevistados, não se espera fornecer um meio de medir de forma detalhada sintomas, doenças ou condições, mas sim os efeitos das doenças e intervenções de saúde na Qualidade de vida.⁹

5.2.6 Considerações Finais

Os usuários dos Caps Ad desse estudo apresentam características sociodemográficas semelhantes, da mesma forma, o uso de SPA se apresenta de forma continuada, com experiências de uso de múltiplas substâncias, tornando essa amostra homogênea o que diretamente implica na análise dos resultados estatísticos.

Todavia, o fator socioeconômico de baixa renda apresenta como importante indicador associativo a baixa qualidade de vida e mesmo não sendo evidenciada significância estatística nas associações entre padrão de consumo e baixa qualidade de vida, é importante observar que a média dos escores de QV em todos os domínios do Whoqol Bref desse estudo é inferior a média de escores da população não usuária de substâncias psicoativas.

Por fim, fica evidenciado que a autopercepção de insatisfação da condição de saúde e as medidas de QV encontradas nesse estudo são potencialmente úteis para o direcionamento e desenvolvimento de ações para melhor atender as demandas dos usuários dos Caps Ad.

5.2.7 Referências

1. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report. 2015.
2. Carlini EA; Galduróz JC; Noto AR; Carlini CM; Oliveira LG; Nappo AS, et al. II Levantamento sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CENTRO BRASILEIRO SOBRE INFORMAÇÕES DROGAS PSICOTRÓPICAS – Universidade Federal de São Paulo, 2006.
3. Alarcon, S. O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. In: Jorge, MAS, Carvalho, MCA, Silva, PRF (Org). Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
4. Medina MG, Nery Filho A, Flach PMV. Políticas de Prevenção e cuidados ao usuário de substâncias psicoativas. In: Paim, JS. Almeida-Filho, N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.

5. Sanceverino SL, Abreu, JLC. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. *Cien Saude Colet*. 2004; 9 (4): 1047-56, 2004.
6. Herculano S; Porto MFS; Freitas CM. *Em Busca da Boa Sociedade*. Niterói: EDUFF, 2006.
7. World Health Organization. WHOQOL – measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization; 1997a.
8. World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. *Measuring Quality of Life*. 1998.
9. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*; 1995.
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100) 1999. *Rev Saúde Púb* 1999; 34 (2): 198-205.
11. Steps for checking and cleaning data and computing domain scores for the whoqol-bref. Sintaxe SPSS - WHOQOL - bref Questionnaire. [Acessado em 2016 jul 19]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Sintaxe.pdf>>
12. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*. 2000; 34 suppl 2:178-83.
13. Kluthcovsky ACGC; Takayanagui AMM.; Santos CB.; Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007; 29 (2): 176-83.
14. Henrique IFS, De Michelil D, De Lacerda RB, De Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do desenvolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(2): 199-206.
15. Levine DM et al. *Estatística: teoria e aplicações usando o Microsoft Excel em português*. Rio de Janeiro: LTC; 2012.
16. Espírito Santo. Secretaria de Saúde. Consolidado da Rede de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2015. [citado 23 ago 2015]. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>
17. Lozano OM. Domingo-Salvany A. Martinez-Alonso M. Brugal MT. Alonso J, de la Fuente L. Health-related quality of life in young cocaine users and associated factors. *Qual Life Res*. 2008; 17 (7): 977-85.

18. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation. *J Bras Pneumol*. 2010; 36 (1): 67-74.
19. Silveira C, Meyer C, Souza GR, Ramos MO, Souza MC, Monte FG. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. *Cien Saude Colet* 2013.18(7): 2001-2006.
20. Marques et al. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons *BMC Oral Health*, 2015; 15:38.
21. Silva SRC. Valsecki - Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2000; 8(4): 268 – 271.
22. Minayo MCS. Hartz ZMA. Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien Saude Colet*. 2000; 5 (1): 7-18.
23. Amarante, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Giovanella, L et al. (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008: 735-750.
24. Aragão ATM. Milagres E. Figlie NB. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. *Psico-USF*, 2009; 14(1): 117-23.
25. Castro, M.G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Rev Psiq Clín*. 2007; 34 (2): 61-67.
26. Moreira TC, Figueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, et al. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Cien Saude Colet*. 2013; 18 (7) :1953-1962.
27. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ, Fortes SLC. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(2): 497-508.
28. Merrick VS. Merrick J. Psychoactive Drugs and Quality of Life. *The Scientific World Journal*. 2003; 3, 694–706.

Os usuários dos Caps Ad desse estudo, quando comparado com a população geral, apresentam maior prevalência de padrão de consumo na vida para todas as substâncias psicoativas pesquisadas, além de padrão de experiência de uso de múltiplas drogas. Quanto ao padrão de consumo de dependência os resultados chamam atenção para o montante de dependentes de crack, álcool e tabaco, mostrando a necessidade de abordagens especiais para esse grupo, uma vez que essas substâncias apresentam características diferenciadas no que se refere às consequências para a saúde e aspectos sociais.

Além disso, é importante destacar que a continuação do uso de substâncias psicoativas, independente do padrão de consumo, mantém os sujeitos inseridos num contexto de vulnerabilidades nos aspectos da saúde e no campo social, potencializando a exclusão, o desemprego e fragilidades nas relações familiares.

De outro modo, a autopercepção de insatisfação da condição de saúde e qualidade de vida encontrada nesse estudo deve ser usada como indicador de necessidades de ações para melhor atender as demandas dos usuários desses serviços, uma vez que o fator socioeconômico “baixa renda” apresenta como importante indicador associativo a baixa qualidade de vida e embora não tenha sido evidenciada significância estatística nas associações entre padrão de consumo e baixa qualidade de vida, é importante destacar que a média dos escores de QV em todos os domínios do Whoqol Bref dos usuários dos Caps Ad desse estudo é inferior a média de escores da população não usuária de drogas.

Portanto, conhecer o perfil da população do CAPS AD, assim como identificar a auto percepção de QV dos usuários desses serviços, permite aos gestores públicos identificarem quais demandas necessárias para essa população. Da mesma forma, o seguimento de estudos epidemiológicos contribui na continuidade das informações a cerca das características desse grupo, necessário para o entendimento do fenômeno uso de substâncias psicoativas, além do estabelecimento de planos de cuidados em saúde.

ABREL, C.C.; MALVASI, P.A. Aspectos Transculturais, sociais e Ritualísticos da dependência Química. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D.C; LARANJEIRA, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed; 2011.

ALARCON, S. O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. In: JORGE, M.A.S, CARVALHO, M.C.A, SILVA, P.R.F, organizadores. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

ALMEIDA, O.P. et al. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

AMARANTE, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 735-750, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – DSM-5**. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ASSUMPÇÃO, F.B.J. **Psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: S. Maltese, 1994.

ARAÚJO, A.C; NETO, F.L. A nova classificação americana para os transtornos mentais. **J Psicanal**, São Paulo, v. 46, n. 85, p.99-116, 2013.

BARBOSA, M. T. S. et al. O uso do tabaco por estudantes de primeiro e segundo graus em dez capitais brasileiras: possíveis contribuições da estatística multivariada para a compreensão do fenômeno. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 5, 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101989000500007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 21 maio 2016.

BARBOSA, S.R.C.S. Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção. In: BARBOSA, S.R.C.S.(org.). **A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM**. Campinas: UNICAMP, NEPAM, p. 401-423, 1998.

BARCELLOS, A.P., et al. Padrão de consumo de anfetaminas entre universitários de Porto Alegre. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Rio Grande do Sul, v. 19, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300021> Acesso em: 01 jul. 2009.

BATISTA, L. S. S.; BATISTA, M.; CONSTANTINO, P. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do CAPS AD em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. **Persp.online: biol. saúde**. v. 7, n. 2, p. 23-38, 2012

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. [Internet]. **Legislação**. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 26 ago 2002a.

_____. Casa Civil. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. [Internet]. **Legislação**. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 11 jan 2002b.

_____. Casa Civil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. [Internet]. **Legislação**. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 23 ago 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm#art75>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. [Internet]. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 29 out 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. Casa Civil. Lei Nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. [Internet]. **Legislação**. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 21 out 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm#art46>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. Conselho nacional de saúde. Comissão organizadora da III conferencia nacional de saúde mental. **Relatório final da III conferência nacional de saúde mental**. [Internet]. Brasília (DF); 11 a 15 dez 2001.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

_____. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. [Internet]. **Legislação**. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 14 jul 1934. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-norma-pe.html>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

_____. Governo Federal. **Programa 'Crack: é possível vencer!'**. Brasília: 2011b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. Brasília (DF); 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002. O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais. [Internet]. **Legislação**. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 19 fev 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 189 de 19 de Novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). **Diário Oficial da União**; 30 jan. 1994a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Gabinete do Ministério, Brasília (DF); 26 dez; 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União**; 30 jan. 1994b.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009.

BUZI, N. et al. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

CARLINI-COTRIM, B. Dados sobre o consumo de drogas por adolescentes no Brasil. **Rev. ABPAPAL**, v. 9. n. 3, p. 99-102, 1987.

_____. O consumo de substâncias psicotrópicas por estudantes secundários: o Brasil frente a situação internacional. **Revista ABP-APAL**, v. 13, n 3, p. 112-116, 1991.

CARLINI-CONTRIM, A.; BARBOSA, M.T. **Pesquisas epidemiológicas sobre drogas entre estudantes**: um manual de orientações gerais. São Paulo: Cebrid/Unifesp, 1993. Disponível em: <www.unifesp.br/dpsicobio/boletim/.../index.htm>. Acesso em 24 set. 2009.

CARLINI, E. A et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país : 2001 / -- São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo,2002.

CARLINI, E. A, et al. **II Levantamento sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CENTRO BRASILEIRO SOBRE INFORMAÇÕES DROGAS PSICOTRÓPICAS – Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. In: BARATA, R. B. **Condições de vida e situação em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

CLEMENTE, A. C.; LAVRADOR, M. C. C.; ROMANHOLI, A. C. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Polis e Psique**, v. 3, n. 1, 2013.

CORDÁS, T. A.; MORENO, R. A. **Condutas em Psiquiatria**. São Paulo: Lemos, 2001.

DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Dornelles, C. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ESCOHOTADO, **A Historia de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

ESPÍRITO SANTO. **Secretaria de Saúde. Consolidado da Rede de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. 2015. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

FLECK MPA, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, SANTOS L et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100) 1999. **Rev. Saúde Pública**, 1999.

GALDURÓZ, J.C.F; NOTO, A.R; NAPPO, S.A; CARLINI, E.A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Rev Latino-am Enfermagem**, n 13, p888-95, set-out. 2005.

GODOI, Alcinda Maria Machado et al . Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de rede privada. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 150-156, Abr. 1991.

HENRIQUE, I.F.S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do desenvolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo. V.50, n.2, p. 199-206, 2004

HERCULANO, S; PORTO, M.F.S; FREITAS, C.M. Em Busca da Boa Sociedade. Capit. **A qualidade de vida e riscos ambientais**. Niterói: EDUFF, 2006. 426 p.

KLEIN, C.H; BLOCH, K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R.A; BLOCH, K.V; LUIZ, R.R; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. P. 193 – 219.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M.M.; SANTOS, C.B.; KLUTHCOVSKY, F.A. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.

KOLB, L. C. **Psiquiatria Clínica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LEVINE, D. M. et al. **Estatística: teoria e aplicações usando o Microsoft Excel em português**. 8.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 12, n. 4, p 189 – 201, 2003.

MARQUES, A.L.M; MÂNGIA, E.F. Organização e práticas assistenciais: estudo sobre centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 22, n. 3,p. 229-37, 2011

MEDINA, M.G; NERY FILHO, A; FLACH, P.M.V. Políticas de Prevenção e cuidados ao usuário de substâncias psicoativas. IN: PAIM, JS. ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID 10 Critérios diagnósticos para pesquisa**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.

PEREIRA, D.S.; SOUZA, R.S.; BUAIZ, V., SIQUEIRA, M.M. Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 3, p.188-195, 2008.

PORTUGAL, F.B.; SOUZA, R.S.; BUAIZ, V.; SIQUEIRA, M.M. Uso de drogas por estudantes de Farmácia da Universidade Federal do Espírito Santo. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n.2, p127-132, 2008.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

REIS, R.; GARCIA, M L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 13, n. 6, p.1965-1974, 2008.

SANCEVERINO, S. L.; ABREU, J. L. C. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. **Cienc. Saude Colet.**, v. 9, n. 4, p. 1047-1056, 2004.

SANTOS, J. A. T; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Sau. Transf. Soc.**,2013.

SANTOS, M. V. F.; PEREIRA, D. S.; SIQUEIRA, M. M. Uso de álcool e tabaco entre estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. **J. Bras Psiquiatr.**, v. 62, n. 1, p. 22-30, 2013.

SCHECHTMAN, A; ALVES, D. S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, M. A. S, CARVALHO, M. C. A, SILVA, P. R. F, (Org.) **Políticas e cuidado**

em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SEIBEL, S. D; TOSCANO JUNIOR, A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2010.

SOUSA, J; KANTORSKI, L.P. The social network of individuals under treatment at a psychosocial care center for alcohol and drugs (CAPS AD). **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 23, n. 2, p. 372-82, 2009.

TEIXEIRA, R. F.; SOUZA, R. S.; BUAIZ, V.; SIQUEIRA, M. M.; Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. **Cienc. Saude Colet.**, v. 15, n.3, p. 655-662, 2010.

TONINI, N. S; KANTORSKI, L.P. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 126-132, 2007.

TRAD, S. N. S; TRAD L. A. B; ROMANÍ, O. Contribuição das Ciências Sociais ao estudo sobre o uso de drogas e o diálogo com a produção nacional contemporânea. In: JORGE, M. S. B. et al. **Olhares Plurais sobre o fenômeno do crack**. Fortaleza: Eduece, 2013. p. 27-65.

TRAPP, R. G. Bioestatística: básica e clínica. 3. ed Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2001.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. United Nations Office on Drugs and Crime, **World Drug Report**. 2015.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. United Nations Office on Drugs and Crime, **World Drug Report 2014** (United Nations publication). 2014.

WANDEKOKEN, K. D; DALBELLO-ARAUJO, M. Trabalho nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas e as políticas públicas: que caminho seguir. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 157-175, 2015.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, 1995.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p.1403-1409, 1995.

_____. The World Health Organization quality of assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. 41(10):1403-1409. **Soc. Sci. Med.**, 1995.

WORLD ECONOMIC FORUM. The Global Economic Burden of non-communicable Diseases: **A report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health**. 2011.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. The Thirtieth World Health Assembly. Resolutions WHA30.18 Action in respect of international conventions on narcotic drugs: Implementation of the Convention on Psychotropic Substances Functions and responsibilities of WHO. **Handb. Res.**, v. II (2nd ed.), 1.9.5.2 Tenth plenary meeting, 12 May 1977. [citado em 2015 jun. 17]. Disponível em: URL:<http://www.who.int/substance_abuse/en/WHA30.18.pdf>. Acesso em: 12 May 1977.

_____. The Twenty-sixth World Health Assembly. Resolutions WHA26.52 Drug dependence. **Handb. Res.**, Vol.I, 1.9.6.1 Fifteenth plenary meeting, 22 May 1973. Disponível em: <URL:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92145/1/WHA26.52_eng.pdf>. Acesso em: 17 Jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL – measuring quality of life. **The World Health Organization quality of life instruments**. Geneva: World Health Organization; 1997a.

_____. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. **Measuring Quality of Life**. 1997b.

_____. **Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence**, 2004.

_____. **The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)**: manual for use in primary. 2010.

_____. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: **World Health Organization**. 2011.

YASUI, S. Reforma e contrarreforma: reflexões em torno da internação compulsória e comunidades terapêuticas. in: JORGE, M.S.B, TRAD, L.A.B, QUINDERÉ, P.H.D, LIMA, L.L. **Olhares Plurais sobre o fenômeno do crack**. Fortaleza:Eduece, 2013. p. 87-103.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **CONDIÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ATENDIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS DA GRANDE VITÓRIA, ES**, sob a responsabilidade da Prof.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.

JUSTIFICATIVA

A pesquisa permitirá conhecer o impacto que algumas condições de saúde, como problemas bucais e o próprio uso das substâncias psicoativas, têm em sua qualidade de vida.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Os objetivos serão traçar o perfil dos indivíduos, caracterizando os dados sociodemográficos; identificar quais as SPA's mais utilizadas pelos usuários; caracterizar o padrão de uso das drogas, segundo os critérios de uso ocasional; uso sugestivo de abuso e uso sugestivo de dependência, e avaliar a prevalência de cárie e suas consequências, bem como seu impacto na qualidade de vida nos indivíduos que se encontram em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas.

PROCEDIMENTOS

Será feito o exame clínico da sua boca no próprio espaço do centros de Atenção, sob luz natural, usando apenas uma espátula de madeira e gaze. Além disso, você responderá a uma entrevista contendo perguntas sobre as suas condições sociais e de moradia, a(s) substância(s) usada(s) por você, e sua opinião sobre a sua própria saúde.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A coleta de dados tem previsão média de 30 minutos de duração e será realizada no próprio espaço do CAPS AD

RISCOS E DESCONFORTOS

Essa pesquisa oferece riscos pequenos de você se sentir envergonhado durante algumas perguntas da entrevista ou mesmo no exame da sua boca. Caso ocorra, nós garantimos que você pode não responder ou não participar mais caso queira.

BENEFÍCIOS

Caso seja identificado alguma lesão dentro da sua boca, você será encaminhado para a clínica de Estomatologia da Universidade Federal do Espírito Santo para tratamento e/ou acompanhamento. Além disso, nós iremos, respeitando sua privacidade, publicar o que encontramos, o que pode possibilitar a criação de políticas públicas voltadas para suas necessidades.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Minha identidade será resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer dano relacionado com o estudo, eu devo contatar o (a) pesquisador (a), Prof.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto no TELEFONE 3335-7238 ou endereço Curso de Odontologia na Av. Marechal Campos 1488, Maruípe, Vitória. Caso não consiga contatar o pesquisador (a) ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCSUFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1488 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo (a) pesquisador (a).

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa "Condição de saúde e qualidade de vida em usuários de substâncias psicoativas", eu, Prof.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto, declaro ter cumprido as exigências do (a) item (a) IV.3 e IV.4, da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

LOCAL, DATA

Digital –
polegar Direito

Participante da pesquisa

NOME DO PESQUISADOR PRINCIPAL

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico

O senhor (a) já participou dessa pesquisa?

Qual o motivo de seu tratamento aqui?

Início do Tratamento: _____

Possui alguma outra doença (comorbidade)? _____

A) Informações Sócio demográficas	Código
1 - Qual sua Idade? _____	
2 - Qual seu sexo? 0 Masculino 1 Feminino	<input type="text"/>
3 - Como você se classifica em relação a sua cor? 0 Branco; 1 Preto/Negro; 2 Amarelo/asiático; 3 Pardo/Moreno/Mulato/Marrom; 4 Indígena; 5 Não Sabe; 6 Recusou	<input type="text"/>
4 - Qual a sua situação conjugal? 0 Solteiro 1 Casado(a) 2 Em comunhão estável 3 Separado(a) 4 Viúvo(a) 5 Não Sabe 6 Recusou	<input type="text"/>
5 - Até que série você estudou? 0-Não completou nenhuma série 1- Alfabetização (completa) 2- 1º a 3º série do fundamental (1º grau) 3- 4º a 7º série do fundamental (1º grau) 4- Fundamental Incompleto (1º grau incompleto) 5- Fundamental completo (1º grau completo) 6- Médio ou 2º grau incompleto 7- Médio ou 2º grau completo 8- Nível técnico incompleto 9- Nível técnico completo 10- Superior incompleto 11- Superior completo 12- Especialização incompleto 13- Especialização completa 14- Não sabe 15- Recusou	<input type="text"/>
6 - Quantidade de pessoas que vivem na casa: 0- vive sozinha- 1-Até 2 Pessoas 2- 3 à 5 Pessoas 3-6 Pessoas 4- Acima de 6 Pessoas 5- Situação de rua 6- Vive em abrigos	<input type="text"/>
7 - Situação Econômica da família (Renda Familiar mensal) 0- sem renda 1- menos de um salário mínimo (< 880,00) 2- 1 salário mínimo (R\$ 880,00) 3- Entre 1 e 2 salários mínimos (880, -1,760) 4- Entre 2 e 3 salários mínimos (1,760 - 2,640) 5- Entre 3 e 4 salários mínimos (2,640 - 3,520) 6- Acima de 4 salários mínimos (>3,520) 6- Não sabe	<input type="text"/>
8 – Grau de instrução do chefe da família 0-Não completou nenhuma série 1- Alfabetização (completa) 2- 1º a 3º série do fundamental (1º grau) 3- 4º a 7º série do fundamental (1º grau) 4- Fundamental Incompleto (1º grau incompleto) 5- Fundamental completo (1º grau completo) 6-	<input type="text"/>

Médio ou 2º grau incompleto 7- Médio ou 2º grau completo 8- Nível técnico incompleto 9- Nível técnico completo 10- Superior incompleto 11- Superior completo 12- Especialização incompleto 13- Especialização completa 14- Não sabe 15- Recusou	
9- Profissão do Chefe da Família (Mencionar mesmo que desempregado) Esse não foi criado código devido a grande variedade de profissões que apareceu	<input type="text"/>
10 - Qual a sua ocupação/trabalho principal atualmente? Esse não foi criado código devido a grande variedade de profissões que apareceu	<input type="text"/>
11 - Nos últimos 30 dias, quais foram suas fontes de dinheiro? (Marque quantas opções forem aplicáveis). 0- Renda de Assistência/Benefício - assistência social, seguro, previdência desemprego, benefício por doença; 1- Família/Parceiro(a)/ amigos; 2- Trabalho regular com carteira assinada; 3- Trabalho regular sem carteira assinada; 4- Trabalho por conta própria/autônomo; 5- Trabalho esporádico/bicos; 6- Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma de venda ou distribuição de drogas; 7- Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro; 8- Atividade ilícita - outra que não o tráfico de drogas: furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatário, etc.; 9- Pedir esmolas; 10- Outras. 11-nenhuma renda	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Criado a variável: Recebe Bolsa Família (0- sim; 1 não)	
12 - Atualmente onde você mora? 0- em casa própria; 1- em casa de familiares; 2- em casa alugada; 3- na rua; 4- Abrigo; 5- Outros:	<input type="text"/>
13 - Qual seu município de Procedência? 0- Vitória; 1- Vila Velha; 2- Cariacica; 3- Serra; 4- Viana; 5- Guarapari; 6- João Neiva; 7- Fundão; 8- outros	<input type="text"/>
B) Informações sobre Uso de Drogas	
14 - Com que idade (anos) você iniciou o uso de:	
a- Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	<input type="text"/>
b- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas destiladas como pinga, uísque, vodka,vermute...)	<input type="text"/>
c- Maconha (baseado, erva, haxixe...)	<input type="text"/>
d- Cocaína inalada/ cheirada (pó, branquinha, nuvem...)	<input type="text"/>

e- Cocaína fumada (crack, pedra...)	<input type="checkbox"/>
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	<input type="checkbox"/>
g- Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló,tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	<input type="checkbox"/>
h- Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	<input type="checkbox"/>
i- Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	<input type="checkbox"/>
j- Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	<input type="checkbox"/>
k- Outras. Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
0 Nunca usou	
15 - Com que idade (anos) você interrompeu o uso de:	
a- Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	<input type="checkbox"/>
b- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas destiladas como pinga, uísque, vodka,vermute...)	<input type="checkbox"/>
c- Maconha (baseado, erva, haxixe...)	<input type="checkbox"/>
d- Cocaína inalada/ cheirada (pó, branquinha, nuvem...)	<input type="checkbox"/>
e- Cocaína fumada (crack, pedra...)	<input type="checkbox"/>
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	<input type="checkbox"/>
g- Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló,tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	<input type="checkbox"/>
h- Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	<input type="checkbox"/>
i- Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	<input type="checkbox"/>
j- Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	<input type="checkbox"/>
k- Outras. Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
0 Nunca usou	
16 - Você se considera dependente químico?	<input type="checkbox"/>
0- sim; 1- não; 2- se recusou a responder	
17 - Já vez tratamento anteriormente para a dependência química?	<input type="checkbox"/>
0- sim; 1- não	
18 - Qual o tipo de tratamento?	<input type="checkbox"/>
0- Ambulatório; 1- CAPS AD; 2- Internação em clínica (Privada); 3- internação em Comunidade Terapêutica; 4- Internação em Pronto Socorro/ Pronto) Atendimento 5-	

Hospital 6- Grupo de MultuAjuda 7-Não se aplica	
C) Informações sobre sua Saúde	
19 - Como você classifica seu estado de saúde geral nos últimos 30 dias? 0- Excelente; 1- muito bom; 2- Bom; 3- Satisfatório; 4- Ruim; 5- Não sabe/não quer dizer	<input type="text"/>
20 - Você já fez exame para HIV? 0- Sim; 1- Não - ir p pergunta 23; 2- Não sabe-- ir p pergunta 23; 3- Recusou-- ir p pergunta 23	<input type="text"/>
21 – Qual a data (mês/ano) da realização do exame? 0 não se lembra; 1 não se aplica	<input type="text"/>
22 Qual serviço te encaminhou para o exame 0- CAPS; 1- UBS; 2- serviço privado; 3- Rede Abraço; 4- Hospital 5-Sistema Prisional 6- Centro POP 7- CTA 8- Consultório na Rua 9- Comunidade Terapêutica 10- não se aplica; 11- não sabe	<input type="text"/>
23 - Qual você acha que seria o resultado se você fizesse o teste para HIV? 0- HIV Positivo; 1- HIV Negativo; 2- Indeterminado; 3- Não sabe; 4- Recusou; 5- não se aplica	<input type="text"/>
24- Você poderia dizer qual foi o resultado do seu teste de HIV mais recente? 0- HIV Positivo; 1- HIV Negativo; 2- Indeterminado; 3- Não sabe; 4- Recusou; 5- Não se aplica	<input type="text"/>
25 - Você alguma vez já recebeu ou está recebendo tratamento (medicação) para HIV? 0- Sim; 1- Não; 2- Não sabe; 3- Recusou; 4- Faz tratamento irregular; 5- Não se aplica -se HIV negativo	<input type="text"/>

ANEXO A - Questionário ASSIST 3.0

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Testcom ASSIST 3.0

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO O MÉDICO)	Não	Sim
a- Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	3
b- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas destiladas como pinga, uísque, vodka, vembute...)	0	3
c- Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	3
d- Cocaína inalada/ cheirada (pó, branquinha, nuvem...)	0	3
e- Cocaína fumada (crack, pedra...)	0	3
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	3
g- Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	3
h- Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	3
i- Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-firio, cogumelos...)	0	3
j- Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	3
k- Outras. Especificar: _____	0	3

Se “Não” em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?

Se “Sim” para algumas drogas, continue com as demais questões.

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Dianamente ou quase todo dia
a- Derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b- Bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c- Maconha	0	3	4	5	6
d- Cocaína inalada/ cheirada	0	3	4	5	6
e- Cocaína fumada	0	3	4	5	6
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	3	4	5	6
g- Inalantes	0	3	4	5	6
h- Hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
i- Drogas alucinógenas	0	3	4	5	6
j- Opióides	0	3	4	5	6
k- Outras. Especificar: _____	0	3	4	5	6

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Dianamente ou quase todo dia
a- Derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b- Bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c- Maconha	0	5	6	7	8
d- Cocaína inalada/ cheirada	0	5	6	7	8
e- Cocaína fumada	0	5	6	7	8
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	5	6	7	8
g- Inalantes	0	5	6	7	8
h- Hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
i- Drogas alucinógenas	0	5	6	7	8
j- Opióides	0	5	6	7	8
k- Outras. Especificar: _____	0	5	6	7	8

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) e não conseguiu?	Não, nunca.	Sim, nos últimos três meses.	Sim, mais não nos últimos três meses.
a- Derivados do tabaco	0	6	3
b- Bebidas alcoólicas	0	6	3
c- Maconha	0	6	3
d- Cocaína inalada/ cheirada	0	6	3
e- Cocaína fumada	0	6	3
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	6	3
g- Inalantes	0	6	3
h- Hipnóticos/sedativos	0	6	3
i- Drogas alucinógenas	0	6	3
j- Opióides	0	6	3
k- Outras. Especificar: _____	0	6	3

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa (s) substância (s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Dianamente ou quase todo dia
a- Derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b- Bebidas	0	2	3	4	6
c- Maconha	0	2	3	4	6
d- Cocaína inalada/ cheirada	0	2	3	4	6
e- Cocaína fumada	0	2	3	4	6
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	2	3	4	6
g- Inalantes	0	2	3	4	6
h- Hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
i- Drogas alucinógenas	0	2	3	4	6
j- Opióides	0	2	3	4	6
k- Outras. Especificar: _____	0	2	3	4	6

Se “Nunca” em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Dianamente ou quase todo dia
a- Derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b- Bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c- Maconha	0	4	5	6	7
d- Cocaína inalada/ cheirada	0	4	5	6	7
e- Cocaína fumada	0	4	5	6	7
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	4	5	6	7
g- Inalantes	0	4	5	6	7
h- Hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
i- Drogas alucinógenas	0	4	5	6	7
j- Opióides	0	4	5	6	7
k- Outras. Especificar: _____	0	4	5	6	7

Faça as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1.

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) ?	Não, nunca.	Sim, nos últimos três meses.	Sim, mais não nos últimos três meses.
a- Derivados do tabaco	0	6	3
b- Bebidas alcoólicas	0	6	3
c- Maconha	0	6	3
d- Cocaína inalada/ cheirada	0	6	3
e- Cocaína fumada	0	6	3
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	6	3
g- Inalantes	0	6	3
h- Hipnóticos/sedativos	0	6	3
i- Drogas alucinógenas	0	6	3
j- Opióides	0	6	3
k- Outras. Especificar: _____	0	6	3

8 Alguma vez você já usou drogas por injeção? (A penas uso não-médico) ?	Não, Nunca.	Sim, nos últimos 3 meses.	Sim, mais não nos últimos 3 meses.
	0	1	2

Observação:

ANEXO B - Questionário de Qualidade de Vida Whoqol-Bref

WHOQOL-BREF

Questionário N° _____

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1 Como você diria/ avaliaria sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

	Muito ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Bom	Bom	Muito Bom
15 Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

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

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26 Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO C – Carta de anuência do município de Serra



PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS
HUMANOS

Folha N° 43
Processo N° 8171/2015
Rubrica:

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

Título do projeto: “Condição de Saúde e Qualidade de Vida em Usuários de Substâncias Psicoativas em Atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial de Alcool e outras Drogas da Grande Vitória, ES”

Instituição proponente: Universidade Federal do Espírito Santo/UFES - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Pesquisador Responsável: Bruna Costa Bissoli e Jeremias Campos Simões.

Orientador: Professor Doutor Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.

Eu, Luiz Carlos Reblin, Secretário Municipal de Saúde da Serra-ES, declaro ter lido e concordar que o projeto de pesquisa científica, acima especificado, seja desenvolvido no CAPSAD Laranjeiras, componente da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde da Serra-ES.

Ressalto que o início da coleta de dados somente poderá ocorrer com a apresentação, ao Gerente do CAPSAD Laranjeiras, do documento oficial de “Apresentação de Pesquisador ao Campo”, emitido, pela Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos - GDRH/SRH/SESA, após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Serra (ES), 30 de março de 2015.

LUIZ CARLOS REBLIN

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DA SERRA-ES

ANEXO D- Carta de anuência do município de Vila Velha



VILA VELHA
 PREFEITURA MUNICIPAL VILA VELHA
 ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
 Secretaria Municipal de Saúde

OF/NRH/SEMSA/N.º 04 /2015

Vila Velha/ES, 24 de Março de 2015

Prezada Senhora,

Considerando a solicitação contida em processo de nº.6431/2015 dos Mestrandos Bruna Costa Bissoli e Jeremias Campos Simões em realizar a pesquisa Condição de Saúde e Qualidade de Vida em Usuários de Substancias Psicoativas em atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da Grande Vitória, ES. A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a realização da pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS'AD) de Vila Velha,ES, no exercício do ano de 2015.

Atenciosamente,

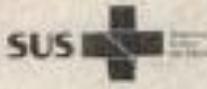

André da Silva Muniz
 Coordenador de Recursos Humanos
 SEMSA/PMVV


Dileza Souza Barbosa
 Ass. Exec. Municipal
 Matr. 95902-1
 13/03/15

Ad
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
 Prof.ª, Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto (pesquisadora responsável)

ANEXO E- Carta de anuência do município de Vitória

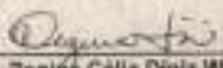
PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva



DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ATENDIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DA GRANDE VITÓRIA, ES" de autoria de BRUNA C. BISSOLI, JEREMIAS C. SIMÕES. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS – Vitória, de carta de apresentação do pesquisador ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 20 março, 2015 .


Regina Célia Diniz Werner
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

Declaração emitida em 20/03/2015

ANEXO F - Aprovação do CEP/UFES

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ATENDIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS DA GRANDE VITÓRIA, ES

Pesquisador: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44194415.5.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.081.491

Data da Relatoria: 27/05/2015

Apresentação do Projeto:

Estudo epidemiológico transversal com aplicação de questionários para traçar o perfil dos indivíduos em atendimento nos CAPS AD dos municípios de Vitória/Vila Velha/ Serra e quais substâncias psicoativas mais utilizadas definindo o padrão de uso associando-os à qualidade de vida desses indivíduos. Será avaliada através de exame clínico e aplicação de questionário, a prevalência de cárie e manifestações orais, bem como o

impacto da saúde oral na qualidade de vida. A amostra foi calculada para que todos objetivos possam ser alcançados. Considerou a prevalência de 50% com o objetivo de maximizar tamanho da amostra assumindo um nível de confiança de 95%, erro amostral de 5%. O tamanho da população será considerado infinito, devido à alta rotatividade de usuários atendidos pelos CAPS AD de Vitória/Vila Velha/Serra. Chegou a uma amostra mínima de 380 voluntários que será dividida proporcionalmente entre os três centros. Serão incluídos no estudo todos os indivíduos com mais de 18 anos atendidos pelo CAPS AD. A exclusão será presença de enfermidades gerais graves ou desvio de comportamento. Para a realização da pesquisa serão utilizados 05 roteiros na forma de entrevista e exame clínico, com duração média de 30 minutos para cada participante, conforme estudo piloto. O 1º roteiro identificará o perfil sociodemográfico e o 2º denominado ASSIST avaliará o

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
 Bairro: SIN
 UF: ES Município: VITÓRIA
 CEP: 29.040-091
 Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep@ccs.ufes.br

Página 01 de 04

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 27/05/15
Cinara Teixeira Alvim
Assistente em Administração
CCSUFESPROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFES
Campus de Maruípe - Av. Marechal Campos 1468
Bairro Maruípe - Vitória/ES - CEP, 29040-090
Telefax - 3335-7287

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.081.421

padrão de consumo das SPA's na vida e durante os últimos três meses, classificando em uso ocasional, uso sugestivo de abuso e sugestivo de dependência. O WHOQOL-BREF será utilizado para avaliar qualidade de vida do usuário a partir de sua percepção individual. O 4º roteiro permitirá avaliação da percepção dos respondentes sobre impactos produzidos pela condição bucal sobre a qualidade de vida, através do

instrumento Oral Health Impact Profile-OHIP14. Exame clínico realizado individualmente no CAPS AD, sob luz natural, com o examinador devidamente paramentado. Serão utilizadas espátula de madeira e gaze, além de uma ficha clínica elaborada. A prevalência cárie será obtida a partir do cálculo do Índice CPO-D de cada indivíduo, a partir da adoção metodológica utilizada pela Organização Mundial da Saúde (1999). Será utilizada versão simplificada do OHIP, que contém 14 questões suficientes para manter as dimensões conceituais originais do OHIP. A avaliação das associações entre a qualidade de vida (WHOQOL) e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP), variáveis dependentes com as demais variáveis investigadas (variáveis independentes) será feita através estatística descritiva e analítica por meio de frequência relativa e absoluta, através do teste qui-quadrado, com um nível de significância de 5%. Para avaliar a força de associação entre evento e exposição, será utilizado o Odds Ratio (OR).

Objetivo da Pesquisa:

- Traçar o perfil dos indivíduos em atendimento nos CAPS AD, caracterizando os dados sociodemográficos.
- Identificar quais as SPA's mais utilizadas pelos usuários.
- Caracterizar o padrão de uso das SPA's, segundo os critérios de uso ocasional; uso sugestivo de abuso e uso sugestivo de dependência, e o impacto na qualidade de vida
- Avaliar a prevalência de cárie e suas consequências, bem como seu impacto na qualidade de vida

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A Resolução CNS 466/12 define que "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados". Dessa forma, a atual pesquisa oferece riscos pequenos de constrangimento, visto que trata-se de uma coleta de dados baseada em exame clínico intrabucal e entrevista. O risco será minimizado ao garantir a não resposta/não participação do indivíduo caso assim desejar.

O benefício direto ocorrerá a partir do encaminhamento ao serviço de estomatologia da UFES quando houver a suspeita de alguma lesão intrabucal respeitando a vontade do participante da

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITORIA E-mail: csp@cca.ufes.br
Telefons: (27)3335-7211

Página 02 de 04

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 21/05/05

[Assinatura]

Cinara Teixeira Alvim
Assistente em Administração
CCS/UFES

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFES
Campus de Marulpe - Av. Marechal Campos 1468
Bairro Marulpe - Vitória / ES - CEP. 29040-090
Telefax - 3335-7203

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.681.481

pesquisa. Benefícios indiretos incluem a publicação dos achados permitindo comparação científica com outros trabalhos, além de contribuir como justificativa para a criação de políticas públicas voltadas para o grupo em questão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em concordância com os estudos avaliados, espera encontrar alta prevalência de consumo de SPA's. Consumo esse categorizado como uso de dependência, além de autopercepção de baixa qualidade de vida. Quanto à condição de saúde oral, espera-se encontrar alta prevalência de cárie, além da presença de lesões intrabucais. Em consequência, a auto percepção do dependente deverá demonstrar que a baixa qualidade da saúde oral nesta população gera grande impacto negativo na qualidade de vida dos dependentes químicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto assinada pela diretora CCS
TCLE dentro das normas éticas da resolução atual CNS
Cronograma das atividades com datas compatíveis após aprovação do CEP
Orçamento detalhado e custeio próprio dos pesquisadores

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep@cca.ufes.br

Página 02 de 04

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/05/13

Alvim

Cinara Teixeira Alvim
Assistente em Administração
CCSUFES

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFES
Campus da Maruípe - Av. Marechal Campos 1468
Bairro Maruípe - Vitória / ES - CEP. 29040-090
Telefax - 3335-7287

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Protocolo: 1.061.491

VITÓRIA, 27 de Maio de 2015

Assinado por:
Cíntia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1488
Bairro: SIN
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3335-7211 CEP: 29.040-091
E-mail: csp@cca.ufes.br

Página 04 de 05

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 27/05/15

Cinara Teóxima Alvim

Cinara Teóxima Alvim
Assistente em Administração
CCS/UFES

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFES
Campus de Marapé - Av. Marechal Campos 1488
Bairro Marapé - Vitória / ES - CEP. 29040-080
Telefax - 3335-7267