

CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ALBINO

LEIDY JULY ACOSTA MENDOZA
VINICIUS DUARTE DE OLIVEIRA ABREU
VITOR CIATTEI DE PAULA
LIVIA SENISE

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
INSERIDOS NO CAPS-AD NO MUNICÍPIO DE CATANDUVA-SP**

CATANDUVA, SP
2023

CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ALBINO

LEIDY JULY ACOSTA MENDOZA
VINICIUS DUARTE DE OLIVEIRA ABREU
VITOR CIATTEI DE PAULA
LIVIA SENISE

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO
DOS PACIENTES INSERIDOS NO CAPS-AD NO
MUNICÍPIO DE CATANDUVA-SP**

Trabalho de Conclusão de Curso do
Programa de Residência Médica de
Graduação em Psiquiatria, apresentado ao
Centro Universitário Padre Albino.

Orientadora: Prof.^a Ariane Ambrizzi.

CATANDUVA, SP
2023

LEIDY JULY ACOSTA MENDOZA
LIVIA SENISE
VINICIUS DUARTE DE OLIVEIRA ABREU
VITOR CIATTEI DE PAULA

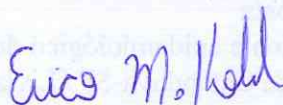
**PERFIL SOCIODEMOGRAFICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS
PACIENTES INSERIDOS NO CAPS-AD NO MUNICÍPIO DE
CATANDUVA-SP**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do Título de graduação em Programa de Residência Médica em Psiquiatria, apresentado ao Centro Universitário Padre Albino. Com nota final igual a 9.0 (A), conferida pela Banca Examinadora formada pelos professores:

Orientadora: Prof.^a Ariane Ambrizzi.

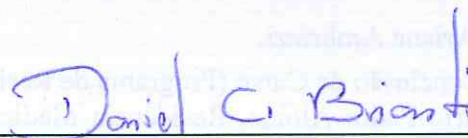
Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA



Prof.

Faculdade de medicina de Catanduva



Prof.

Faculdade de medicina de Catanduva

Catanduva

2023

Mendoza, Leidy July Acosta

Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes inseridos no CAPS-AD no município de Catanduva-SP / Livia Senise, Vinícius Duarte de Oliveira Abreu, Vitor Ciattei de Paula — 2023.

67 f. ; 30 cm.

Orientadora: Ariane Ambrizzi.

Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Residência Médica) – Centro Universitário Padre Albino, Residência Médica em Psiquiatria, 2023.

1. Serviços de saúde mental. 2. Centro de atendimento psicossocial.
3. Abuso de álcool e substâncias - TCC. I. Abreu, Vinícius Duarte de Oliveira. II. Senise, Livia. III. Paula, Vitor Ciattei de. IV. Ambrizzi, A. V. Centro Universitário Padre Albino, Programa de Residência Médica em Psiquiatria. VI. Título.

DEDICATÓRIA

*Aos nossos pais, pelo
apoio e amor
incondicional.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradecemos a Deus, pela força e perseverança durante o curso, e pela vitória de nos formarmos psiquiatras.

À Dra. Ariane Ambrizzi, nossa professora e orientadora, Psiquiatra do CAPS-AD de Catanduva. Nossa mais profunda gratidão, não só apenas pelo esforço em tornar este trabalho possível, mas também por todo o suporte e incentivo ao longo de todo o nosso processo de aprendizado.

Agradecemos aos professores que nos proporcionaram todo o conhecimento científico, fundamental à nossa formação técnica, e por nos ensinar sempre a importância além de profissionais, sermos humanos. A palavra professor nunca fará jus aos grandes mestres e profissionais com quem tivemos a honra aprender e evoluir. Por toda a constante dedicação e lições de vida, nossos mais sinceros agradecimentos e eterna admiração àqueles que durante todos esses anos, independente das dificuldades, estiveram sempre ao nosso lado, como mestres nos orientando e como amigos com palavras de motivação: Érico M. Kohl, Gerardo M. A. Filho, Débora A. M. Ramos, Daniel C. Brianti, Mariana S. Graça, Marcell Cezaretto, Ana Lais Castreghini Porcionato e Guilherme Wazem.

À instituição de ensino Centro Universitário Padre Albino - UNIFIPA, essencial em nosso processo de formação profissional, pela dedicação e por tudo que aprendemos ao longo dos anos de curso.

À equipe do CAPS-AD, pelo acolhimento e ajuda no desenvolvimento deste trabalho, em especial à coordenadora do serviço, Aparecida Lúcia dos Reis.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a nossa formação, o nosso muito obrigado.

*“Conheça todas
as teorias, domine
todas as técnicas, mas
ao tocar uma alma
humana, seja apenas
outra alma humana”*

Carl Jung

RESUMO

O presente estudo foi elaborado em um período de 4 meses, de fevereiro à maio de 2022, sendo desenvolvido em conjunto com a equipe multidisciplinar do CAPS-AD de Catanduva - SP e com apoio da secretaria de saúde do município, objetivando aprofundar o conhecimento acerca do paciente usuário do serviço e assim traçar estratégias cada vez mais eficazes e humanizadas de tratamento. Os dados aqui descritos trazem informações de grande relevância não só na esfera municipal, mas para toda a literatura nacional, tanto por levantamento de dados ainda pouco estudados e essenciais para determinar a estratégia terapêutica do paciente, quanto por validar estatísticas já verificadas por pesquisadores anteriormente, tornando as informações das pesquisas prévias ainda mais robustas e respaldadas, além de revigorar o interesse por um assunto há muito considerado pela sociedade como sem resolução. O fenômeno das “cracolândias”, o aumento crescente da prevalência de consumo de álcool e drogas entre os brasileiros, a tendência que tem sido evidenciada de que o uso tem se iniciado em indivíduos cada vez mais jovens, além do crescimento das atividades de tráfico e violência, mostra que os transtornos mentais por dependência química têm se tornado um verdadeiro problema de saúde pública. Portanto, estudos como este nunca foram tão significativos, urgentes e indispensáveis. Através da aplicação das escalas AUDIT e ASSIST, já devidamente validadas e difundidas enquanto instrumentos eficazes de avaliação para uso de substâncias, foram avaliados 128 usuários ativos do serviço, a pesquisa buscou como objetivo geral, traçar o perfil sociodemográfico dos indivíduos inseridos no serviço, adesão ao processo terapêutico e o impacto que o tratamento no CAPS-AD. Objetivos secundários incluíam identificação de fatores de recaída, regiões do município de maior vulnerabilidade, além de pontos fracos e fortes da estratégia atual de tratamento. Os dados representados na pesquisa condizem com aqueles descritos na literatura nacional. Em comparação com os estudos brasileiros, é possível concluir que existe uma tendência palpável de aumento do consumo de SPA entre na população geral. Apesar de mais

estudos serem necessários para chegar à conclusões específicas, uma das possíveis hipóteses levantadas neste estudo para tal fenômeno seria a falta de políticas públicas direcionadas ao acolhimento adequado e humanizado do indivíduo com transtornos mentais por dependência química, conduta que ainda mostra-se restrita às equipes que atuam em serviços especializados como o CAPS-AD.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental, Centro de Atendimento Psicossocial, Questionário de Saúde do Paciente, Administração de Saúde Mental e Abuso de Álcool e Substâncias.

ABSTRACT

This study was elaborated throughout the period of four months, from February to May, 2022, being assisted by the healthcare providers that compose the Catanduva's CAPS-AD staff and in cooperation alongside the city's health secretariat, aiming to deepen the knowledge about patients users of the services available thus allowing the development of strategies of treatment increasingly more effective and humane. Results depicted here bring about information of great interest not only to the city and local institutions, but also to the national literature, either by bringing around data little available that still needs further and broader researchs, or by reinforcing findings depicted in previous studies, helping consolidate the background statistics and understanding about the theme, furthermore, raising awareness and interest on a topic long considered hopeless by the common society. The phenomenon of the "Cracolândias", alongside the progressive increase of alcohol and other drugs abuse among Brazilians and current trend of consumption at an early age, in addition to the growth of drug traffic and violence, show a scene of a significant public health issue. Therefore studies like this on the subject have never been as urgent and indispensable as now. Through the application of the AUDIT and ASSIST scores, instruments properly validated and propagated among mental health professionals for effectively evaluation of drug usage, 128 active users of the CAPS-AD services participated in this research. The main objective was to trace a

socialdemographic profile and adhesion to treatment. Secondary objectives included recognition of current weak and strong points on the presente strategies for treatment and identification of city's regions more vulnerable or affected by this issue. The data depicted by this study is consistent with Brazil's literature. When compared to other available information shown in national studies, it is possible to demonstrate the existence of a growing trend of drug usage among brazilians. Despite the necessity of further studies to elucidate, this study considered possible hipotesis about the current situation, including the lack of national public policies directed proper reception, more humane support and easier access of treatment for individuals affected by mental disorders secondary to substance abuse and quimical dependency, conduct still restricted to specialized institutions like CAPS-AD.

Tags: Mental Health Services, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, Patient Health Questionnaire, Psychosocial Assistance Center.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- **UNIFIPA** - Centro Universitário Padre Albino
- **SP** - São Paulo
- **CAPS-AD** - Centro De Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas
- **NOAS** - Norma Operacional de Assistência à Saúde
- **CAPS** - Centro De Atenção Psicossocial
- **DSM-V** - Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders -V
- **CID-11** - Código Internacional de Doenças – 11
- **SUS** – Sistema Único De Saúde
- **VIGITEL** - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
- **LENAD**- Levantamento Nacional De Álcool e Drogas
- **INPAD**- Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas
- **UNIFESP** - Universidade Federal de São Paulo.
- **UNIAD**- Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas
- **AUDIT**- Alcohol Use Disorders Identification Test
- **NDSS**- Escala Do Síndrome De Dependência Da Nicotina
- **SDS**- Escala Da Dependência de Sheehan
- **OMS**- Organização Mundial de Saúde
- **UNODC** – Escritório Das Nações Unidas Sobre Drogas E Crime
- **ONU**- Organização Das Nações Unidas
- **SPA** – SUSBTANCIA PSICO ATIVAS
- **ASSIST**-Álcool, Smoking And Substance Involvement Screening Test.
- **UBS** - Unidade Básica De Saúde
- **USF** – Unidade De Saúde Da Família
- **CT** - Comunidade Terapêutica
- **CONED** - Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas.
- **CAGE** - Screening Test For Alcohol-Related Problems Cut Down, Annoyde By Criticims, Guilty E Eye- Opener.
- **CONAD** – Comissão Nacional sobre Álcool e Drogas.

- **PNAD** – Política Nacional sobre Drogas.
- **PLANAD** – Plano Nacional de Política sobre Drogas.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVOS	18
3.1. OBJETIVOS GERAL.....	18
3.2. OBJETIVO ESPECIFICO.....	18
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	19
4.1. Antecedentes historicos.....	19
4.2. Definição: o que é dependência química.....	19
4.2.1. Epidemiologia do uso de substâncias no brasil	21
4.2.2. Levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD).....	22
4.2.3 Contexto social: de onde vem o paciente dependente química.....	24
4.4 Estratégias de tratamentos	26
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	28
6. METOLOGIA.....	29
7. MAPA DE CATANDUVA	31
7.1 Regiões de residência dos usuários do CAPS-AD, divididas em distritos.....	32
8. ADMISSAO E ACOMPANHAMENTO NO CAPS – AD.....	40
9. CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA OU INTRAHOSPITALAR (MAIOR NÍVEL DE COMPLEXIDADE DO CUIDADO).....	42
9.1 Critérios para internação em comunidade terapêutica.....	42
9.2. Internação em hospital geral ou psiquiátrico.....	43
10. RESULTADOS	44
10.1. Características sociodemográficas de consumo de substâncias dos pacientes que participaram no estudo.....	44
10.2. Resultado de aplicação das escalas.....	46
10.2.1 A análise descritiva das pontuações observadas nas diferentes subescalas do AUDIT.....	46
10.2.2 A análise descritiva das pontuações observadas nas diferentes subescalas do ASSIST.....	46

11. DISCUSSÃO.....	49
12.1.1 Pontos Sensíveis.....	50
12.1.2 Pontos Fortes.....	50
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
13. RECOMENDAÇÕES.....	55
14. CONFIDENCIALIDAD DOS DADOS.....	55
15. CONFLITO DE INTERESSES.....	56
16. FONTES DE FINANCIAMENTO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICA.....	56
ANEXOS.....	59

1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas é, atualmente, uma das grandes dificuldades enfrentadas pela sociedade. Seja o tabaco, já considerado um problema de saúde pública, o álcool – droga lícita com grande potencial de abuso e abertamente aceita socialmente – ou a extensa variedade de substâncias psicoativas ilícitas presentes no mundo, o prejuízo evidenciado sobre a saúde da população é imensurável. Além dos efeitos deletérios individuais e por vezes irrecuperáveis, tais substâncias trazem consigo problemas socioeconômicos importantes, como o tráfico, violência, insegurança e gastos públicos para tratamento, muitas vezes ineficaz, de indivíduos já gravemente dependentes químicos. Faz-se urgente a implementação de intervenções e políticas públicas que não apenas resgatem o usuário, mas atuem assertivamente na prevenção do problema. Transtornos por uso de substâncias psicoativas são relativamente comuns na maior parte do mundo, principalmente em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. Na cidade de Catanduva – SP não seria diferente: apesar de equipada com um hospital psiquiátrico, comunidades terapêuticas para tratamento de dependentes químicos e um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), o desafio ainda é grande. As consequências multidimensionais, envolvendo o indivíduo, a família e o contexto social em que este se insere, trazem diversos obstáculos complexos para o processo de resolução ou atenuação do problema como um todo. Considerando-se ainda os abundantes transtornos e doenças mentais ou físicas acarretados pela dependência química, o uso abusivo e descontrolado de substâncias psicoativas transforma-se em uma das maiores calamidades públicas contemporâneas, justificando-se a necessidade do aprofundamento de estudos para elaboração de intervenções eficazes e resolutivas.

O Ministro da Saúde resolveu, em suas atribuições (2001, Lei 10.216; 2001, Portaria GM/MS nº 95 - Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS) por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002:

Art. 1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (...).

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II

pele gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

O CAPS-AD foi inaugurado oficialmente no município de Catanduva em dezembro de 2018, mas os serviços ofertados encontravam-se já disponíveis à população desde setembro do mesmo ano, acolhendo o primeiro paciente no dia 14 deste mês. Desde então, a unidade trabalha diariamente com o paciente, através não só de consultas médicas clínicas e psiquiátricas, mas também com oficinas e grupos terapêuticos, atendimento e suporte psicológico, acolhimento e aconselhamento, além de entrevistas motivacionais, com o objetivo de criar um espaço seguro e favorável à recuperação do indivíduo.

O presente estudo busca mostrar o impacto que a implementação de políticas públicas tem na vida do cidadão, como a criação do CAPS AD, além de identificar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço e entender os mecanismos que possibilitam melhor adesão ao tratamento. O estudo também busca ajudar a traçar um panorama sobre quais áreas e populações estão mais vulneráveis ao problema, assim auxiliando na elaboração de estratégias e recursos terapêuticos mais eficazes para recuperação dos pacientes em tratamento.

As informações resultantes do trabalho realizado serão exclusivamente para fins de pesquisa científicas que contribuem para a nossa formação acadêmica. Além disso, os dados colhidos podem ajudar a identificar as comunidades mais vulneráveis da cidade e que são mais prejudicadas pelo uso das diferentes substâncias psicoativas e do álcool, colaborando na melhora da qualidade de vida e da saúde mental nestes locais. O estudo, idealizado pelo programa de residência médica em psiquiatria do Centro Universitário Padre Albino, dispõe-se ainda a contribuir, juntamente com os profissionais que compõem toda a equipe do CAPS AD, no desenvolvimento de medidas que otimizem o serviço prestado, buscando sempre evoluir e atender da melhor forma possível os pacientes sob os cuidados do órgão. As conclusões resultantes deste trabalho serão divulgadas no site do observatório em saúde da página da secretaria de saúde de Catanduva.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O estudo busca, em primeiro plano, identificar o perfil epidemiológico dos pacientes que utilizam o serviço, a adesão dos pacientes ao tratamento e o impacto que o CAPS AD tem no município.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Outros objetivos secundários incluem tentar descobrir os pontos sensíveis do tratamento e pontos fortes, contexto sociocultural em que o indivíduo se encontra e o que pode ser elaborado para melhorar e fortalecer o vínculo com a instituição; além da identificação dos territórios ou zonas do município de Catanduva mais comprometidas com o uso de substâncias ilícitas, e os resultados deste estudo poderão ajudar o Município de Catanduva a subsidiar possíveis planejamentos de ações.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

O conceito de dependência química é recentemente falado como o consumo de substâncias pela humanidade. Uma das primeiras descrições acerca do uso indevido de álcool foi falada por Aristóteles no século IV a.C. por volta do ano 385 a.C., Hipócrates descreveu o uso de álcool como um fator predisponente a várias doenças, chegou a referir-se sobre a sintomatologia de delirium tremens, que é manifestação clínica mais grave da abstinência de álcool, no livro sobre as epidemias.

Como filósofo, Aristóteles achava que o uso debochado era uma escolha pessoal, ou seja, uma atitude consciente, e que tais comportamentos deveriam receber sanções ou punições sociais sempre que ocorressem. Essa concepção aristotélica permaneceu durante toda a Idade Média (séculos VI a XVI). No século XIII, em alguns países como Estados Unidos e Inglaterra, por exemplo, aqueles que se embriagavam em demasia eram colocados dentro de barris e insultados em praça pública. Após o aparecimento da destilação, em um momento de grandes câmbios socioeconômicas (como o alcance da tecnologia agrícola e as Grandes Navegações), as bebidas com altas concentrações alcoólicas (de 30 a 70%) começaram a ser comercializadas, e o consumo passou a ser mais intenso e abusivo posteriormente, com a Revolução Industrial (século XVIII) e a Revolução Científica (século XIX). A partir do século XVII, um novo fato de consumo em massa teve início com a disponibilidade em grande quantidade dessas substâncias altamente concentradas, com acesso facilitado e preços razoáveis. Nas cidades, as pessoas desempregadas vivendo em situações humildes também contribuíram para a dispersão do uso, até que um maior número de indivíduos começou a manifestar problemas relacionados ao consumo de álcool, opiáceos e cocaína. (LARANJEIRA et al, 2019)

4.2. DEFINIÇÃO: O QUE É DEPENDÊNCIA QUÍMICA?

Definição segundo o DSM-5 (2014, p. 481): caracteriza-se um transtorno por uso de substâncias através de agrupamentos de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam uso contínuo pelo indivíduo apesar de

problemas importantes relacionados ao consumo da substância. Ocorre uma alteração nos circuitos cerebrais que podem persistir após a desintoxicação, principalmente em indivíduos com transtornos graves. Esses efeitos manifestam-se nas recaídas constantes e fissura intensa, sendo o diagnóstico realizado no padrão patológico de comportamentos relacionados ao consumo. Divide-se os critérios em:

a) Critérios 1 a 4: baixo controle.

- 1) Consumo de quantidades maiores ou por período maior do que o pretendido;
- 2) Esforços malsucedidos para diminuir ou cessar o uso;
- 3) Empregar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se dos efeitos;
- 4) Atividades diárias giram em torno da substância podendo manifestar fissura a qualquer momento.

b) Critérios 5 a 7: prejuízo social.

- 5) Fracasso em cumprir atividades laborais, acadêmicas ou no lar;
- 6) Persistência no uso apesar dos graves problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes;
- 7) Atividades sociais, profissionais ou recreativas abandonadas/reduzidas, com afastamento da família ou passatempos por conta do uso da substância.

c) Critérios 8 a 9: uso arriscado.

- 8) Uso recorrente em situações que envolvam risco a integridade física;
- 9) Uso persistente mesmo tendo ciência de algum problema físico ou psicológico que foi causado ou exacerbado pela substância (leva-se em conta o fracasso do indivíduo em abster-se apesar da dificuldade que ela está causando).

d) Critérios 10 a 11: farmacológicos.

- 10) Tolerância: doses acentuadamente maiores para obtenção do efeito desejado.

11) Abstinência: ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou tecidos diminuem em um indivíduo que manteve uso intenso prolongado, levando-o a consumir mais para aliviar os sintomas.

Não são necessários os critérios de tolerância ou abstinência para um diagnóstico de transtorno por uso de substância, mas a presença destes geralmente significa prognóstico mais grave.

4.3 EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS NO BRASIL

Classicamente, a epidemiologia define-se na área da saúde, como o campo da ciência que estuda a situação de vida e saúde em diferentes grupos da população, seus determinantes e tendências, assim como vigilância de doenças, investigação causal e possíveis explicativas sobre problemas de saúde.

Paim (2003), em seu artigo “Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do Sistema único de Saúde (SUS)” argumenta que o estudo epidemiológico é muito mais do que isso. É imprescindível à gestão dos sistemas de saúde, seja no auxílio de tomada de decisões e formulação de políticas de saúde pública, como no desenvolvimento de estratégias para abordar problemas comunitários específicos. Deste modo, o conhecimento de epidemiologia não pode ser uma disciplina exclusiva do profissional da área de saúde, pois compreende muito mais do que isso, englobando toda uma equipe multidisciplinar, a fim de melhor direcionar recursos para locais onde são mais necessários. Paim entende como fundamental existir um conhecimento básico sobre a esfera epidemiológica, principalmente pelos gestores e administradores públicos.

A discussão sobre dependência química torna-se cada vez mais atual e essencial, principalmente frente ao grande impacto sobre saúde pública no Brasil e no mundo. Entretanto, devido a uma longa história de estigma e dificuldades no levantamento de dados sobre pacientes usuários de substâncias psicoativas, grandes estudos epidemiológicos fazem-se conseqüentemente escassos. Em sua grande maioria, os estudos realizados no Brasil caracterizavam-se por desenho transversal com uma pequena população comunitária local. Deste modo, é de se considerar a importância da evolução do conhecimento epidemiológico sobre dependência química no país desde 2006, com o desenvolvimento do Sistema de Vigilância de Fatores de

Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas I (LENAD I), realizados pelo Ministério da Saúde, com âmbito nacional e geralmente anuais. Posteriormente, outros dois grandes estudos foram realizados, o LENAD II em 2012 e a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, tornando possível a avaliação e evolução de tendências comparativas ao longo dos anos, evidenciando de forma concreta o problema de saúde pública que os transtornos por usos de substâncias vem se tornando.

4.3.1 LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS (LENAD)

Realizado em duas etapas, o LENAD é o único estudo realizado com representatividade nacional sobre o consumo tanto de álcool quanto de drogas ilícitas, realizados pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Em 2006, aconteceu o primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool pelos brasileiros, buscando entender as práticas e comportamentos de vulnerabilidade relacionados à bebida por indivíduos de 14 anos ou mais. Foram conduzidos cerca de 3 mil entrevistas de Norte a Sul do país, em 143 municípios brasileiros e uma série de estudos descritivos e analíticos foi elaborada, posteriormente denominado LENAD I. Em 2012, a UNIAD (Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas/UNIFESP), dando seguimento ao monitoramento, realizou o LENAD II, mantendo os mesmos processos metodológicos, permitindo a comparação dos indicadores. Foram utilizadas 9 escalas validadas no questionário aplicado, é importante notar que os instrumentos usados na avaliação não levantavam apenas a questão do consumo de uma determinada substância e a prevalência daqueles que faziam uso, abusivo ou não. Entre as escalas aplicadas estavam desde a AUDIT, para o uso de álcool, passando pela NDSS, que avalia a dependência por nicotina e a SDS para mensurar a dependência da maconha e cocaína, chegando às escalas que avaliavam também a saúde física do entrevistado, procurando entender eventos adversos na infância, presença de violência doméstica, dieta, atividade física, se haviam sintomas depressivos, rede de apoio, e por fim, avaliaram a qualidade de vida através da escala WHOQOL, desenvolvida pela OMS. Torna-se evidente então, que o LENAD II procurava refletir o universo da população brasileira, assim como aspectos importantes do ponto de vista social dos indivíduos usuários, não apenas trazer mais

uma estatística sobre quantos brasileiros usavam alguma substância química no território nacional. Assim, em 2012, foram conduzidas 4607 entrevistas por todo o país, tentando ao máximo, através de critérios rígidos de escolha, refletir a realidade brasileira no aspecto do perfil demográfico dos participantes. Os autores do LENAD I e II estudaram extensivamente as múltiplas variáveis envolvidas no processo de mudança no perfil e prevalência do consumo de cada tipo de substância ao longo dos 6 anos de diferença entre as duas etapas. No momento, o contexto epidemiológico e evolutivo se torna mais significativo:

- a) Consumo de Álcool na população brasileira (2006/2012): o primeiro levantamento em 2006 mostrava que, apesar de metade da população não consumir álcool, os índices de uso nocivo e dependência já eram altos entre aqueles que consumiam. A prevalência do consumo de álcool mostrou-se maior nos homens em ambas as avaliações, mas mudanças significativas foram observadas no padrão e tipo de consumo. Em 2012 a proporção dos que costumam beber 5 doses ou mais subiu, assim como a regularidade do consumo de álcool, independente do gênero. O LENAD II também mostrou que os brasileiros tem experimentado bebidas alcoólicas mais cedo: em 2006, homens e mulheres com menos de 15 anos que declararam já terem bebido era de 16% e 8%, respectivamente, chegando a 24% entre os homens e 17% entre as mulheres em 2012. Também foi registrado um aumento no consumo em *binge* de cerca de 13%.

- b) Consumo de Substâncias Ilícitas na população brasileira em 2012: em relatório publicado pela UNODC – braço da ONU relacionado a prevenção de crime e do uso de drogas – o Brasil foi uma das nações apontadas onde o consumo de cocaína e crack tem aumentado, enquanto outros países veem seus índices caindo. A informação não é nova, a sociedade brasileira está ciente do problema, mas o conhecimento sobre os padrões de consumo, a prevalência de dependentes e as consequências sociais ainda é pequeno. Além disso, é fundamental entender como o fenômeno do consumo da maconha entre os brasileiros, substância ilícita mais usada no mundo e no país, tem tomado proporção e apresentado consequências significativas.

A prevalência de adultos que já consumiram maconha pelo menos uma vez na vida chega a 5,8%, cerca de 7,8 milhões, em 2012. Entre os adolescentes, os números chegam a 4,3%, ou 597 mil indivíduos.

O uso de cocaína tem prevalência entre adultos de 3,8% pelo menos uma vez na vida e 1,7% no último ano, 5 milhões e 2 milhões de brasileiros respectivamente. Entre os adolescentes, 2,3% declararam ter usado uma vez na vida, sendo 1,6% nos últimos 12 meses – cerca de 225 mil adolescentes no país. O estudo de 2012 revelou uma prevalência de usuários de crack de 1,3%, mais de 1,7 milhões de brasileiros (INPAD, 2014).

É importante ressaltar que por mais criteriosos que tenham sido os autores e da elevada amostragem, trata-se de uma estimativa, e a projeção 10 anos depois pode ser ainda mais pessimista do que se tinha na época, em vista de fenômenos sociais como as “Cracolândias” brasileiras, ainda mais marcantes no estado de São Paulo.

4.3.2 CONTEXTO SOCIAL: DE ONDE VEM O PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICO?

O LENAD II, para além de aferir prevalências de consumo de álcool e drogas, acrescentou ao estudo escalas para delinear possíveis fatores de risco, já tidos como associados ao abuso de substâncias em estudos prévios, agrupando-os em 5 grandes categorias: saúde física, saúde mental, rede de suporte social, eventos recentes e violência. Chama atenção o fato de que entre pacientes usuários, adultos ou adolescentes, a ansiedade aparece como um sintoma cerca de 17 a 18,5% em algum momento da vida, em adultos até 23,9% se considerados apenas os últimos 12 meses. Ainda entre adultos, enxaqueca e depressão são queixas relatadas com relativa frequência, ao menos uma vez na vida, chegando a 21,6% e 15,1% respectivamente. Também foi avaliada a prevalência de sinais de depressão entre os usuários dos diversos tipos de substâncias e comparada com a prevalência na população geral. Em todos os casos, foi visto uma maior prevalência de queixas depressivas em usuários, mas a associação é significativamente maior entre os indivíduos que fazer uso abusivo de álcool – dos 5% de brasileiros que já tentaram suicídio descritos no estudo, em 24% dos casos a tentativa estava associada ao consumo de álcool.

Narvaez et al (2015) argumentam sobre a dificuldade em tratar este perfil de pacientes em específico, alegando que grande parte são advindos de um mesmo cenário populacional de baixo suporte social. Os autores descrevem a problemática da dependência química e uso abusivo de drogas como resultado de um conjunto de características multifatoriais e epidemiológicas organizadas em torno de um pobre funcionamento social e baixa qualidade de vida, já que estes indivíduos frequentemente enfrentam altas taxas de desemprego, tem núcleo familiar conflituoso e desestruturado, além de níveis educacionais limitados. Todos estes fatores, associados a uma marginalização social e senso de exclusão ou não-pertencimento associar-se-iam com maiores taxas de falha terapêutica, baixa adesão ao tratamento, relapsos e recaídas.

Um estudo realizado por Lemos et al (2011) buscou avaliar se uma baixa percepção de suporte familiar estaria relacionada ao uso de SPA como um “marcador social”. Argumentando que apesar de existirem diversos estudos evidenciando associação entre comorbidades psiquiátricas, uso de substâncias e aumento no risco de suicídio, outros fatores também influenciam o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e levariam ao uso de drogas, como famílias disfuncionais e contexto da vida diária. Sendo assim, seria necessário avaliar as variáveis simultaneamente, não podendo separá-las uma das outras e definir uma única como fator determinante isolado.

É estabelecida na literatura o impacto da família na formação da personalidade e do entendimento de mundo do indivíduo. Aqueles que crescem em famílias que não tem regras claras sobre o uso de álcool ou drogas, tem maior risco de abuso de substâncias do que indivíduos que vem de famílias que apresentam tais regras. Relacionamentos familiares pobres, baixo respeito e autoestima também seriam gatilhos para o problema com substâncias. Por outro lado, famílias com relacionamentos saudáveis tornam-se fator protetor e de suporte contra o abuso de drogas. Ambientes familiares transtornados frequentemente são identificados no passado de usuários pesados ou alcoólatras. Comparando, através de escalas, indivíduos (n=60) que cumpriam os critérios do DSM-IV para abuso de álcool ou drogas e que haviam sido admitidos para tratamento em uma clínica especializada pelo menos uma vez nos últimos três meses, com um grupo controle de participantes (n=65) advindos da mesma região e com perfil demográfico semelhante, autores

observaram que sentimentos de desesperança e percepção negativa sobre suporte familiar foram significativamente maiores em usuários de álcool e drogas. Em concordância com dados amplamente disponíveis na literatura, também foram observados maiores níveis de ansiedade e depressão no grupo de usuários, sendo estes sintomas mais associados como preditores do que como causa do abuso de substâncias, posteriormente sendo agravados pelo consumo das drogas, possivelmente por alterações estruturais do sistema mesolímbico dopaminérgico (LEMOS et al, 2011).

4.2.3 ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO

Intentando resolver, ou ao menos amenizar, o problema das emergências e departamentos psiquiátricos sobrecarregados, insuficientes leitos e serviços de saúde mental, o governo brasileiro dedicou-se a expandir e equipar a rede de atenção psicossocial nos últimos anos, entre os serviços em expansão, estão os CAPS-AD, voltados ao desenvolvimento de estratégias baseadas não só de redução de danos e abstinência daqueles que procuram ajuda, mas também buscando resolutividade do problema com as drogas em suas raízes, através de medidas de suporte social e educação em saúde (WEBER, 2021).

Em 2019, foi publicado o Relatório Mundial sobre Drogas das Nações Unidas, que destaca o aumento recorde da produção e consumo de cocaína e opióides no contexto mundial. A prevalência do uso, tanto inalado quando fumado, de cocaína no Brasil sugere que o país seria um dos maiores mercados mundiais da substância. O fenômeno das Cracolândias brasileiras, em expansão desde 1989 e que se tornaram grandes centros de consumo e venda de crack, principalmente no estado de São Paulo. Assim, a mudança na forma abordar o tratamento do indivíduo dependente químico se torna claramente necessária, em vista do aumento das taxas de suicídio, transtornos mentais, crescimento das cracolândias e do ascendente número de indivíduos com transtornos mentais graves presos (WEBER, 2021).

Os investimentos e desenvolvimentos de tentativas do governo em abordar o problema de saúde pública envolvendo a dependência química não se mostraram suficientes com apenas uma modalidade de tratamento, transcorrendo-se a criação de novos recursos para abordar a necessidade de cada paciente no seu processo de

terapêutico. Criou-se então, o CAPS-AD IV, operando 24 horas por dia, todos os dias, com equipe e cuidados multiprofissionais, localizados em áreas de maior consumo e vulnerabilidade. A aprovação da Lei 13.840/2019 torna possível a internação hospitalar psiquiátrica involuntária de dependentes químicos que falharam em todas as outras categorias ofertadas, ressaltando que o objetivo seria a desintoxicação, não podendo ultrapassar o período de 3 meses e, a qualquer momento, a família poderia optar pelo fim da internação. Uma outra alternativa às internações hospitalares, são as Comunidades Terapêuticas, instituições sociais voluntárias que proporcionam abrigo, tratamento e ressocialização por períodos entre um e dois anos, reguladas pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. (WEBER, 2021).

5 ASPECTOS ÉTICOS

Cada paciente que participou de estudo foi entrevistado de forma voluntária com prévio preenchimento de termo de consentimento livre e esclarecimento para autorização da coleta dos dados pessoais no campo do projeto, sendo garantido o sigilo das informações.

Os dados coletados foram utilizados apenas para fins estatísticos, acadêmicos, e de pesquisa, obras literárias em formato físico ou digital, artigo de pesquisa e outras formas de propagação de conteúdo acadêmico e científico, conforme a Resolução nº 466/12 do conselho nacional de saúde. A execução deste projeto foi previamente aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da faculdade de ciência da saúde de UNIFIPA e a Secretaria de Saúde do Município de Catanduva.

As escalas ASSIST e AUDIT foram aplicadas entre os períodos de fevereiro a maio do ano de 2022, aos pacientes que voluntariamente participaram do estudo, com o fim de análise do perfil sociodemográfico e padrão do uso de substâncias psicoativas no último ano.

6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que contém informações quantitativas sobre as situações dos pacientes atendidos no CAPS AD do município de Catanduva. Devido à metodologia de coleta dos dados e informações das fontes primárias como são os prontuários, entrevistas, censo e a aplicação das escalas ASSIST e AUDIT aos pacientes desta instituição.

O estudo está dividido em duas fases:

- a) Caracterização sociodemográfica, laboral e a idade de início do uso das substâncias psicoativas dos participantes do estudo;
- b) Aplicação das escalas ASSIST OMS Vs3.1 e versão brasileira do AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test., para aplicação em pacientes que foram tratados durante 4 meses.
- c) Os dados foram tratados no Microsoft Excel e analisados por meio do software R (2020) para Windows, utilizando-se o Teste do Qui-quadrado, é usado para medir a diferença de dois dados categóricos entre si, com nível de significância de 5%.

Foi considerado apenas um critério de exclusão esta pesquisa, sendo desconsiderados os pacientes que se recusaram a participar do estudo.

6.1 INSTRUMENTOS DE MEDIDA E VARIÁVEIS DE ESTUDO

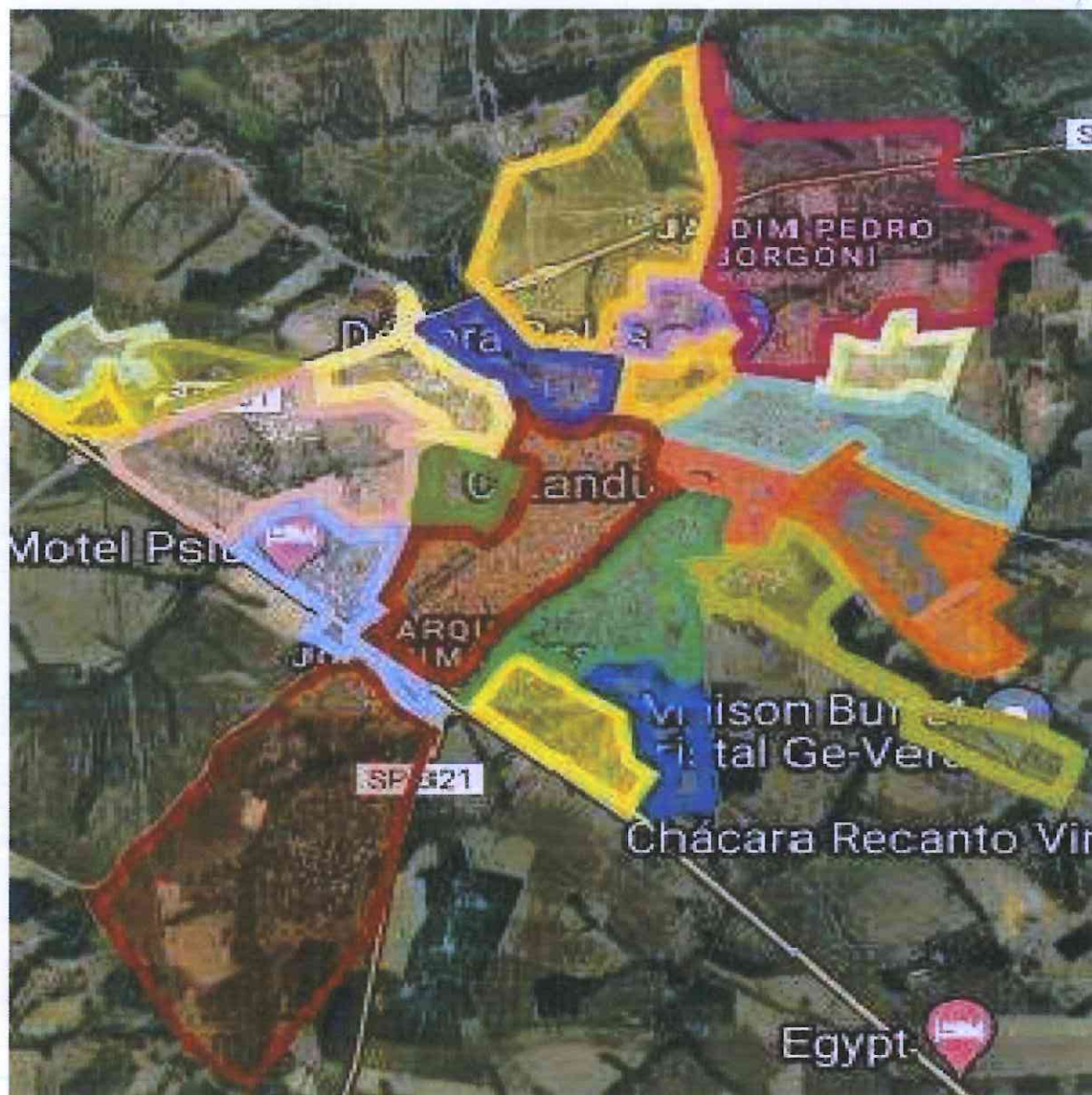
A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou duas ferramentas para mensurar o consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas: a primeira é o Teste de Rastreio de Envolvimento com Álcool, Fumo e Substâncias (do inglês – “The Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test”, ou ASSIST), disponível integralmente na sessão de Anexos (página 62). Atualmente em sua terceira versão, o questionário contém 8 perguntas, realizadas para identificar o uso de drogas, mas também pode ser usado para detectar o uso de álcool e tabaco, especialmente em espaços onde o consumo é elevado. A segunda ferramenta é o Teste para Identificação de Transtornos Decorrentes do Consumo de Álcool, ou AUDIT, sigla

proveniente do inglês “Alcohol Use Disorders Identification Test” (representada também entre os Anexos p. 68, para conferência), composto por 10 perguntas: as perguntas 1 a 3 são relacionadas ao consumo de álcool, as perguntas 4 a 6 são relacionadas à dependência do álcool, e as questões 7 a 10 atendem problemas relacionados ao consumo de álcool.

As escalas foram elaboradas buscando simplificar seu uso, sem diminuir a sensibilidade do instrumento, podendo então ser aplicadas facilmente por qualquer profissional de saúde após breve capacitação, independente deste ser pertencente à rede de atenção básica ou não. O estudo contou também com o apoio dos alunos do sexto ano da Faculdade de Medicina de Catanduva, presentes no CAPS-AD em caráter de campo de estágio no período em que foram aplicadas as escalas e testes nos participantes avaliados. A contribuição dos dos mesmos se deu através da realização dos questionamentos propostos nas escalas, após mostrarem-se estar devidamente capacitados e aptos, decorrente a treinamento junto a equipe multiprofissional do serviço. Os resultados são de significativo interesse tanto para médicos, enfermeiros, parteiras, agentes comunitários e obstetras quanto para trabalhadores sociais, penitenciários e correccionais, que não raramente deparam-se com usuários de alto risco ou, até mais frequentemente, indivíduos que apresentam maior propensão ao envolvimento com substâncias de risco, lícitas ou não.

7. MAPA DE CATANDUVA E IDENTIFICAÇÃO DE POSSÍVEIS ÁREAS DE VULNERABILIDADE

Figura 1. Mapa de Catanduva com demarcação territorial de atendimento por Unidades de Saúde da Família. Observatório da Saúde - Catanduva, 2022.



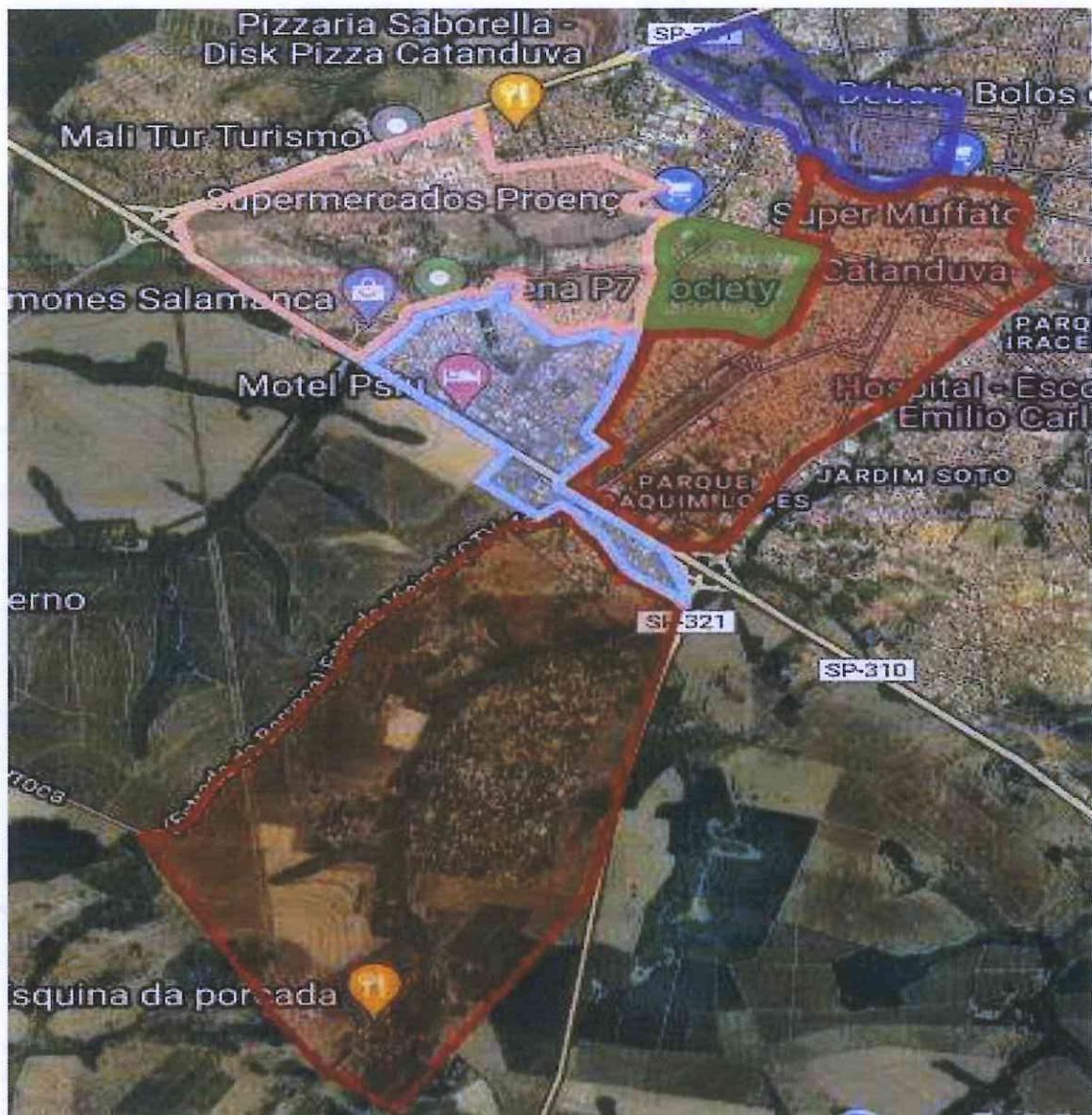
7.1 REGIÕES DE RESIDÊNCIA DOS USUÁRIOS DO CAPS-AD, DIVIDIDAS EM DISTRITOS

O mapa do município de Catanduva é dividido por 5 distritos, cada qual com sua respectiva subdivisão, de acordo com os bairros que o compõem.

Antes mesmo de aplicar as escalas, algumas informações iniciais tornam-se evidentes logo ao levantamento do perfil epidemiológico geral do paciente usuário do serviço do CAPS-AD. Levando em conta o mapa acima, usado para territorialização do município, é possível delinear, com certa precisão, zonas de risco potenciais. Regiões associadas à uma população com maior prevalência para dependência química tornam-se eminentes riscos socioeconômicos, inerentes à atividade de tráfico regional que se instala posteriormente.

A seguir estão os 5 distritos, com unidades e regiões que lhe fazem parte. Apresentam-se em ordem decrescente de prevalência da dependência química.

Figura 2. Mapa de Catanduva, Distrito 4.








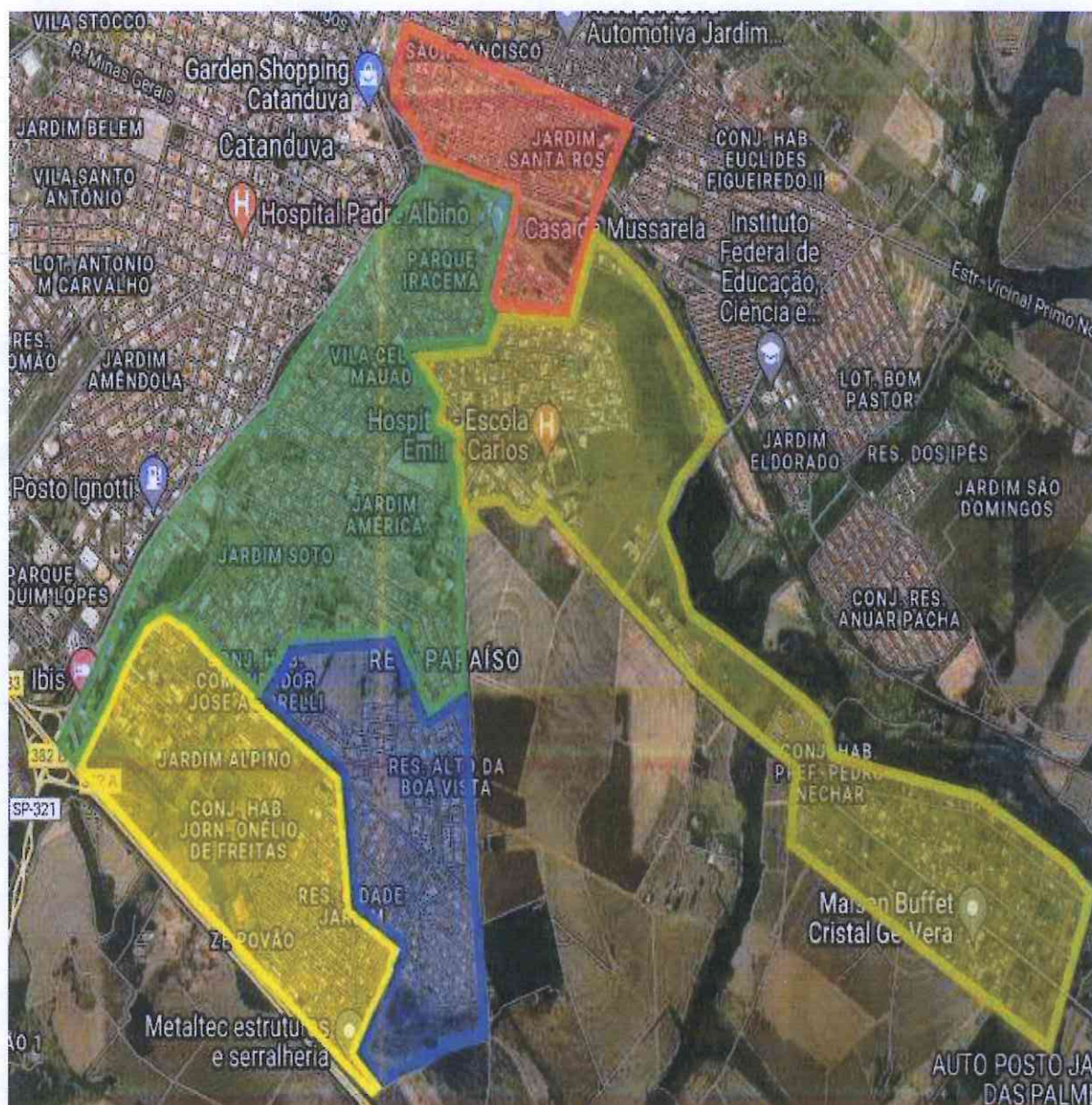
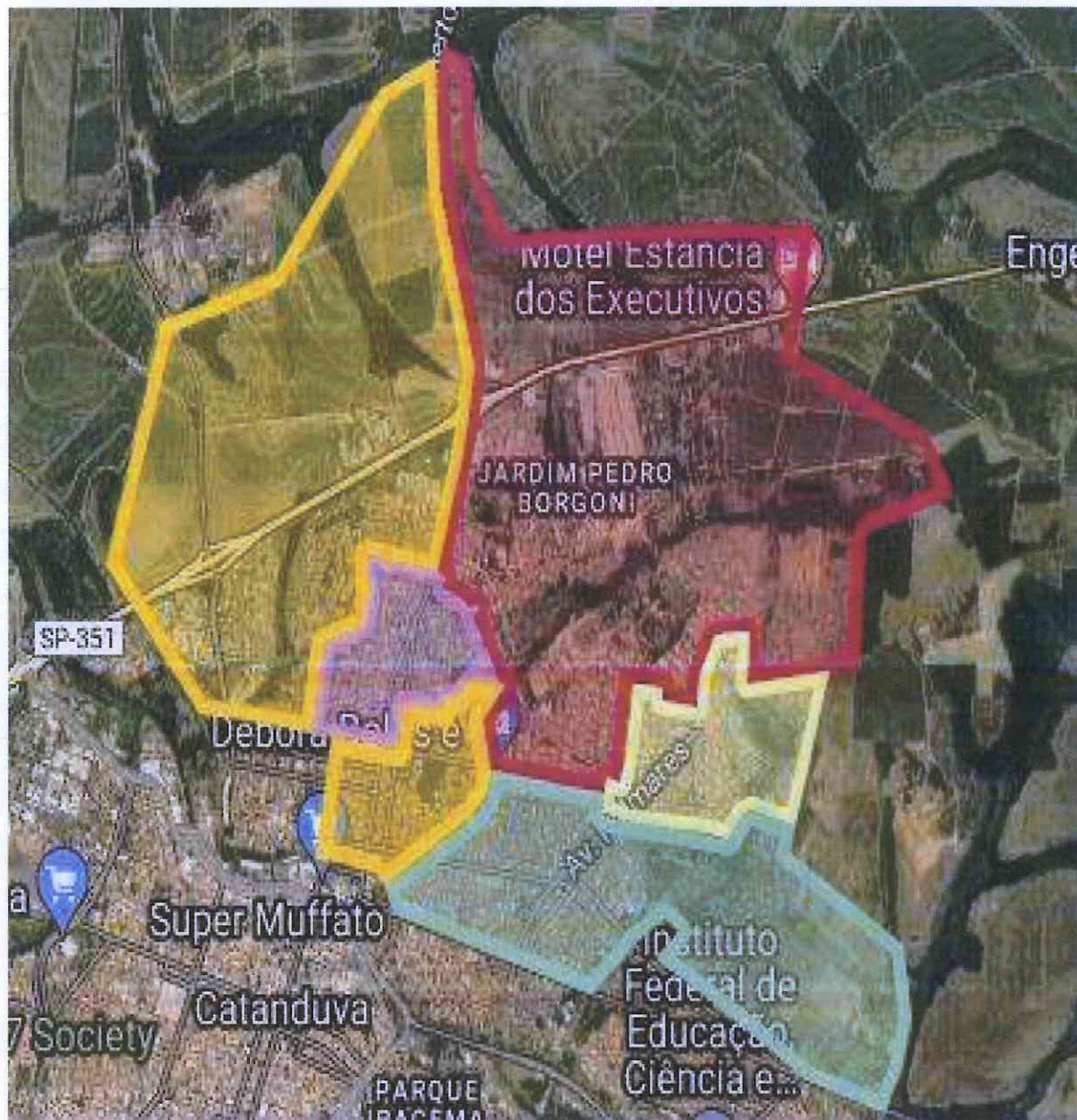
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO 4:  UBS CENTRAL E
(CONSULTÓRIO DA RUA)  USF DEL REY  USF GAVIOLI  USF SANTO
ANTÔNIO  USF THEODORO

Figura 3. Mapa de Catanduva, distrito 2.



UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO 2:  USF ALPINO  USF MONTE LÍBANO  USF PEDRO NECHAR  USF SANTA ROSA  UBS SOTO

Figura 4. Mapa de Catanduva, Distrito 3.







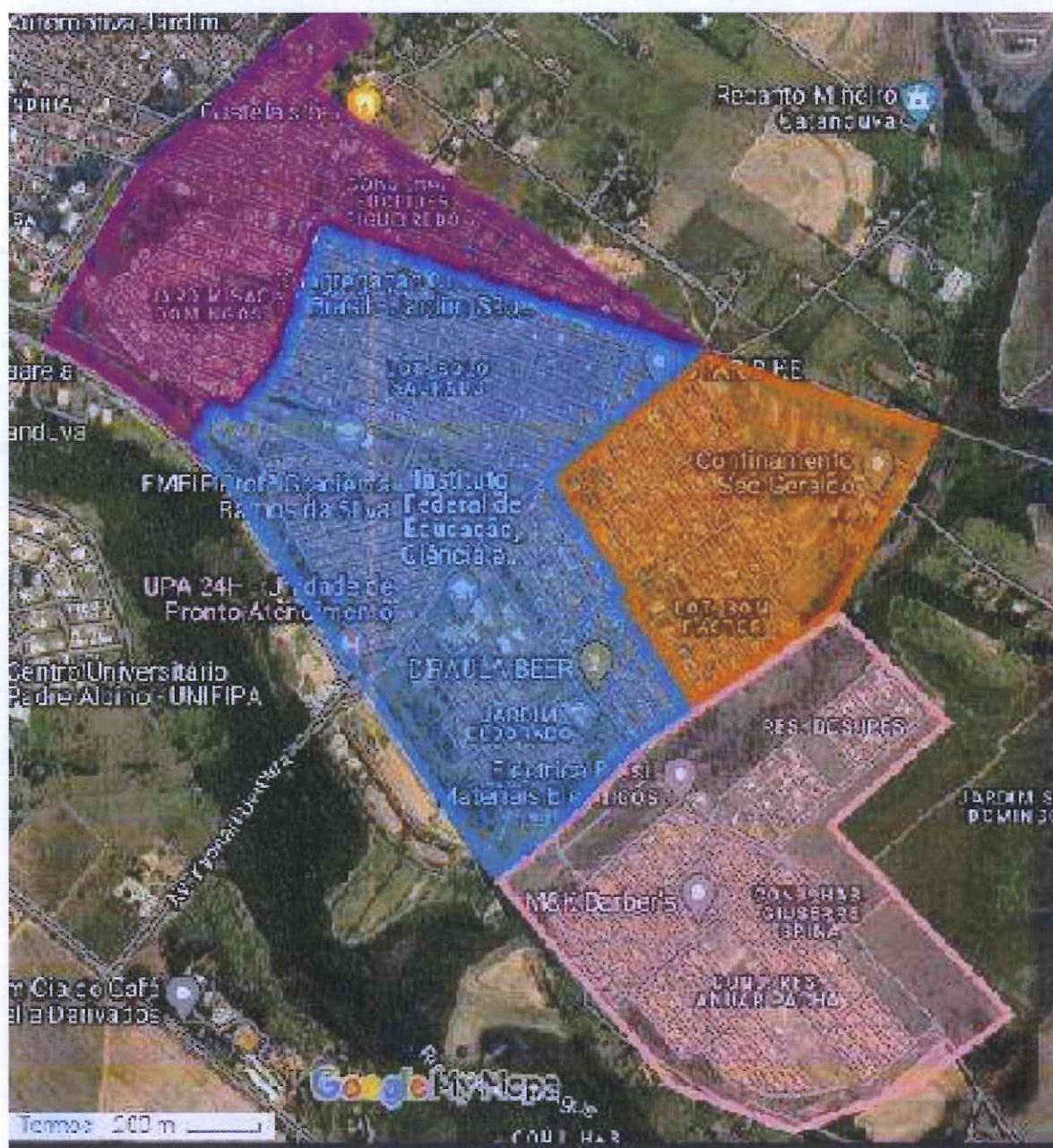
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO 3: UBS GLÓRIA  USF LUNARDELLI  USF NOSSO TETO  UBS SALLES  UBS VERTONI

Figura 5. Mapa de Catanduva, Distrito 1.






UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO 1:  USF BOM PASTOR 
USF EUCLIDES  USF PACHÁ  USF SOLO

Figura 6. Mapa de Catanduva, Distrito 5.

UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO 5:  USF FLAMINGO  USF





GABRIEL HERNANDES  USF IMPERIAL  USF NOVA CATANDUVA

Tabela 1. Moradia dos usuários do CAPS-AD por distrito, nos últimos 4 anos

Distrito de Moradia Identificado	n=1409	(%)
Distrito 1	236	16,70%
Distrito 2	310	22,00%
Distrito 3	246	17,40%
Distrito 4	393	27,80%
Distrito 5	224	15,80%

A Tabela 1 é resultado de uma avaliação observacional retrospectiva da região do Distrito 4, com dados coletados dos últimos quatro anos, e posteriormente comparada com outras áreas do município no mesmo período. Um total de 393 pacientes (equivalente a 27,8% de todos os indivíduos que frequentaram o CAPS-AD desde que o serviço foi inaugurado) estão em acompanhamento por uso de drogas, tornando-se assim, o território que representa os níveis mais críticos em termos de prevalência de dependência química. É importante levar em conta ainda que dentre 393 pacientes deste distrito, 118 encontravam-se em situação de vulnerabilidade importante, alojando-se nas ruas. O Distrito 2 é a segunda zona mais alarmante, chegando a 310 (22%) o número de pacientes usuários com problemas de dependência química no local.

Em terceiro lugar está o Distrito 3, com uma porcentagem de 17.4%, ou seja, 246 pacientes que foram consultados por dependência química.

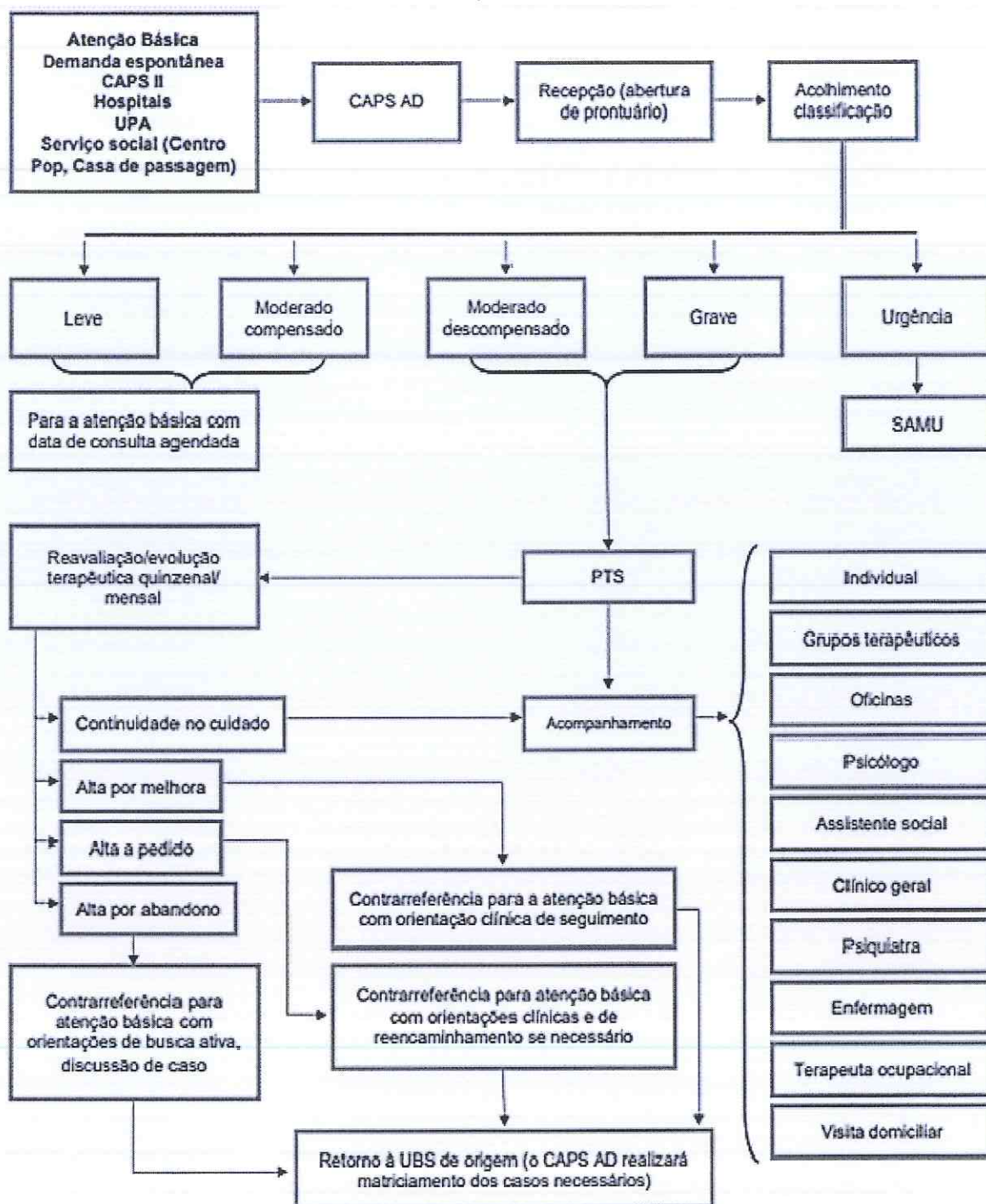
Em quarto colocado, o Distrito 1 tem índice de 16.7%, sendo os 236 pacientes identificados com problemas de dependência química.

Ocupando a última posição, o Distrito 5 apresentou-se como região de residência de 224 pacientes, equivalente a 15.8% do total de casos observados com problemas de dependência química. Considerado um número alto de pacientes, a despeito de do menor valor em comparação com os demais distritos. Durante 4 anos de atendimento no CAPS AD, entre as datas de 3 de setembro de 2018 até 2 de setembro de 2022, foram atendidos 1.409 pacientes. De todos os pacientes do serviço, um somatório daqueles que receberam alta do programa terapêutico foi equivalente a cerca de 4,1%. Ainda em relação aos defechos observados, foram identificados 327, equivalente a 23,2% encaminhamentos para comunidades terapêuticas e 227, equivalente a 16,1 % dos pacientes precisaram ser direcionados à serviços de nível mais complexo de cuidado, tipo internações psiquiátricas ou hospitalares.

Durante este período de 4 anos, 83.9% dos paciente realizaram seu tratamento de forma ambulatorial e 16.1 % foram encaminhados para continuar tratamento intrahospitalar por múltiplas causas (descompensação de doenças clínicas e mentais concomitantes, não adesão ao tratamento ambulatorial, baixo suporte familiar).

8. ADMISSÃO E ACOMPANHAMENTO NO CAPS AD

Figura 7. Fluxograma de atendimento e acolhimento no CAPS AD



Utilizam como referência para a atenção básica o fluxograma acima, de pacientes oriundos das diferentes instituições de saúde do município, tais como: CAPS – II, hospitais gerais ou psiquiátricos e UPA. Os pacientes são recebidos pela

recepcionista do CAPS AD, que realiza a coleta e verificação dos dados, com abertura do prontuário. Posteriormente é feito o acolhimento por um técnico de nível superior, para avaliar se há critérios para realizar tratamento no CAPS AD. Em seguida é agendado uma consulta com a médica psiquiatra, onde será definido o diagnóstico, tratamento e prognóstico do paciente.

9. CRITÉRIOS PARA ACOLHIMENTO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA OU INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Os pacientes que passam por avaliação psiquiátrica têm seu diagnóstico estabelecido durante a consulta, e assim é definida a forma de tratamento na unidade: ambulatorial, intrahospitalar ou em comunidade terapêutica. Para acolhimento na última, existem critérios que já estão previamente estabelecidos no Manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo, do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED.

9.1 CRITÉRIOS DE ACOLHIMENTO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA

- Pacientes que tenham problemas com álcool e/ou drogas comprovadamente, e que solicitem voluntariamente o ingresso (a CT atende unicamente de forma voluntária).
- Destina-se a maiores de 18 anos. A identidade de gênero no processo de admissão deve ser respeitada, no ingresso em serviços masculinos ou femininos.
- Todos os pacientes com má adesão prévia ao tratamento ambulatorial e que não possuem critérios de internação em hospital geral ou psiquiátrico, com apoio familiar ou socioeconômico pobre, pacientes em situação de rua.
- As comunidades devem dispor de mecanismos para o atendimento aos indivíduos portadores de necessidades especiais, gestantes e mães nutrizes, tanto em relação às instalações físicas quanto à equipe de referência.
- Não apresentar sintomas psicóticos, sinais de intoxicação aguda ou de síndrome de abstinência grave, assim como níveis de comprometimento cognitivo grave.
- Essas internações regularmente são entre 4 a 6 meses, dependendo da comunidade terapêutica que acolhe o paciente. Esse tempo prolongado ajudaria a superar o período de abstinência que os pacientes dependentes de substâncias químicas apresentam. Uma vez que o paciente tenha sido orientado sobre a necessidade do tratamento voluntário em uma comunidade terapêutica, é feito o

pedido médico para que o paciente seja acolhido, e este continua com atendimentos médicos pelo psiquiatra durante o período em que permanece recluso e após a alta.

9.2. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL GERAL OU PSIQUIÁTRICO

- Pacientes que não possuem critérios para acolhimento em comunidade terapêutica e com dificuldade de continuidade do tratamento ambulatorial, seja por não adesão ou por falta de suporte familiar e socioeconômico, podem ser internados em hospitais psiquiátricos com avaliação prévia de seu estado geral e descartando patologias clínicas graves.
- Pacientes com comorbidades clínicas graves decorrentes da dependência química: será indicado internação em hospital geral para investigação e estabilização do quadro, para posterior internação psiquiátrica, se ainda houver necessidade.
- O paciente que tiver indicação de internação em hospital geral ou psiquiátrico continuará com atendimento pelo psiquiatra após a alta.

10. RESULTADOS

10.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS DOS PACIENTE QUE PARTICIPARAM NO ESTUDO

Tabela 2. Medidas descritivas das características sociodemográficas de consumo de substâncias na amostra (n = 128)

Variável	Atributo	n	(%)
Sexo	Feminino	35	27,34%
	Masculino	93	72,66%
Idade de início de uso (em anos)	<10	4	3,13%
	>=10; <15	68	53,13%
	>=15; <20	49	38,28%
	>=20; <25	4	3,13%
	>=25	3	2,34%
Idade atual (em anos)	< 25	8	6,25%
	>=25; <30	15	11,72%
	>=30; <35	17	13,28%
	>=35; <40	22	17,19%
	>=40; <45	19	14,84%
	>=45; <50	15	11,72%
	>=50	32	25,00%
Estado civil	Casado	26	20,31%
	Solteiro	73	57,03%
	Divorciado	19	14,84%
	Amasiado	8	6,25%
	Separado	1	0,78%
	Viúvo	1	0,78%
Nível de escolaridade	Analfabeto	1	0,78%
	Fundamental incompleto	9	7,03%
	Fundamental completo	4	3,13%
	Médio incompleto	35	27,34%
	Médio completo	77	60,16%
	Superior incompleto	1	0,78%
	Superior completo	1	0,78%
Vínculo Empregatício	Autônomo	14	10,94%
	Desempregado	66	51,56%
	Do lar	5	3,91%
	Aposentado	10	7,81%
	Com benefício	2	1,56%
	Empregado	29	22,66%
	Estudante	2	1,56%

Continua

Tabela 2. Medidas descritivas das características sociodemográficas de consumo de substâncias na amostra (n = 128)

Variável	Atributo	n	(%)
Religião	Católica	53	41,41%
	Evangélica	39	30,47%
	Não tem	19	14,84%
	Cristão	9	7,03%
	Adventista	2	1,56%
	Testemunha de Jeová	1	0,78%
	Espírita	5	3,91%
Primeira SPA experimentada	Maconha	21	16,41%
	Cocaína	5	3,91%
	Álcool	82	64,06%
	Tabaco	12	9,38%
	Crack	5	3,91%
	Inalantes	2	1,56%
	Bênzodiazepínicos	1	0,78%

Continuação

A amostra foi composta por 128 participantes do CAPS-AD. 72,66% eram homens e 27,34% mulheres, das quais 6,25% têm menos de 25 anos, 68,75% têm mais de 25 e menos de 50 anos, e 25% dos participantes têm mais de 50 anos. Observou-se que 3,13% tinham menos de 10 anos quando experimentaram uma substância psicoativa pela primeira vez, sendo que um total de 94,54% dos participantes usaram alguma pela primeira vez antes dos 20 anos de idade. Concluiu-se que a idade média de início do uso das SPA, principalmente o álcool, é de aproximadamente 14 anos. O estudo mostrou que a grande parte dos indivíduos avaliados eram homens (72,66%), solteiros (57,03%), com ensino médio completo (60,16%), sem emprego (51,56%), maiores de 50 anos (25%) ou na quarta década de vida (30,47%). Quanto à escolaridade, 60,16% relataram ter concluído o ensino médio apenas. O 85,16% deles são praticantes de alguma religião. A substância mais comumente relatada a ser experimentada alguma vez na vida foi o álcool, até 64,06% dos casos, seguido da maconha com 16,41% e tabaco com 9,38%.

10.2 RESULTADO DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS

10.2.1 ANÁLISE DAS PONTUAÇÕES OBTIDAS NAS CATEGORIAS DO TESTE AUDIT

Tabela 3. Classificação de risco do consumo de álcool, avaliando através de AUDIT (n=128)

Classificação de risco	n	(%)
Consumo De Baixo Risco	35	0,27
Consumo De Risco	17	0,13
Uso Nocivo Ou Consumo De Alto Risco	12	0,09
Possível Dependência	60	0,47
Máximo Dependência	4	0,03

Consistente com os dados socioeconômicos previamente relatados de que o álcool foi a primeira substância experimentada pela maior parte dos indivíduos, na tabela 3 observa-se que a grande maioria dos participantes, cerca de 46,88%, encontra-se em quadro de possível dependência alcoólica. Entre os indivíduos avaliados, 27,34% ficaram entre os consumidores de baixo risco e 13,28% apresentando-se já em consumo de risco considerável.

10.2.2 ANÁLISE DAS PONTUAÇÕES OBTIDAS NAS CATEGORIAS DA ESCALA ASSIST

Tabela 4. Consumir ou alguma vez ter consumido uma das seguintes substâncias, avaliando o envolvimento com as mesmas através da Escala ASSIST (n=128)

Subescala ASSIST (Consumir ou alguma vez ter consumido uma das seguintes substâncias)			
Tabaco	Não	20	15,60%
	Sim	108	84,40%
Bebidas Alcoólicas	Não	6	4,70%
	Sim	122	95,30%
Maconha	Não	37	28,90%
	Sim	91	71,10%
Cocaína, crack	Não	25	19,50%
	Sim	103	80,50%
Estimulantes do tipo anfetamina	Não	108	84,40%
	Sim	20	15,60%
Inalantes	Não	91	71,10%
	Sim	37	28,90%
Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	Não	85	66,40%

Alucinógenos	Sim	43	33,60%
	Não	110	85,90%
Opiáceos	Sim	18	14,10%
	Não	122	95,30%
Outras	Sim	6	4,70%
	Não	127	99,20%
	Sim	1	0,80%

As cinco principais substâncias que já foram consumidas em algum momento da vida dos participantes, segundo a escala ASSIST, estão descritas em ordem decrescente. O estudo evidencia que 95,3% dos entrevistados já fizeram uso de álcool, incluindo aqueles que encontram-se em uso contínuo, sendo esta a substância mais prevalente entre os participantes. Em segundo lugar está o tabaco, com 84,4%, seguido da cocaína e/ou crack com 80,5%. Em quarto lugar está o uso de maconha com 71,1% e por último os Ansiolíticos/ Sedativos/ Hipnóticos com 33,6%.

Tabela 5. Pontuação por cada substância especificada

Subescala ASSIST	Baixo Risco		Risco Moderado		Alto Risco	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tabaco	42	-32,81	68	-53,13	18	-14,06
Bebidas Alcoólicas	35	-27,34	63	-49,22	30	-23,44
Maconha	87	-67,97	27	-21,09	14	-10,94
Cocaína, crack	49	-38,28	49	-38,28	30	-23,44
Estimulantes de tipo anfetamina	124	-96,88	4	-3,13	0	0,00
Inalantes	125	-97,66	3	-2,34	0	0,00
Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	116	-90,63	8	-6,25	4	-3,13
Alucinógenos	127	-99,22	1	-0,78	0	0,00
Opiáceos	127	-99,22	1	-0,78	0	0,00
Outras	127	-99,22	1	-0,78	0	0,00

O critério final de pontuação na escala ASSIST diz respeito ao uso de alguma substância psicoativa específica nos últimos 3 meses, graduando o consumo de determinada SPA através de um score simples com três questionamentos: a) paciente usou ou está usando alguma substância psicoativa nos últimos 3 meses, b) precisa ou não de intervenção imediata, c) critérios para iniciar o tratamento (seja ambulatorial ou intra-hospitalar). O estudo identificou que os participantes possuem critérios para estarem realizando tratamento ambulatorial como vêm fazendo, as principais substâncias utilizadas pelos participantes deste estudo estão descritas em ordem decrescente, e o resultado está dividido em três grupos:

1. **Grupo de Alto Risco:** 23,44% dos usuários estão usando ou já usaram cocaína, crack ou seus derivados e álcool nos últimos 3 meses, sendo estas as principais SPA utilizadas pelos participantes. Entre as 128 pessoas pesquisadas, 92 pessoas podem ser consideradas de alto risco, logo em segundo lugar está o tabaco com 14,06%, e finalmente a maconha com 10,94%.
2. **Grupo de Risco Moderado:** aparece o tabaco com 53,13% , no segundo lugar o álcool com 49,22%, seguido da cocaína ou crack ou seus derivados com 38,28% e após a maconha com 21,09%.
3. **Grupo de Baixo Risco:** com menor uso estão os Alucinógenos, com 99,22%, Opioides com 99,22%, Inalantes ou similares com 97,66% e os Estimulantes, com 96,88%.

11. DISCUSSÃO

Os resultados trazidos pelo estudo mostram-se consistentes em comparação à literatura e dados de levantamentos nacionais, com algumas ressalvas. É importante ressaltar que os participantes desta pesquisa já eram pacientes acompanhados em unidade especializada para tratamento de álcool e drogas, em contraste com os demais estudos citados na bibliografia que abordavam a população geral do país. Apesar do viés de amostragem desta pesquisa, os demais aspectos são relevantes quando comparados aos usuários identificados nacionalmente. O LENAD I (2006) evidenciou que entre aqueles que consumiam álcool, os índices de uso nocivo e dependência eram elevados, assim como podemos observar na Tabela 2, um total de 59,39% dos indivíduos etilistas apresentava-se entre os grupos classificados como uso nocivo, possível ou máxima dependência. Além disso, a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas também foi maior entre os homens. Em relação à idade de início, o LENAD I mostrava que o início do consumo entre menores de 15 anos era de 24% e em 2012 com o LENAD II chegava a 41%, um aumento de 20% em 6 anos. O presente estudo corrobora com os dados nacionais: 56,26% dos participantes entrevistados iniciaram antes dos 15 anos, tornando evidente a tendência de consumo cada vez mais cedo nos brasileiros. Deste modo, é clara a necessidade de maiores políticas públicas voltadas à redução e tratamento do etilismo no âmbito nacional assim como no municipal, principalmente nos Distritos mais vulneráveis como o 2 e 4. Em relação às substâncias ilícitas, a grande maioria dos participantes relatou já ter feito uso pelo menos uma vez na vida, informação consistente com o apontamento da ONU de 2012 de que o consumo de crack/cocaína no Brasil tem aumentado e a prevalência do uso de maconha tem tomado proporções cada vez maiores. O presente estudo evidenciou taxas de uso de 80,5% para cocaína/crack e 71,1% para maconha, com risco moderado a alto de 68,28% e 32,03% respectivamente. O fenômeno epidemiológico do aumento progressivo do consumo de substâncias ilícitas é claro na literatura brasileira, entretanto o registro dos dados apresentados nesta pesquisa é de extrema importância no entendimento dos padrões de consumo, assunto ainda relativamente escasso de investigações.

11.1 PONTOS SENSÍVEIS

Diante da observação dos pacientes no decorrer do tratamento foi possível notar pontos sensíveis relacionados a dificuldades sociais, em alguns casos específicos as necessidades não atendidas de apoio familiar e a marginalização social. Os pacientes dependem da rede de apoio familiar para o seguimento e do uso correto dos medicamentos, suporte financeiro e emocional, entre outros. É notório que com a falta de suporte o paciente se torna mais exposto aos riscos inerentes do uso de substâncias psicoativas, o que o deixa mais susceptível a marginalização.

Os tratamentos oferecidos no CAPS-AD necessitam de tempo e comprometimento, visto que o paciente dependente químico pode ser vulnerável nas funções cognitivas, comportamentais e fisiológicas, muitas vezes associadas a demais comorbidades psiquiátricas; podendo então haver uma limitação na adesão em seu tratamento e dificuldades inerentes de interromper o consumo de SPA.

11.2 PONTOS FORTES

O CAPS-AD Catanduva proporciona para os pacientes atendimento médico especializado e atividades multidisciplinares, gerando benefícios que impactam positivamente em diversos aspectos da vida, dentre eles os mais notórios são: as reduções das taxas de internação hospitalar, a melhora na qualidade de vida, redução da criminalidade, a reinserção no mercado de trabalho, fortalecimento dos vínculos familiares e a redução de danos em portadores de transtorno mental.

Em um contexto de sociedade o paciente que faz tratamento no CAPS-AD tem menor risco em relação ao consumo de drogas, prostituição, marginalização e criminalidade, cria vínculos e tem a oportunidade de se aproximar de seus familiares.

A prefeitura de Catanduva disponibiliza para os pacientes do CAPS-AD transporte gratuito para os atendimentos multiprofissionais no geral, e para sua solicitação necessita apenas de um pré-agendamento na atenção básica, facilitando o comparecimento nas consultas e uma melhor adesão ao plano terapêutico singular intensivo.

A equipe técnica do CAPS-AD, além de fornecer um completo atendimento aos pacientes, realiza o matriciamento semanal de casos mais complexos para serem

melhor atendidos nas unidades de atenção básica de todos os distritos já anteriormente citados neste trabalho. Este matriciamento engloba toda a rede, desde os agentes comunitários, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, dentistas e farmacêuticos.

Realiza-se também na atenção básica, através dos treinamentos feitos pela equipe do CAPS-AD, grupos de saúde mental, que oferecem apoio à família de pacientes usuários de SPA, almejando o fortalecimento de vínculos rompidos, possibilitando uma maior motivação aos usuários e aos familiares na adesão do tratamento.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema abordado de uso de substâncias psicoativas e dependência química tem tomado proporções cada vez maiores no Brasil e no mundo, com grandes impactos sociais, tanto do ponto de vista da saúde e segurança pública, quanto da economia. Nos últimos anos, diversas políticas nacionais têm sido implementadas visando combater ou atenuar o problema, com resultados variados. O conhecimento do assunto também tem evoluído, com aumento no número de pesquisas e estudos epidemiológicos, trazendo luz à aspectos sociais e individuais antes ignorados.

Tem se tornado evidente que a compreensão dos fatores de risco, suporte social, acesso amplo à tratamento, além de informação e conscientização são essenciais para abordar de forma eficaz e resolutiva. Levando em conta estes argumentos, o trabalho multidisciplinar realizado no CAPS-AD é imprescindível. A equipe do serviço conta com ferramentas de apoio individual e social, tratamento medicamentoso clínico e psiquiátrico, acompanhamento psicológico e diversos outros instrumentos voltados a recuperação e ressocialização, dentro dos princípios do SUS. O presente estudo tem como um dos pontos fortes o mapeamento de áreas e populações mais vulneráveis, possibilitando o desenvolvimento de estratégias municipais voltadas a comunidade residente dessas regiões.

Apesar da necessidade de maiores estudos, foi evidente durante a realização da pesquisa que a falha de adesão ao tratamento ainda é uma dificuldade enfrentada pela equipe, possivelmente pelo obstáculo do contexto social em que o paciente se insere. Além disso, é de grande relevância o levantamento de maiores informações relacionadas aos principais motivos de recusa de tratamento, descontinuação do acompanhamento, além de taxas e motivos de recaída.

Por fim, é oportuno ressaltar que muito além da ideologia de combate às drogas, a probabilidade de alguma melhora repousa na prevenção. Um maior investimento em planos de fortalecimento da atenção primária pode trazer benefícios significativos, pois viabiliza a difusão de conhecimento e conscientização da população, traz aumento e recursos à rede de apoio e assegura fácil acesso e maior disponibilidade de tratamento e recuperação do indivíduo com transtorno por dependência química.

A situação não tem passado despercebida pelos gestores públicos. Desde 2017, o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD) vem discutindo mudanças na

posição do governo quanto as políticas públicas que tratam do assunto, até que em 2018, houveram alterações na lei no sentido de fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD). A Resolução nº1 do CONAD, destacou a necessidade de readequação na forma com que se utilizava os recursos para combate as drogas, ressaltando a necessidade de agir em consonância com as evidências científicas, que já vinham mostrando que políticas de prevenção, suporte social e ampliação da rede de saúde deveriam ser os pilares da Política sobre Drogas. Dado o primeiro passo, outras Decretos seguiram, com fomento a grupos de estudos, possibilitando o surgimento da chamada “Nova Política Nacional sobre Drogas” em 2019. O foco vem mudando desde então, do combate às drogas para o tratamento do usuário dependente químico. Apesar de trazer leis mais duras contra o narcotráfico, o decreto traz objetivos diferentes para a nova PNAD, como educação, informação e capacitação de agentes em diversos segmentos sociais, estímulo ao desenvolvimento científico sobre o tema, iniciativas de implantar e aumentar a rede de assistência ao dependente químico, entre outros pontos defendidos por profissionais da área há anos. A rede e os serviços de saúde e assistência para esses pacientes passou a contar com ambulatórios, CAPS, unidades de acolhimento, comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência, programas de moradias assistidas e grupos de apoio e ajuda mútua. A Lei 13.840 de 2019 possibilitou também a articulação interdisciplinar das entidades de saúde, ao elaborar o Plano Nacional de Política sobre Drogas (PLANAD), com objetivo de priorização da prevenção e participação social, promovendo ações de incentivo ao emprego, ensino, e reestruturação do dependente químico. A nova lei trouxe ainda a possibilidade de internação involuntária para tratamento de dependentes químicos e incluiu as Comunidades Terapêuticas como modalidade de tratamento ambulatorial viável, desde que seguisse o planejamento de promoção de desenvolvimento pessoal do indivíduo em um ambiente residencial e com avaliação médica prévia.

Entre as estratégias consideradas mais efetivas a longo prazo, destaca-se o treinamento e capacitação das equipes que atuam na atenção primária, visto que são estes os profissionais que usualmente tem o primeiro contato com o paciente, possibilitando a criação de vínculo terapêutico com a unidade de saúde de referência. Entende-se também que o processo terapêutico e acompanhamento após alta do serviço do CAPS-AD deverá ser realizado na USF de origem do paciente. Educação

continuada deve ser feita para a atenção básica e treino para realização de entrevistas motivacionais e sensibilização do paciente, para que este veja os prejuízos ocasionados pelo uso de SPA.

O desenvolvimento de trabalhos continuados de conscientização e orientação com adolescentes nas escolas, públicas ou particulares, também é uma conduta relevante, dada a elevada incidência de início do consumo de substâncias em jovens, conforme descrito nos dados deste estudo e na literatura nacional. A psicoeducação, exemplificada por intervenções através de palestras de promoção de saúde, pode abranger toda e qualquer faixa etária, devendo ser intensificada nos distritos identificados como mais vulneráveis.

Treinamento por parte dos agentes comunitários de saúde na identificação precoce de ambientes familiares com uso frequentes de SPA e de crianças que sofrem maus-tratos e negligência, e aviso para rápida intervenção da assistência social e conselho tutelar.

Outra possibilidade de atuação se apresenta no estímulo a geração de mais vagas de emprego, através de programas de incentivo, objetivando a redução da marginalidade através da oportunidade laboral. Planos de auxílio seriam uma opção relevante para casos de pessoas exposta a maior risco, como moradores de rua, indivíduos com menor escolaridade, com baixa renda familiar e maior tempo em situação de desemprego. Recentemente no município de Catanduva foi promulgada a Lei nº 6.119, de 10 de março de 2021, que criou o Programa Emergencial de Desemprego, que proporciona uma renda assistencial temporária de 6 meses assim como exige participação obrigatória em cursos de qualificação fornecidos pela própria prefeitura.

Ressalta-se ainda a importância da continuidade e expansão da presente pesquisa no CAPS-AD, com aplicação das escalas utilizadas de forma periódica, visando a detecção de recaídas, realização de busca ativa pela equipe e assim proporcionar rápido auxílio ao paciente. A ampliação do estudo traz também a construção de um banco de dados essencial para futura implantação de outras estratégias de saúde pública.

13. CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores afirmam ter seguidos os protocolos da secretaria de saúde da prefeitura de Catanduva e o comitê de ética médica da UNIFIPA acerca da publicação dos dados dos participantes em este trabalho. Para isso foi realizado um termo de consentimento livre e esclarecimento que foi previamente assinado por cada participante.

14. CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesses de qualquer tipo na elaboração deste trabalho.

15 FONTES DE FINANCIAMENTO

Os pesquisadores envolvidos declaram não ter recebido subsídios para a elaboração da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5ª ed. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**: sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2001/l10216.html. Acesso: 23 de agosto de 2022.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**: determina a criação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 15 de maio de 2022.
4. LARANJEIRA, R.; DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.
5. WEBER, C.A. et al. **Abstinence, anti-drug psychosocial care centers and therapeutic communities: pillars of reorienting the Brazilian Mental Health and Drug Policy**. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2021; 43: 570-571. [SI]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1647>. Acesso em: 06 de outubro de 2022.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas II (LENAD II) - 2012**. UNIFESP, Unidade de Pesquisa em Álcool e outras Drogas. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 08 de outubro de 2022.

7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Panamericana de la Salud. **Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias:** manual para uso en la atención primaria. Organización Mundial de La Salud, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85401> e https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85401/9789275332344_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 23 de agosto de 2022.
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Bador, T.F. (org.) et al. **AUDIT:** cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. Organización Mundial de la Salud, 2001. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331321/WHO-MSD-MSB-01.6a-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 de agosto de 2022.
9. SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de Catanduva. **Observatório de saúde de Catanduva:** mapas de saúde. Catanduva, 2022. Disponível em: <https://observasaudecatanduva.sp.gov.br/mapa-da-saude/->. Acesso em 26 de agosto de 2022.
10. GOVERNO ESTADUAL DE SÃO PAULO. Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONED). Comunidade terapêutica: Manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://justica.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/MANUAL-COMUNIDADE-TERAPEUTICA-2020-ATUALIZADO-2021.pdf>, p. 53. Acesso 6 de novembro de 2022.
11. SÃO PAULO. Prefeitura de Catanduva, Secretaria de Municipal de Saúde. Observatório de saúde de Catanduva. **Resolução SMS nº 14, de 25 de setembro de 2020:** Linha de cuidado a pessoa com transtorno mental. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://observasaudecatanduva.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Linha-de-Cuidado-a-Pessoa-com-Transtorno-Mental-PROTEGIDO.pdf>. Acesso em: 18 de agosto de 2022.

12. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Resolução nº 1, de 9 de Março de 2018** - Conselho Nacional de Política Sobre Drogas. Brasília-DF, 2018.
13. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei número 13.840, de 5 de junho de 2019** - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília-DF, 2019.
14. MINISTÉRIO DA CIDADANIA, Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas e Reinserção Social (SENAPRED); GARCIA, F.D. **Avanços e inovações nas políticas de saúde mental, álcool e de drogas no Brasil: Uma revisão histórica. Prevenção e Cuidados às Pessoas com Transtornos Mentais e Dependência Química. 1ª Ed. p. 78. Brasília - DF, 2022.**
15. NARVAEZ, J.C.M et al. Quality of life, social functioning, family structure, and treatment history associated with crack cocaine use in youth from the general population. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 37(3):211–218, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26018649/>. Acesso em: 10 de outubro de 2022.
16. LEMOS V.A. et al. Low family support perception: a “social marker” of substance dependence? **Rev Bras Psiquiatr.** 2012; 34:52-59. São Paulo - SP, 2012.
17. PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciênc. saúde coletiva 8 (2)**. Salvador – BA, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hPzrtYnZZJdQDDDD39QNrMQL/>. Acesso em: 20 de julho de 2022.

ANEXOS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO 1.

AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS PESSOAIS NO CAMPO DO PROJETO "Avaliação Da Evolução Multidisciplinar Dos Pacientes Inseridos No Caps AD, Da Cidade De Catanduva-SP".

Através deste documento, a Universidade UNIFIPA solicita aos pacientes maiores de idade ou aos titulares e representantes legais dos menores, consentimento prévio, expresso e informado para coletar, armazenar, preservar e transferir as informações pessoais, obtidas a partir do projeto.

As informações coletadas serão utilizadas apenas para fins estatísticos, acadêmicos e de pesquisa, incluindo publicações científicas apresentadas em âmbito nacional ou internacional, obras literárias em formato físico ou digital, artigos de pesquisa e outras formas de propagação de conteúdo acadêmico e científico. Conforme a Resolução nº 486/12 do Conselho Nacional de Saúde, serão respeitadas e garantidas a privacidade, dignidade e segurança do paciente. Sendo este um estudo de caráter voluntário, a interrupção da participação pode ocorrer a qualquer momento conforme decisão do participante, sem que o ato acarrete em qualquer penalidade ou modificação no atendimento do mesmo.

OBJETO DE INFORMAÇÃO DA COLETA.

O estudo busca inicialmente, traçar o perfil epidemiológico dos pacientes que utilizam o CAPS-AD, a adesão ao tratamento e o impacto que o serviço tem na saúde pública municipal. Objetivos secundários incluem identificação de variáveis significativas que interferem em maiores taxas de recaída do paciente, pontos sensíveis do tratamento e pontos fortes, contexto sociocultural em que o indivíduo se encontra e o que pode ser melhor estruturado para fortalecer o vínculo com a instituição. A pesquisa será realizada através dos questionários ASSIST e AUDIT, ferramentas já consolidadas no Brasil e no mundo.

Informações pessoais e dados confidenciais, entendidos como informações que afetam a privacidade do proprietário ou cujo uso impróprio pode gerar discriminação, como aqueles que revelam origem racial ou étnica, orientação política, convicções religiosas ou filosóficas, filiação a sindicatos, organizações sociais, direitos humanos ou que promovam os interesses de qualquer partido político ou que garantam os direitos e garantias dos partidos políticos de oposição, bem como dados relacionados à saúde, vida sexual e dados biométricos poderão ser coletados, mas assegurando o respeito à privacidade e aos direitos fundamentais do participante, não serão divulgados a terceiros, sendo usados estritamente para fins acadêmicos e científicos. A partir da assinatura deste termo de autorização, fica consentido a coleta e processamento de dados pessoais e outras informações à Universidade UNIFIPA durante toda a participação no Projeto, sejam estes de pacientes maiores de idade ou de menores desde que consentido por representante legal. Além de sua utilização no âmbito de publicações científicas que são feitas em apresentações nacionais ou internacionais, publicação de obras literárias em formato físico ou digital, artigos de pesquisa e outras formas de disseminação da divulgação acadêmica e científica.

COLETA DE INFORMAÇÕES E TEMPO DE ARMAZENAMENTO. O tempo para coleta e armazenamento das informações será recolhida em 2 tempos cada um de (3) meses a partir da assinatura deste documento.

DIREITOS DOS TITULARES OU REPRESENTANTES AUTORIZADOS. O proprietário e/ou representante legal do paciente terá os seguintes direitos: 4.1. Conhecer, atualizar e retificar seus dados pessoais em frente Universidade UNIFIPA. Esse direito pode ser exercido, entre outros, contra dados parciais, imprecisos, incompletos ou fracionados. 4.2. Solicitar a comprovação da

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

autorização concedida à Universidade UNIFIPA. 4.3. Ser informado pela Universidade UNIFIPA, mediante solicitação, quanto ao destino concedido as informações. 4.4. Revogar a autorização e/ou solicitar a exclusão dos dados coletados.

(A preencher pelo Investigador)

Confirmando que expliquei aos participantes de forma adequada e inteligível, a natureza e finalidade do estudo supracitado e respondi a todas as dúvidas e questões levantadas pelos participantes.

Nome do investigador

Assinatura do investigador

__/__/____
Data

(A preencher pelo Participante)

Declaro que entendo o que me foi explicado pelo investigador, e aceito a participação no estudo acadêmico e a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome do participante no estudo

Assinatura do participante no estudo

__/__/____
Data

ASSIST

Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias

1. Na sua vida quais destas substâncias você já usou? [só as que consumiu sem receita médica]	NÃO	SIM
a. Tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, fumo de corda, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
b. Bebidas Alcoólicas (cervejas, vinho, licores, pinga, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
c. Maconha (baseado, haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
d. Cocaína , crack (coca, pó, farinha, pedra, cachimbo, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, bolinhas, rebites, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, esmalte, verniz, tiíner, lança-perfume, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos (tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, cacto, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína , ópio, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3

[se todas as respostas forem negativas pergunte: "Nem mesmo quando estava na escola?"]

[se "não" para todas as substâncias, termine o questionário]

[se "sim" para qualquer substância, passe para a questão 2 em relação a cada substância já consumida]

2. Nos últimos 3 meses, com que frequência consumiu cada uma das substâncias que mencionou? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	NUNCA	1 A 2 VEZES	1 A 3 VEZES POR MÊS	1 A 4 VEZES POR SEMANA	5 A 7 VEZES POR SEMANA
a. Tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, fumo de corda, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
b. Bebidas Alcoólicas (cervejas, vinho, licores, pinga, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
c. Maconha (baseado, haxixe, erva,	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6

marijuana, pólen, etc.)					
d. Cocaína , crack (coca, pó, farinha, pedra, cachimbo, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, bolinhas, rebites, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, esmalte, verniz, tiner, lança-perfume, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos (tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, cacto, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína , ópio, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6

[se "nunca" para todas as substâncias, passe para a questão 6]

[se alguma substância foi consumida, continue com as questões 3,4 e 5 para cada substância consumida]

3. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	NUNCA	1 A 2 VEZES	1 A 3 VEZES POR MÊS	1 A 4 VEZES POR SEMANA	5 A 7 VEZES POR SEMANA
a. Tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, fumo de corda, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Bebidas Alcoólicas (cervejas, vinho, licores, pinga, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Maconha (bascado, haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína , crack (coca, pó, farinha, pedra, cachimbo, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, bolinhas, rebites, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, esmalte, verniz, tiner, lança-perfume, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos (tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, cacto, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína , ópio, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
---------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

4. Nos últimos 3 meses, com que frequência o seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.] resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?	NUNCA	1 A 2 VEZES	1 A 3 VEZES POR MÊS	1 A 4 VEZES POR SEMANA	5 A 7 VEZES POR SEMANA
a. Tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, fumo de corda, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
b. Bebidas Alcoólicas (cervejas, vinho, licores, pinga, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
c. Maconha (baseado, haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
d. Cocaína , crack (coca, pó, farinha, pedra, cachimbo, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, bolinhas, rebites, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, esmalte, verniz, tilner, lança-perfume, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos (tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, cacto, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína , ópio, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

5. Nos últimos 3 meses, com que frequência não fez o que normalmente era esperado de você devido ao consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	NUNCA	1 A 2 VEZES	1 A 3 VEZES POR MÊS	1 A 4 VEZES POR SEMANA	5 A 7 VEZES POR SEMANA
a. Tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, fumo de corda, etc.)	[esta questão não se aplica ao Tabaco]				
b. Bebidas Alcoólicas (cervejas, vinho, licores, pinga, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
c. Maconha (baseado, haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
d. Cocaína , crack (coca, pó, farinha, pedra, cachimbo, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, bolinhas, rebites, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, esmalte, verniz, tiíner, lança-perfume, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos (tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, cacto, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, ópio, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

[Faça a questão seguinte (6) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	NÃO, NUNCA	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, ACONTECEU NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, fumo de corda, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Bebidas Alcoólicas (cervejas, vinho, licor, pinga, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Maconha (baseado, haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína, crack (coca, pó, farinha, pedra, cachimbo, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, bolinhas, rebites, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, esmalte, verniz, tiíner, lança-perfume, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos (tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, cacto, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, ópio, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6

[Faça a questão seguinte (7) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de [1ª substância, 2ª substância, etc.] e não conseguiu?	NÃO, NUNCA	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, ACONTECEU NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, fumo de corda, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Bebidas Alcoólicas (cervejas, vinho, licores, pinga, bebidas espirituosas, shóis, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Maconha (baseado, haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína , crack (coca, pó, farinha, pedra, cachimbo, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, bolinhas, rebites, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, esmalte, verniz, tiner, lança-perfume, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos (tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, cacto, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína , ópio, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6

8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável? [só as que consumiu sem receita médica]	NÃO, NUNCA	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, ACONTECEU NOS ÚLTIMOS 3 MESES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[na situação de consumo por via injetável nos últimos 3 meses, deve questionar sobre a frequência e o padrão de consumo neste período, de forma a determinar o nível de risco e a intervenção mais adequada]

Pontuação por substância específica	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Resultado	Baixo Risco	Risco Moderado	Alto Risco
a. Tabaco				1				0-3	4-26	27 ou +

b. Bebidas Alcoólicas						0-3	11-26	27 ou +
c. Maconha						0-3	4-26	27 ou +
d. Cocaína, crack						0-3	4-26	27 ou +
e. Estimulantes de tipo anfetamina						0-3	4-26	27 ou +
f. Inalantes						0-3	4-26	27 ou +
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos						0-3	4-26	27 ou +
h. Alucinógenos						0-3	4-26	27 ou +
i. Opiáceos						0-3	4-26	27 ou +
j. Outras.						0-3	4-26	27 ou +

[não é considerada a pontuação das questões 1 e 8]
[a pontuação das questões 2 a 7 é considerada para cada substância]
[na questão 5 não há pontuação para o tabaco]

Escala AUDIT

Nome: _____

Leia as perguntas a baixo e anote as resposta com cuidado. Inicie a entrevista dizendo: "Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses."

<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoolicas? (0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Um vez por mês ou menos. (2) Duas a quatro vezes por mês (3) Duas a três vezes por semana (4) Quatro ou mais vezes por semana</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou beber logo pela manhã para "curar uma ressaca"? (0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Pelo menos uma vez por mês (3) Pelo menos uma vez por semana (4) Todos os quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>2. Quando bebe, quantas doses você consome num dia normal? (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7,8 ou 9 (4) 10 ou mais</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimento de culpa ou remorso por ter bebido? (0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Pelo menos uma vez por mês (3) Pelo menos uma vez por semana (4) Todos os quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>3. Com que frequência voce toma "seis ou mais doses" de uma vez? (0) Nunca (1) Menos de uma vez ao mês. (2) Uma vez ao mês (3) Um vez na semana (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div> <p><small>*Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</small></p>	<p>8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Pelo menos uma vez por mês (3) Pelo menos uma vez por semana (4) Todos os quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>4. Nos últimos 12 meses, com que frequência você achou que não conseguiria para de beber depois de ter começado? (0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Pelo menos uma vez por mês (3) Pelo menos uma vez por semana (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses. (4) Sim, aconteceu nos últimos 12 meses.</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>5. No últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente por ter bebido? (0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Pelo menos uma vez por mês (3) Pelo menos uma vez por semana (4) Todos os quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional da saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber? (0) Não (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses. (4) Sim, aconteceu nos últimos 12 meses.</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>

Anote aqui o resultado: $Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7 + Q8 + Q9 + Q10 =$

Consumo de baixo risco	Prevenção primária	0 a 7 pontos
Consumo de risco	Orientação Básica	8 a 15 pontos
Uso Nocivo ou Consumo de Alto Risco	Intervenção breve e monitoramento	16 a 19 pontos
Possível Dependência	Encaminhamento para serviço especializado	20 ou mais pontos
Máximo Dependência	Encaminhamento para serviço especializado	40 pontos

EQUIVALÊNCIAS DE DOSE PADRÃO (1 dose contém 14g. de álcool puro)

1 DOSE CERVEJA = - 1 lata - 1 copo de chopp 1 - longneck (350ml) **2 DOSES** = 1 garrafa (600ml) **3 DOSES** = 1 garrafa (1 litro)

VINHO 1 DOSE = 1 taça - **5 DOSES** = 1 garrafa(750ml) - **CACHAÇA, VODKA, UISQUE, CONHAQUE** = 1 ½ DOSES = ½ copo americano (60ml) **25 DOSES** = 1 litro

UISQUE, RUM, LICOR, ETC - 1 DOSE = 1 dosador (40 ml)