

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Escola Superior de Educação Física
Programa de Pós-Graduação em Educação Física



Dissertação

**Uso de drogas e aspectos de saúde em pacientes de um
Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III de
Pelotas/RS**

Liliane Locatelli

Pelotas, 2017

LILIANE LOCATELLI

DISSERTAÇÃO

**Uso de drogas e aspectos de saúde em pacientes de um
Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III de
Pelotas/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Fossati Reichert

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

L811u Locatelli, Liliane

Uso de drogas e aspectos de saúde em pacientes de um centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas III de pelotas/rs / Liliane Locatelli, Leony Morgana Galliano ; FelipeFossati Reichert, orientador. — Pelotas, 2017.

100 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Reabilitação psicossocial. 2. Saúde mental. 3. Estudos epidemiológicos. I. Galliano, Leony Morgana. II. Reichert, FelipeFossati, orient. III. Título.

CDD : 796

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Felipe Fossati Reichert (orientador)

Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Marcelo Cozzensa da Silva

Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dra. Suele Manjourany Duro

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

AGRADECIMENTOS

Aos professores do curso de Mestrado Airton José Rombaldi e Marcelo Cozzensa da Silva pelos apontamentos na minha qualificação.

Ao meu orientador, Felipe Fossati Reichert pela ajuda, tolerância e paciência nesses dois anos de estudo.

À minha colega e amiga Leony Morgana Galliano pelo carinho, ajuda e incentivo que me fizeram estar concluindo este estudo.

À minha família, pelo apoio.

Aos meus colegas do CAPS AD III, pela ajuda, com informações durante as coletas dos dados.

E a Deus por ter me concedido a oportunidade de concluir um estudo em prol de pessoas que precisam de ajuda.

Apresentação

A presente dissertação de mestrado, exigência para obtenção do título de mestre, pelo Curso de Mestrado em Educação Física, é composta pelos seguintes itens:

- 1) Projeto de Pesquisa, apresentado e defendido em 26 de outubro de 2016 e já incorporado das sugestões dos membros da banca Prof. Dr. Ailton José Rombaldi e Prof. Dr. Marcelo Cozzensa da Silva;
- 2) Relatório do trabalho de campo;
- 3) Artigo: “Uso de drogas e aspectos de saúde em pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III de Pelotas/RS”
- 4) Comunicado breve com os principais achados para a imprensa local.

SUMÁRIO

1. Projeto de pesquisa.....	8
2. Relatório do trabalho de campo.....	65
3. Artigo.....	69
4. Comunicado à imprensa.....	86
5. Apêndices.....	89

1. PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA



PROJETO DE PESQUISA

**Prevalência de atividade física e fatores associados de pacientes de
um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas da
Cidade de Pelotas, RS**

Liliane Locatelli

Orientador: Prof. Dr. Felipe Fossati Reichert

Pelotas, 2016

LILIANE LOCATELLI

Prevalência de atividade física e fatores associados de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas da Cidade de Pelotas, RS

Projeto de Pesquisa apresentado à banca examinadora na defesa de qualificação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Fossati Reichert

Pelotas, 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Felipe Fossati Reichert (orientador)

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Airton José Rombaldi

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Marcelo Cozzensa da Silva

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira (suplente)

Universidade Federal de Pelotas

RESUMO

LOCATELLI, Liliane. **Prevalência de atividade física e fatores associados de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas da Cidade de Pelotas/ RS.** 2016.63f. Projeto de pesquisa (Mestrado) -Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS

Introdução: O uso de drogas no Brasil e no mundo tornou-se um problema de saúde pública, pois o uso abusivo e a dependência causa diversos problemas de ordem física, psíquica e social. Os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD) são serviços de saúde substitutivos aos hospitais psiquiátricos que oferecem tratamento multiprofissional para atender a complexa questão da dependência química. Em Pelotas, o CAPS AD III já atendeu cerca de 5.000 pacientes de 2004 até o presente ano. O tratamento da dependência química é realizado por vários profissionais, onde a prática de atividades físicas/exercícios físicos é uma das terapias que atua como adjuvante no tratamento. **Objetivo:** Verificar o nível de atividade física e os fatores associados, caracterizando o perfil de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas da cidade de Pelotas-RS. **Justificativa:** Diversos estudos demonstram a efetividade da atividade física na prevenção ao uso de drogas, assim como na redução da quantidade de uso. Estudos mostram também que baixos níveis de atividade física estão associados com maior consumo de drogas entre indivíduos dependentes. No Brasil não existem estudos sobre atividade física e dependência química nos CAPS AD. Sendo assim, estudos precisam ser realizados nestes serviços de saúde que possui grande potencial de impacto sobre essa população. **Métodos:** estudo transversal, no CAPS AD III da cidade de Pelotas, RS. Será analisado os dados dos prontuários dos pacientes que estão frequentando o serviço atualmente (dados secundários). Além disso, uma amostra desses pacientes será selecionada para responder um questionário sobre as condições de saúde e nível de atividade física (dados primários). As entrevistas serão realizadas face-a-face no CAPS AD. Os dados serão duplamente digitados no software EpiData 3.1 e as análises serão realizadas utilizando o programa estatístico STATA 14.0. Será descrito as médias, desvio padrão e cálculo de proporção. As associações a serem exploradas terão sua significância estatística verificada através de testes estatísticos qui-quadrado, exato de Fischer e tendência linear.

Palavras Chaves: Atividade física; dependência química; drogas; sistema único de saúde.

ABSTRACT

LOCATELLI, Liliane. **Prevalence of physical activity and associated factors in patients of a Psychosocial Care Center on Alcohol and Other Drugs in the City of Pelotas / RS.** 2016.63f. Research Project (Master's)- Post Graduation Program in Physical Education. Federal University of Pelotas/RS.

Introduction: The use of drugs in Brazil and in the world has become a public health problem as its abusive use and dependence cause several problems in physical, mental and social order. The Centers for Psychosocial Attention in Alcohol and other Drugs (CAPS AD) are substitute health services to mental hospitals which provide multi professional treatment to respond to the complex issue of chemical dependence. In Pelotas, CAPS AD III has already assisted around 5,000 patients from 2004 until the present year. The treatment of chemical dependence is carried out by several professionals, where the practice of physical activities/physical exercises is one of the adjunct therapies used in the treatment. **Objective:** Check the physical activity level and the associated factors, characterizing the patients' profiles from a Center for Psychosocial Attention in Alcohol and other Drugs in the city of Pelotas-RS. **Justification:** Several studies show the effectiveness of physical activity to prevent the use of drugs as well to reduce the amount of use. Studies also show that low levels of physical activity are associated with a higher usage of drugs among addicted individuals. In Brazil there are no studies on physical activity and chemical dependence at CAPS AD although some publications refer to a few case reports based on the empirical perception of physical activity. Therefore, studies should be carried out at these health services which have a considerable potential to impact this population. **Methods:** cross-sectional study, at CAPS AD III in the city of Pelotas, RS. Data from medical records of patients currently using the service (secondary data) will be analyzed. Besides that, a sample from these patients will be selected to respond to a questionnaire on health conditions and level of physical activity (primary data). There will be face-to-face interviews at CAPS AD. Data will be double-entered in the software EpiData 3.1 and the analysis will be carried out using the statistics program STATA 14.0. We will describe the averages, standard deviation and weighted proportion. The associations to be explored will have their statistical significance verified through chi-square statistical tests, Fisher's exact and linear trend.

Key words: Physical activity; chemical dependence; drugs; Health Unic System

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivo Específico.....	17
3 JUSTIFICATIVA.....	18
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
4.1 Histórico dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS.....	20
4.2 Principais Drogas utilizadas.....	25
4.3 Dependência e uso de Drogas no Brasil.....	28
4.4 Consequências Sociais e de Saúde do uso de drogas lícitas e ilícitas.....	31
4.5 Tratamento e atenção à saúde.....	36
4.6 Atividade Física e a Dependência Química.....	38
5. MATERIAS E MÉTODOS.....	41
5.1 Delineamento.....	41
5.2 População.....	41
5.3 Amostra.....	41
5.4 Coleta dos Dados.....	42
5.5 Instrumentos.....	42
5.6 Variáveis.....	43
5.7 Processamento e análise dos dados.....	44
6. HIPÓTESES.....	45
7. ASPECTOS ÉTICOS.....	46
8. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	46
9. CRONOGRAMA.....	47
10. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	48
REFERENCIAS.....	49
ANEXOS.....	56
1. IPAQ-versão longa.....	56
2. Questionário: condições de saúde.....	60
3. Ficha de Acolhimento.....	61
4. Termo Livre Esclarecido.....	64

1 INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços de saúde pública financiados pelo Ministério da Saúde e mantidos pelos municípios. Estes serviços de saúde tiveram origem no Brasil devido à influência da Reforma Psiquiátrica Italiana conduzida pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia e surgiram da necessidade de tornar o atendimento mais humanizado aos pacientes com sofrimento psíquico e usuários de drogas, substituindo o longo tratamento fechado nos hospitais psiquiátricos para um atendimento aberto e próximo de seus familiares (AMARANTE, 1996).

O consumo de droga leva o indivíduo a ter problemas de saúde devido aos efeitos nocivos da droga no organismo, assim como a vulnerabilidade a contrair doenças e apresentar problemas sociais como: abandono por parte da família, absenteísmo, violência doméstica, de trânsito e dívidas que contraem com os fornecedores de drogas (MARQUES, 2006).

Em 2010, o uso de álcool foi o quinto principal fator de risco para doenças no mundo, sendo que no Brasil, ocupava a terceira posição (GARCIA et al., 2015).

A OMS-Organização Mundial da Saúde (2011) estima que, a cada ano, ocorram aproximadamente 2,5 milhões de mortes associadas ao uso de álcool. Já o tabagismo é considerado como a principal causa global prevenível de morbidade e mortalidade, responsável por cerca de 6 milhões de mortes ao ano e para 2020, estima-se que esse número será de 7,5 milhões, o equivalente a 10% de todas as mortes ocorridas no mundo (MALTA et al., 2015).

Em 2012, a inatividade física contabilizava cerca de 5,3 milhões de morte no mundo sendo um importante fator de risco modificável para doenças crônicas, assim como a obesidade e o tabagismo (DAS e HORTON, 2016).

Uma meta-análise realizada com mais de um milhão de homens e mulheres, sobre atividade física e tempo sentado, evidenciou que o risco de morte causada pela inatividade física (mais de 8 h/dia sentado) é semelhante ao hábito de fumar e a obesidade (EKELUND et al., 2016).

Diante desse quadro, a criação no Brasil do Plano de Ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) para o período de 2011 a 2020, trouxe algumas abordagens que visam beneficiar as pessoas com

problemas de drogadição. Dentre as estratégias estão ações para reduzir os índices do alcoolismo, do tabagismo, da inatividade física, da obesidade e sobrepeso e aumentar o acesso aos serviços de saúde pela população de baixa renda entre outras ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A prática de atividades físicas é uma intervenção que traz benefícios para a população que faz uso de drogas, sendo que a curto e longo prazo as melhorias se referem a aspectos físicos, psicológicos e sociais (PATTEN, 2000; USSHER, 2004; BROWN, 2010). Em pessoas dependentes de substâncias psicoativas, estudos têm demonstrado a eficácia de programas de atividades físicas e exercícios físicos na redução do uso da quantidade da droga, como também de longos períodos de abstinência (PATTEN, 2000; USSHER, 2004; BROWN, 2010; PENNA, 2014). Até o presente momento não foram localizados estudos para verificar o nível de atividades físicas de pacientes em tratamento nos CAPS AD do país.

No Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas (CAPS AD) há uma equipe multiprofissional que trabalha na reabilitação de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Entre estes profissionais está o professor de Educação Física, o qual prescreve e orienta atividades físicas e exercícios físicos com objetivo de proporcionar mudança de atitudes e inserir hábitos saudáveis que venham trazer benefícios para a saúde física, mental e social do paciente (OBSERVATÓRIO, 2016).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar o nível de atividade física e os fatores associados, além de caracterizar o perfil de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas da cidade de Pelotas-RS.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar as características demográficas e econômicas dos pacientes;
- Descrever o número de internações pelo uso de droga no primeiro atendimento e ao longo do tratamento no CAPS AD;
- Identificar a primeira droga lícita e ilícita de início de uso e as demais drogas entre os abandonos e os retornos ao tratamento;
- Descrever as drogas mais consumidas segundo sexo, idade e local de residência;
- Verificar o nível de atividade física dos pacientes em cada um dos domínios de atividade física (lazer, trabalho, deslocamento e atividades domésticas);
- Verificar a relação entre o nível de atividade física do paciente com o tipo de droga utilizada e tempo de utilização da droga.

3. JUSTIFICATIVA

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, definiu ações para enfrentar doenças como o acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Entre as metas está a redução da prevalência de uso nocivo de álcool, redução da prevalência do tabagismo e aumento da prevalência de atividade física no lazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em relação ao uso de drogas, um estudo identificou que a atividade física é importante e eficaz no tratamento da dependência química. Indivíduos que praticam atividades aeróbias regulares são menos propensos a usar e abusar de drogas ilícitas (SMITH, 2011), assim como a prática de atividade física pode atuar na neurotransmissão dopaminérgica (PENNA, 2014). A prática de atividade física reduz a vontade de beber (USSHER, 2004), é eficaz na manutenção da abstinência do álcool (BROWN, 2010), na redução na vontade de fumar (PATTEN, 2000; PENNA, 2014) e das dores musculares, auxilia no controle do peso corporal, bem como proporciona benefícios sociais e psicológicos, tais como melhora do humor e diminuição do estresse e ansiedade (GIMÉNEZ, 2015).

No Brasil, existem os CAPS AD III que são considerados serviços de saúde de alta complexidade que atendem pessoas com problemas de uso/abuso de drogas, atendidos por vários profissionais. Aos pacientes são oferecidas diversas atividades, inclusive a prática de atividades físicas que é utilizada como adjuvante no tratamento da dependência química.

Porém, não existem estudos realizados nos CAPS AD que caracterizem os pacientes em relação ao nível de atividade física. Os poucos estudos que foram realizados nos CAPS AD do país, referem-se ao perfil sociodemográfico, e de uso de drogas. Tais estudos indicaram que a população atendida era em sua grande maioria homens, com idade superior a 34 anos, sendo o álcool a droga mais utilizada nesta faixa etária e uso de múltiplas drogas entre os mais jovens (FARIAS e SCHNEIDER 2009; RIBEIRO, 2012).

Diante dessa realidade, esse estudo pretende verificar o perfil dos pacientes que procuram atendimento no CAPS AD, através da coleta dos dados dos prontuários (ficha de acolhimento), assim como verificar o nível de atividade física desses

pacientes. A obtenção dessas informações permitirá o planejamento de ações específicas voltadas aos serviços dos CAPS AD.

A partir das informações do bairro onde as pessoas procuram mais atendimento para a problemática de drogas neste serviço de saúde, intervenções de alguns órgãos gestores como a SMS-Secretaria Municipal de Saúde, SMED-Secretaria Municipal de Educação e Desporto e SMJS-Secretaria Municipal de Segurança e Justiça Social poderiam ser articuladas.

Outras ações, seriam a contratação de mais profissionais de educação física para atuar em mais turnos no serviço de saúde; melhorar os espaços e equipamentos para a prática de exercícios físicos para essa população, assim como estruturar praças com pista de caminhada, quadra e academias ao ar livre para a prática de atividades físicas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura é abordada em seis seções, as quais foram desenvolvidas com base em estudos identificados em revistas científicas. A primeira seção se refere ao histórico e funcionamento dos CAPS- Centros de Atenção Psicossocial, revelando como se deu o processo de criação desses serviços no país. Na segunda seção são explanadas as principais drogas utilizadas no Brasil. Na terceira, é elucidado sobre a dependência e uso abusivo de drogas no Brasil. A quarta seção aborda os problemas sociais e de saúde que as drogas acarretam. Na penúltima seção é abordado a questão do tratamento e atenção à saúde dos dependentes químicos, revelando o ônus para o governo, família e usuário; e a última seção aborda a questão da atividade Física e a dependência química.

4.1 Histórico dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS

No Brasil, até a década de 1970, o modelo de assistência à saúde das pessoas com problemas mentais e comportamentais era realizado unicamente nos Hospitais Psiquiátricos. Esses hospitais eram chamados de “Manicômios ou hospícios” local onde as pessoas com problemas mentais graves eram tratadas, embora ainda hoje se utilize essa terminologia aos hospitais psiquiátricos existentes (AMARANTE, 1996).

Por volta de 1978, os profissionais desses hospitais psiquiátricos, assim como as associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com histórico de internações psiquiátricas, passaram a denunciar as formas de violência e maus tratos aos pacientes internados nesses hospitais. Denunciaram a mercantilização da loucura e da supremacia de uma rede privada de assistência. Esses profissionais passaram então a construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais (BARRIGIO, 2010).

Surge então a necessidade de mudança, de reformar o modelo de atendimento até então utilizado. Diante de tal apelo, o Brasil passa a ser influenciado pela reforma Psiquiátrica Italiana que fez uma crítica radical à existência dos hospitais psiquiátricos.

Na Itália em 1961, o médico e psiquiatra Franco Basaglia, iniciou um processo de melhorias das condições de tratamento e assistência às pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos. Ele assumiu a direção do hospital psiquiátrico de Trieste e sua

primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos da província de Gorizia (AMARANTE, 1996).

Porém, à medida que ele se defrontava com a miséria humana criada pelas condições do hospital, percebia que uma simples humanização daquele local não era suficiente e que seriam necessárias transformações profundas no modelo de assistência e nas relações entre a sociedade e as pessoas com problemas psíquicos (AMARANTE, 1996).

Franco Basaglia, defendia que a psiquiatria sozinha não era capaz de dar conta do fenômeno complexo que era o transtorno mental, pois o indivíduo, necessitava de outras intervenções. A partir de 1970, Basaglia iniciou o processo de fechamento do hospital psiquiátrico e promoveu a substituição do tratamento manicomial por uma rede de atendimento da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, centros de convivência, moradias assistidas, entre outros (AMARANTE, 1996).

No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental e em 1976, este hospital psiquiátrico foi fechado e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia. Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978 foi aprovada na Itália a chamada "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", conhecida como "Lei Basaglia" (AMARANTE, 1996).

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio revelou a possibilidade de ruptura com os antigos padrões de atendimento e o Brasil passa a receber forte influência desse modelo de atenção à saúde. A consequência foi a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I, na cidade de São Paulo, em 1987 (AMARANTE, 1996).

No ano de 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, iniciou um processo de intervenção, em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Foram implantados no município Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas e foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. Essa experiência passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira,

surgindo nos anos seguintes as leis para garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 1996).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem possibilitado o surgimento de novos equipamentos de atenção em saúde mental e inclusão social como os Centros de Atenção Psicossocial, chamados de CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental nos hospitais gerais e Centros de Convivência (OLIVEIRA, 2015).

Através da Reforma, foram elaboradas e aprovadas as leis Federais 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e do modelo assistencial em saúde mental, a lei 10.708/2003, a qual institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações hospitalares (BRASIL, 2001; 2003).

Os tipos de CAPS são definidos a partir do número da população de cada município. As cidades que tem entre 20.000 a 70.000 habitantes podem se cadastrar para receber os CAPS I e as que tem entre 70.000 a 200.000 habitantes podem receber o CAPS II, o CAPSi- infantil e o CAPS AD III 24 horas (OBSERVATÓRIO, 2016).

De acordo com dados do Programa do governo Federal: “Crack é possível vencer”, a rede de atenção de Saúde Mental do país conta com hoje com 1.035 CAPS I; 475 CAPS II; 82 CAPS III; 196 CAPS i; 308 CAPS AD e 59 CAPS AD III 24h (OBSERVATÓRIO, 2016).

A Cidade de Pelotas contava com dois hospitais psiquiátricos, o Hospital Franklin Olivé Leite fundado em 1931 e fechado em 2003 e o hospital psiquiátrico Espírita, este ainda em funcionamento.

O atendimento nos hospitais psiquiátricos é realizado através da internação, onde o paciente permanece por cerca de 60 dias dependendo da gravidade do quadro, impedido de sair ou com saída restrita. Já o atendimento nos CAPS, é aberto, em que o paciente recebe atendimento e ao final retorna para sua casa. Os leitos de desintoxicação do CAPS AD são abertos, sendo que o paciente pode sair assim que desejar ou não querer receber mais atendimento.

Este procedimento é realizado comunicando o familiar, o qual assina um termo de liberação, juntamente com o paciente.

A cidade de Pelotas conta com oito Centros de Atenção Psicossocial, sendo um CAPSi (infantil); um CAPS AD-Álcool e outras Drogas e seis CAPS II. Os CAPS II, realizam atendimento de pessoas com transtornos mentais graves dentro de seus territórios (bairros), já o CAPS i- infantil e o CAPS AD atendem toda a demanda da cidade, sendo que este último realiza atendimento 24 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O CAPS AD III (24 horas) é um serviço de saúde para cuidado e atenção integral e continuada de pessoas com necessidades decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas em regime aberto. Atende adultos, assim como adolescentes, observadas as orientações do ECA-Estatuto da Criança e do Adolescente (OBSERVATÓRIO, 2016).

O CAPS AD 24 horas é composto por uma equipe multiprofissional, como médicos clínicos, médicos psiquiatras, professor de educação física, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, farmacêutico, técnicos de enfermagem, professor de artes visuais, professor de música e artesão.

Para ingressar no serviço, o paciente pode ser encaminhado de qualquer unidade básica de saúde, hospital geral, hospital psiquiátrico ou por busca espontânea (OBSERVATÓRIO, 2016).

No CAPS AD, ao ingressar no atendimento, o paciente passa primeiramente pelo chamado acolhimento que é feito por um membro da equipe multiprofissional a fim de verificar sua necessidade de atendimento. Nesse momento é explicado ao paciente o funcionamento do CAPS (regras, horários), assim como seu PTS (plano terapêutico Singular) é traçado juntamente com profissional/paciente (OBSERVATÓRIO, 2016).

Após o paciente é encaminhado para avaliação médica, psicológica e assistencial, havendo a possibilidade de escolher as oficinas terapêuticas que mais se identifica, a fim de se manter no serviço de saúde, uma vez que os abandonos de tratamento desse público são frequentes (OBSERVATÓRIO, 2016).

O CAPS AD não é um serviço de emergência psiquiátrica, porém também atende os usuários em seus momentos de urgência/crise, assim como as famílias que necessitam de apoio e orientação durante o tratamento dos seus familiares. Os profissionais, além dos atendimentos e consultas individuais e de grupo, realizam atendimentos domiciliares quando o paciente está impossibilitado de ir até o

atendimento no CAPS devido à gravidade de seu estado de saúde (OBSERVATÓRIO, 2016).

No CAPS AD 24 horas há leitos de internação masculino e feminino, os quais são usados para desintoxicação e acolhimento noturno. O CAPS trabalha com a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos seus direitos, fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Dessa forma, para resolver a complexidade da drogadição é necessário muito mais que somente tratar o transtorno mental associado à droga e sua dependência, mas inserir esse indivíduo que não participa mais da sociedade em virtude do isolamento que o uso/abuso das drogas ocasiona. Para isso é necessário a articulação do serviço de saúde com demais instituições e programas de atendimento como o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), SAE- Serviço Atendimento Especializado/ UFPel, assim como o programa de Redução de Danos, entre outras instituições (OBSERVATÓRIO, 2016).

Em relação ao perfil dos usuários do CAPS AD, poucos estudos trazem informações detalhadas sobre o perfil destes usuários. É o caso do estudo realizado na cidade de Blumenau-SC, o qual relata que a maioria dos pacientes do CAPS AD eram do sexo masculino, a droga mais utilizada era o álcool, sendo o tabaco a droga menos referenciada nos prontuários (FARIA e SCHNEIDER, 2009).

Neste estudo, verificou-se que 44,37% (498) dos pacientes eram usuários exclusivamente de álcool, e o uso cruzado de álcool com outras drogas totalizou 23,52% (264) pessoas, totalizando 67,89% (762) usuários que fazem uso de álcool (FARIA e SCHNEIDER, 2009).

Em estudo realizado em João Pessoa-PB, verificou dados semelhantes sendo que os homens eram a maioria, 68% tinham somente o ensino fundamental incompleto; 62,5% eram solteiros, 31,3% eram casados e 6,3% estavam separados; 27,1% tinham uma profissão definida e 83% não referiram religião, aqueles com idade superior a 35 anos faziam uso de álcool e os “mais novos” (não especificam a idade), faziam uso de maconha cocaína e crack; (RIBEIRO et. al., 2012).

4.2 Principais drogas utilizadas

O termo “droga”, pode ter duas conotações: droga com fim medicamentoso e lícito, e droga no sentido de substância nociva à saúde, lícita e/ou ilícita. O termo droga, segundo a Organização Mundial de Saúde- (OMS, 1978), é definido como qualquer substância que não é produzida pelo organismo e que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Em 1981 a OMS definiu droga como sendo qualquer entidade química ou mistura de entidades que alteram a função biológica e possivelmente a sua estrutura (CARLINI et. al, 2001).

Algumas drogas lícitas e ilícitas, são consideradas drogas psicoativas ou psicotrópicas. Recebem esse nome, pois atuam no cérebro, alterando o psíquico de quem usa. As drogas psicotrópicas não sancionadas pela medicina, trazem prejuízos à saúde dos indivíduos, pois além de causar dependência, seu uso e/ou abuso altera o comportamento e a parte cognitiva do indivíduo (CARLINI et. al., 2001).

Drogas psicoativas segundo a OMS (1981), são aquelas que alteram comportamento, humor e cognição e são classificadas em três grupos: drogas depressoras, estimulantes e perturbadoras do sistema Nervoso Central-SNC. (CARLINI et al., 2001).

As drogas depressoras, diminuem a atividade do SNC, sendo que apresentam sintomas como sonolência e lentidão psicomotora. As drogas mais comuns são álcool e inalantes (solventes e cola). As drogas estimulantes são como o nome já refere, estimulantes do SNC, aumentam o estado de vigília, sendo que as drogas que causam tal comportamento são o crack, cocaína, pasta e merla (CARLINI et al., 2001).

As drogas perturbadoras ou alucinógenas, são aquelas que produzem uma mudança qualitativa no funcionamento do SNC. Causam alucinações, delírios e ilusões, sendo a maconha a droga mais comum que causa tais sintomas, assim como o LSD e alguns chás de cogumelos (CARLINI et al, 2001; MARQUES et al., 2006).

O UNODC- World Drug Report United Nations Office on Drugs and Crime, em seu Relatório Mundial sobre Drogas de 2015, estima que cerca de 246 milhões de pessoas, ou um pouco mais de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2013 (UNODC, 2015).

Usuários de drogas problemáticos (que quando em uso se envolvem em brigas e assaltos), por outro lado, somaram por volta de 27 milhões, das quais quase metade são pessoas que fazem uso de drogas injetáveis. Porém a prevalência do uso de drogas no mundo permanece estável, aumentando conforme cresce a população (UNODC, 2015).

A cultura da papoula e do ópio teve origem na Europa e Ásia Menor e já foi denominada de planta da felicidade. Há registros sumerianos datados de 3000 anos a.C. que falam de seu uso medicinal. O ópio é um “suco leitoso” extraído da papoula (planta), que é transformada em pasta para depois ser fervido e transformado em ópio. Do ópio se extrai a heroína (droga altamente viciante e letal) e a morfina utilizada de forma lícita medicamentosa em hospitais e também como droga de abuso (SILVA, 2005).

Recentemente o país que mais cultiva o ópio é o Afeganistão. A produção de ópio no Afeganistão foi responsável por 85% da produção mundial (6.400 toneladas) e por 410 toneladas de heroína de pureza de exportação, 77% da produção mundial de heroína (estimada em 526 toneladas). As restantes 116 toneladas (Heroína de pureza desconhecida) foram produzidas no resto do mundo (UNODC, 2015).

Desde 2002, países como Afeganistão, Irã e o Paquistão são responsáveis por mais de 90% da quantidade global de ópio apreendido a cada ano. Grande parte dessa produção de heroína advinda do cultivo da papoula é enviada para a Europa, África, Índia e América do Norte. No Afeganistão e demais países vizinhos a produção da droga gera emprego e sua venda é um mercado altamente lucrativo (UNODC, 2015).

Outra droga muito utilizada é a cocaína, estimulante natural extraído das folhas da *Erythroxylon coca*, planta que cresce nos Andes, principalmente na Bolívia e no Peru, como também no Equador e Chile. Os nativos da América do Sul tinham por hábito mascar suas folhas para suportar o trabalho em altitudes e a dieta inadequada (SILVA, 2005).

No século XIX foi isolada a cocaína, alcalóide obtido da folha da coca, considerada euforizante e foi utilizada como antídoto dos depressores do sistema nervoso e no tratamento do alcoolismo. Também foi utilizada como anestésico local em cirurgia oftalmológica e hoje pode ser usada de várias maneiras: mascarada (folhas), injetável, aspirada e fumada na forma cristalizada, chamado “crack” (SILVA, 2005).

A cocaína é uma droga a partir do qual se originam vários subprodutos, como a pasta de coca, crack, e a merla que podem ser cheirados, injetados ou fumados (LARANJEIRA, 2003). Os países que mais produzem a folha de coca é a Bolívia, seguida da Colômbia e Peru (UNODC, 2015).

A maconha, planta do gênero *Cannabis Sativa* teve seu início de consumo por volta do terceiro milênio a.C. A China é o país com evidências mais antigas de uso. Das folhas e flores é produzida a maconha, assim como também é extraída a resina, que resulta no haxixe. A diferença da maconha para o haxixe é a concentração de seu principal princípio ativo, o tetrahydrocannabinol (THC), enquanto a maconha apresenta em torno de 1%, o haxixe tem cerca de 14% deste composto (IMESC, 2016).

O consumo de cannabis está aumentando e continua a ser elevado na África Ocidental e Central, Europa Ocidental e Central e Oceania, assim como na América do Norte, onde dados recentes indicam um aumento da prevalência do consumo de cannabis nos Estados Unidos, embora a Europa ainda era um dos maiores mercados do mundo para a resina da cannabis (UNODC, 2015).

Os solventes, substâncias voláteis, presentes em produtos como, tinta, gasolina, cola, esmalte, removedor, aerossol e verniz, na revolução industrial foram aperfeiçoados e inalados por trabalhadores, os quais apresentavam problemas neurológicos graves (LARANJEIRA, 2003).

No Brasil uma bebida de fabricação indígena pela fermentação da mandioca chamada “cauim” foi encontrada pelos portugueses e mais tarde fabricaram a cachaça da cana de açúcar. Atualmente a bebida alcoólica no país é usada em todas as classes sociais em todos os contextos (ANDRADE, 2010).

O tabaco é uma planta que era chamada vulgarmente de erva-santa. Era considerado um remédio para a cura de várias doenças, infalível para as enxaquecas, pneumonia, chagas, gota, raiva, além de servir como lazer. Sua origem é confusa. Cultivada em quase todos os países, não possui a visão curativa e sim nociva ao ser humano (AMARAL, 2010).

As anfetaminas são drogas sintéticas que estimulam o sistema nervoso central, e começaram a serem usadas para substituir a cocaína. Por inibir a sensação de fome, sono e cansaço, foi muito usada por estudantes, esportistas, militares e homens de negócios pelos efeitos antidepressivos, e em regimes de emagrecimento (SILVA, 2005).

4.3 Dependência e uso de drogas no Brasil

O consumo de álcool, tabaco, maconha, cocaína e outras drogas tornou-se um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Pesquisas têm sido realizadas nos campos biológico, psicológico e sociológico, o que aumentou o conhecimento sobre o assunto e permitiu novas abordagens e métodos de prevenção e tratamento (MARQUES E RIBEIRO, 2006).

A OMS (1993) define uso nocivo como “um padrão de uso de substância de abuso que causem danos à saúde física ou mental”. Esse padrão de consumo é criticado por outras pessoas, acarreta consequências sociais para o usuário e este não apresenta complicações crônicas como cirrose hepática, síndrome de abstinência, desnutrição entre outros (MARQUES E RIBEIRO, 2006).

Os motivos que levam um indivíduo a usar drogas são multifatoriais. A dependência e o uso nocivo de drogas de um indivíduo dependem do seu padrão de consumo e dos fatores de risco e proteção que envolve sua vida. A dependência da droga se difere do uso nocivo pela frequência, quantidade, fatores de risco e danos à saúde (MARQUES E RIBEIRO, 2006).

Dentre os fatores de risco para o surgimento da dependência de drogas estão os de natureza biológica, que se refere a predisposição genética; a capacidade do cérebro em tolerar a presença constante da substância; a capacidade do corpo de sintetizar a droga; e o potencial de toxicidade da substância influenciada pela via de administração escolhida- ingerida, inalada, injetada, fumada (MARQUES E RIBEIRO, 2006).

A dependência é entendida como um padrão de consumo constante e descontrolado, uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica, visando aliviar sintomas de mal-estar, desconforto físico e mental e geralmente o indivíduo apresenta complicações clínicas, mentais e sociais. (MARQUES e RIBEIRO, 2006).

Estudo revela que o consumo de bebidas alcoólicas é a porta de entrada para outros tipos de drogas (CAVALCANTE, 2008). Dentre os de natureza psicológica estão as morbidades psiquiátricas como a depressão, ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade e transtorno de personalidade; alteração de comportamento; baixa

resiliência (baixa capacidade de lidar com problemas); expectativa positiva quanto aos efeitos da droga (MARQUES e RIBEIRO, 2006).

Os fatores de risco de natureza social se referem a estrutura familiar (violência doméstica, abandono e carências básicas de vida); exclusão social; baixa escolaridade; reduzidas opções e oportunidades de lazer e pressão do grupo para consumo, assim como ambiente permissivo e estimulador de substância (MARQUES e RIBEIRO, 2006).

O início da experimentação de drogas, estão começando cada vez mais cedo. Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no mundo e no Brasil mostraram que é na passagem da infância para a adolescência que se inicia esse uso (MARQUES E CRUZ, 2000; UNODC, 2015).

De acordo com a literatura, os adolescentes são mais suscetíveis à opinião e à avaliação dos amigos. A aprovação dos amigos é um fator que influencia muito o modo como o adolescente se comporta, o que aumenta o risco do uso de substâncias psicoativas. Muitas vezes, os amigos transmitem mensagem de supervalorização do uso de álcool, de tabaco e de outras drogas, de modo que o consumo promove popularidade no grupo (CARDOSO, 2014).

De acordo com dados do LENAD- I levantamento Nacional sobre padrões de consumo de álcool e Drogas da população brasileira de 2006, comparado com dados do II levantamento Nacional de Álcool e Drogas de 2012, a idade de início de experimentação do álcool dos que declararam ter iniciado o consumo regular de bebidas até os 15 anos, entre os brasileiros adultos, passaram de 8% da população para 14% (LARANJEIRA, 2014).

Entre os adolescentes de 14 a 17 anos, que bebiam, os dados revelaram algumas mudanças importantes, se observou queda na proporção de meninos que bebiam 5 doses ou mais em uma ocasião regular, passando de 31% em 2006 para 24% em 2012, porém notou-se crescimento expressivo no número de meninas nessa condição, passando de 11% em 2006 para 20% em 2012 (LARANJEIRA, 2014).

Entre os adultos, a prevalência de abstinência (não beberam nos últimos 12 meses) observada, nos homens em 2006 foi de 35% e de 38% em 2012; entre as mulheres, as prevalências observadas foram de, respectivamente, 59% e 62% (LARANJEIRA, 2014).

Ainda que a prevalência de bebedores não tenha apresentado mudanças significativas comparando os dois estudos, é possível observar mudanças significativas nas quantidades e na rotina de consumo entre os adultos. Observou-se através dos dados do LENAD, que houve uma redução na população que bebia até quatro doses, sendo 71% em 2006 e 61% em 2012, já os que bebiam cinco doses ou mais aumentou de 29% em 2006 para 39% em 2012, sendo que entre esses percentuais houve aumento do consumo tanto em homens quanto em mulheres LARANJEIRA (, 2014).

Em relação ao tabagismo, a prevalência de fumantes entre os brasileiros adultos diminuiu de 20,8% em 2006 para 16,8% em 2012. A prevalência de fumantes foi maior entre os homens, tanto em 2006 (27,1%) como em 2012 (21,4%), e entre as mulheres 15,1% se declaravam fumantes em 2006 e 12,8% em 2012 (LARANJEIRA, 2014).

Na população adulta que experimentou cigarro pela primeira vez, a média de idade em 2006 foi de 15,7 anos-homens e 16,7 anos- mulheres. Em 2012 a média de idade para os homens, foi de 16,2 anos e para as mulheres se manteve com 16,7 anos (LARANJEIRA, 2014).

A faixa etária com maior número de fumantes era a de 40 a 49 anos- em 2006 eram 25,6% dos indivíduos e em 2012 essa proporção foi de 19% - apesar da redução significativa na prevalência, continua sendo a faixa com maior proporção de fumantes (LARANJEIRA, 2014).

Importante destacar neste estudo as taxas de fumantes por região no país. A região sul é a que mais apresentava proporção de fumantes: 25,9% em 2006 e 20,2% em 2012, seguida pelas regiões sudeste (21,8%-2006 / 17,7%-2012); Norte (17,9%-2006/ 14,4%-2012) e Nordeste (17,3%-2006 /14,2%-2012) (LARANJEIRA, 2014).

Entre os adolescentes, o número de fumantes em 2006 era de 6,2% e esse número caiu em 2012, passando de 3,4% do total de adolescentes. O estudo mostrou que em 2006 a porcentagem de meninos que fumavam era de 7,8%, em 2012 foi de 5,2%, já entre as meninas era de 4,6%, e passou a ser de 1,6% (LARANJEIRA, 2014).

Entre os adolescentes (14 a 17 anos) a idade média de experimentação do tabaco em 2006 foi de 13,3 anos para os meninos e 13,6 anos para as meninas. Em 2012, de 12,7 anos para os meninos e 13,5 anos para as meninas (LARANJEIRA, 2014).

A prevalência de fumantes adolescentes por região do país, mostrou que a região Centro-oeste, era onde se concentrava a maioria dos adolescentes fumantes no país, 9,5% (2006) e 11,9% (2012), seguido pela região Sul 8,9% (2006) e 4,1% em (2012); Nordeste 7,6% (2006) 1,5% (2012); Sudeste 4,6% (2006) e 2,5% (2012) e Norte 2,9% (2006) e 4% (2012) (LARANJEIRA, 2014).

Embora a grande maioria das regiões tenha reduzido os índices de adolescentes fumantes, percebeu-se que a região centro-oeste continuava nos dois anos do estudo sendo a região que concentrava mais adolescentes fumantes. Chama atenção também que a região Norte, ao contrário das demais, mostrou um considerável aumento do número de adolescentes fumantes (LARANJEIRA, 2014).

Em se tratando da maconha, a qual é a droga ilícita mais consumida na maioria dos países, estima-se que existam entre 142,6 e 190,3 milhões de usuários de maconha em todo o mundo, sendo que aproximadamente 4,4% da população mundial na faixa etária de 15 a 64 anos utilizam a droga (UNODC, 2015). É a droga ilícita mais consumida no Brasil (LARANJEIRA, 2014)

De acordo com o II LENAD, os dados referem-se somente ao ano de 2012, não sendo possível comparar os resultados devido à diferença de métodos utilizados para as drogas ilícitas no I LENAD de 2006.

Entre os adolescentes do país, as drogas ilícitas de uso mais frequentes eram a maconha (4,3% - 597.510 usuários), seguida da cocaína (2,3% - 316.040), solvente (2% - 275.460), crack (0,8% - 108.867), e heroína (0,2%- 25.854) (LARANJEIRA, 2014).

Entre os adultos, o mesmo comportamento se repetiu, sendo as drogas mais utilizadas a maconha (6,8% - 7.831.476 usuários), cocaína (3,8% - 5.131.954), solvente (2,2% - 2.907.375), crack (1,3% - 1.766.438) e heroína (0,2% - 208.958) (LARANJEIRA, 2014).

4.4 Consequências Sociais e de Saúde do uso de drogas lícitas e ilícitas

O álcool é uma substância psicoativa que causa efeitos em praticamente todos os órgãos do corpo humano. O álcool é tóxico a nível celular e dos tecidos, com efeitos imunossupressores (associados ao risco para infecção pelo vírus da imunodeficiência humana-HIV, tuberculose e pneumonia); é teratogênico (pode levar à síndrome

alcoólica fetal); carcinogênico; possibilitando a dependência e outras doenças mentais, assim como aumenta o risco de suicídio (MONTEIRO, 2016).

Atribui-se ao consumo do álcool, 3,6 % de todos os tipos de câncer do mundo. O álcool é fator de risco para o desenvolvimento de alguns tipos de câncer, como tumores da cavidade oral (boca), faringe, laringe, esôfago, colorretal, fígado, pâncreas e mama; porém o mecanismo de ação do álcool sobre esses tecidos, é pouco compreendido. Evidências sugerem que a ocorrência se dá por uma alteração no DNA das células (MALTA, 2015).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), há associação entre a ingestão de álcool e alterações de pressão arterial, dependentes da quantidade ingerida. Uma quantidade maior de etanol eleva a pressão arterial e está associada a maiores morbidade e mortalidade cardiovasculares.

Garcia (2012), em uma metanálise envolvendo 81 estudos observacionais estimou que o risco de morte por todas as causas para portadores de transtornos relacionados ao uso de álcool (TRA) foi cerca de três vezes maior em homens e 4,6 vezes maior em mulheres. Outra metanálise que incluiu 16 estudos de coorte envolvendo pessoas com TRA, estimou um decréscimo de 40% no risco de morte entre os que reduziram o consumo de bebida alcoólica para níveis abaixo do pesado, e de 65% para os que alcançaram abstinência quando comparados aos consumidores pesados de bebida alcoólica (GARCIA, 2015).

No estudo sobre Álcool e Doenças e Agravos não Transmissíveis da população Brasileira, segundo inquéritos populacionais de 2015 realizado pela Universidade de Brasília e pela Fundação Osvaldo Cruz, verificou-se que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um relevante problema de saúde pública, influenciando a morbimortalidade (MALTA, 2015). Ainda segundo esse estudo, o uso do álcool, representa 3,8% de todas as mortes no mundo, sendo que 320 mil seriam de jovens entre 15 e 29 anos. Mais da metade dessas mortes ocorre por doenças não transmissíveis, incluindo câncer, doenças cardiovasculares e cirrose hepática e entre os jovens, as causas externas (brigas e acidentes) são a mais frequente.

No Brasil, no estudo realizado sobre o uso de álcool como causa necessária de morte entre os anos de 2010 a 2012, utilizando como instrumento os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, foram

contabilizadas 55.380 mortes por doenças e lesões nas quais o uso de álcool foi causa necessária (GARCIA, 2015).

Esses dados revelam cerca de 20 mil mortes ao ano, sendo a maioria homens com idade entre 50 a 69 anos, cor da pele preta ou parda, com menor escolaridade, e residentes nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. As doenças do fígado causadas necessariamente pelo uso do álcool foram responsáveis por mais da metade desses óbitos (GARCIA, 2015).

Outros danos causados pelo álcool atingem a saúde mental da família, amigos e de outras vítimas que tem ou não relação com o usuário, como as situações de agressão, violência, traumas de infância e abuso; destruição da propriedade pública e/ou privada; aumento dos gastos com saúde (pela família e pelo Estado); ocorrência de lesões no trabalho; o absenteísmo- diminuição da renda familiar em razão do desemprego (MONTEIRO, 2016).

Em relação ao tabaco, no Brasil a gestão e controle do tabagismo vêm sendo articulados pelo Ministério da Saúde através do INCA (Instituto Nacional do Câncer), o que inclui as ações que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo- PNCT (INCA, 2016). O Programa tem por objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade, seguindo um modelo no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo e promover a cessação de fumar em ambientes públicos e privados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, sendo a principal causa global prevenível de morbidade e mortalidade, responsável por cerca de seis milhões de mortes ao ano, assim como a inatividade física (PINTO, 2015; EKELUND et al., 2016). Para 2020, estima-se que esse número será de 7,5 milhões, o equivalente a 10% de todas as mortes ocorridas no mundo (PINTO, 2015). A evidência epidemiológica disponível aponta uma relação de causa entre o tabagismo e aproximadamente 50 doenças crônicas, como as cardiovasculares, respiratórias e os cânceres (INCA, 2016).

Estudo mostra que o tabaco é responsável por 45% dos óbitos por doença coronariana (infarto agudo do miocárdio-IAM), 85% por doença pulmonar obstrutiva

crônica (DPOC), 25% por doenças cerebrovasculares e 30% dos cânceres podem ser atribuídos ao consumo de derivados do tabaco (PINTO, 2015).

O tabagismo passivo também é um grave problema de saúde pública, pois no mundo 40% das crianças, 35% das mulheres e 33% dos homens não fumantes estavam expostos à fumaça, produzindo uma estimativa de 603 mil mortes anuais, das quais 47% eram mulheres, 28% eram crianças e 26% eram homens (PINTO, 2015).

De acordo com a SBC-Sociedade Brasileira de Cancerologia, estudos epidemiológicos revelaram que, entre as pessoas que fumam mais de 20 cigarros por dia, o risco de morrer por câncer de pulmão é de 30 vezes maior do que entre os não-fumantes. Dos pacientes com câncer de pulmão, 99% são fumantes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 2016).

O câncer de pulmão demora, em média, 15 anos para surgir, sendo precedido por alterações da mucosa brônquica, chamadas pré-cancerosas, sendo que essas alterações são passivas de regressão, quando o paciente deixa de fumar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 2016).

Outra droga muito utilizada é a cannabis sativa (maconha). Esta produz sensação de relaxamento, conjuntivas avermelhadas, boca seca, aumento do apetite, rinite e faringite, assim como comprometimento da capacidade mental, alteração da percepção, alteração da coordenação motora e maior risco de acidentes, outros efeitos são o aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial. Já os efeitos psíquicos estão a ansiedade/confusão, alucinações, perda da capacidade de insights e aumento do risco de sintomas psicóticos (UNASUS, 2013).

Dentre os efeitos crônicos gerais advindos do uso da maconha, estão a fadiga crônica, apatia, náusea crônica, dor de cabeça e irritabilidade, diminuição da coordenação motora, alterações da coordenação e da memória, alteração da capacidade visual, alteração do pensamento abstrato, depressão e ansiedade, mudanças rápidas de humor/irritabilidade, ataques de pânico, tentativas de suicídio e mudanças de personalidade. Problemas respiratório como tosse seca, dor de garganta crônica, congestão nasal, piora da asma, infecções dos pulmões e frequentes crises de bronquite crônica (UNASUS, 2013).

Estudos têm apontado que o uso da maconha leva o indivíduo a desenvolver sintomas psicóticos. Em um estudo realizado na Nova Zelândia por Arseneault et al.,

em 2002, acompanhou 1.037 indivíduos nascidos entre 1972 e 1973 até os 26 anos, com avaliações de sintomas psicóticos aos 11 anos e o uso de drogas aos 15 e 18 anos, apontou que o uso de maconha aos 15 e 18 anos foi associado à ocorrência de sintomas psicóticos aos 26 anos (UNASUS, 2013).

Este estudo descreveu que 10% dos participantes que usaram a droga aos 15 e 18 anos tiveram o diagnóstico de psicose com características esquizofreniformes (alucinações visuais e auditivas) aos 26 anos, em comparação com apenas 3% do grupo controle (UNASUS, 2013).

Em outro estudo realizado na França que acompanhou 916 indivíduos por 8 anos, verificou que pessoas com TDAH-Transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade, tinham 3,14 vezes mais risco de usar maconha, embora esta relação seja complexa, parece haver uma associação entre o uso da maconha e o alívio dos sintomas do TDAH (UNASUS, 2013).

Em relação a cocaína, as complicações psiquiátricas são o principal motivo de busca por atenção médica entre os usuários. Os motivos podem ser tanto a intoxicação, como a síndrome de abstinência, como também por problemas clínicos, como a hipoglicemia, distúrbios metabólicos e quadros desencadeados por infecções (MARQUES, 2006)

Dentre alguns efeitos negativos estão o aumento do estado de vigília, euforia, sensação de bem estar, autoconfiança elevada, aceleração do pensamento, aumento da frequência cardíaca, aumento da temperatura corpórea, aumento da frequência respiratória, sudorese, tremor leve de extremidades, espasmos musculares, tiques e midríase (UNASUS, 2013).

As complicações do uso da cocaína são: hipertensão, arritmias cardíacas, isquemia do miocárdio, infarto agudo do miocárdio (IAM), cardiomiopatias, dissecação ou ruptura de aorta, endocardite bacteriana, convulsões, acidente vascular cerebral, hemorragia intracraniana, hemorragia subaracnóidea, aneurismas micóticos, broncopneumonias, hemorragia pulmonar, edema pulmonar, pneumomediastino, pneumotórax, asma, bronquite, bronquiolite obliterante, embolia pulmonar, necrose de septo nasal, rinite, sinusite, laringite e lesões térmicas. Dentre as doenças infecciosas estão as hepatites B e C e o HIV (UNASUS, 2013).

Os efeitos do uso do Crack, são sentimento de perseguição, agitação motora e posteriormente depressão; também ocasionam problemas respiratórios, perda de

apetite, falta de sono, rachadura nos lábios, cortes e queimaduras nos dedos e no nariz. A dificuldade de ingestão de alimentos pode levar à desnutrição, desidratação e gastrite (DE PAULA, 2014).

Em um estudo transversal realizado na cidade de Pelotas-RS, onde se utilizou um questionário autoaplicável pelas vítimas de violência intrafamiliar que realizaram exame de corpo delito no Posto Regional Médico Legal (PRML) do município em 2011, com uma amostra de 166 pessoas, verificou-se que os casos de violência eram causados predominantemente pelos homens contra as mulheres (BES, 2013). De acordo com o estudo, em 27,7% dos casos o agressor ingeriu somente álcool, em 10,2% ingeriu álcool e usou outra droga e 7,8% apenas usou outra droga que não o álcool (BES, 2013).

4.5 Tratamento e atenção à Saúde

Todas as ações de saúde, relacionadas a problemática das drogas são dirigidas no Brasil pela SENAD-Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, a qual foi criada pela medida provisória nº 1669, de 1988 e posteriormente transferida para o Ministério da Justiça (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2016).

De acordo com o Ministério da Justiça, dentre as competências da SENAD está gerir o OBID-Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Conforme a SENAD, as ações de prevenção e tratamento das drogas custaram aos cofres públicos em 2014 cerca de R\$ 192 milhões de reais e em 2015 em torno de 330 milhões (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2016), pois o tratamento e atenção à saúde da população que faz uso de substâncias psicoativas é realizada de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde-SUS.

Em estudo recente realizado por Gabatz, a droga foi abordada pelos usuários como uma doença que, para ser superada, são necessários muita força de vontade e acesso a tratamentos. Verificou-se neste estudo que a busca pelas drogas tem diversos fatores, porém a incapacidade de lidar com as frustrações foi a causa mais frequente de utilização da droga, a qual é usada para esquecer os problemas e pela sensação de prazer (GABATZ, 2013).

O atendimento, à problemática das drogas, pelo SUS se dá no CAPS AD, através de uma entrevista inicial (acolhimento), a qual é ampla na sua primeira fase e

a seguir, diretiva, acolhedora, clara, simples, breve e flexível, pesquisando ao final, sobre o uso de substâncias (BRASIL, 2012).

As intervenções desse tipo auxiliam a motivação do paciente e melhoram o planejamento do tratamento. Devem evitar confrontos e só estimular mudanças compatíveis com o estado motivacional do paciente, sempre utilizando o bom senso como prioridade (MARQUES, 2006).

O aconselhamento é uma estratégia que pode ser útil para a avaliação inicial do usuário. Aconselhar não é dizer o que deve ser feito e sim acolher o indivíduo diante do problema, compartilhando a responsabilidade de tentar resolver juntos aquela situação (MARQUES, 2006). Avaliar o estágio motivacional do indivíduo faz parte de qualquer abordagem e é essencial para o planejamento das intervenções futuras. (MARQUES, 2006).

Em relação aos problemas clínicos que a maioria dos pacientes apresentam, estes recebem atendimento de médicos clínicos no próprio CAPS AD e são encaminhados quando necessário para outras especialidades médicas como gastroenterologista, cardiologistas, oncologistas, nefrologista, oftalmologista entre outros, os quais atendem pelo SUS (BRASIL, 2012).

Outro atendimento importante para os pacientes é a medicação gratuita. Todos os pacientes que fazem tratamento no CAPS AD retiram medicações na farmácia municipal, mediante realização de um cadastro, sendo que para receber a medicação precisam apresentar receita médica e identidade, uma vez que a maioria das medicações são de uso controlado (BRASIL, 2012).

Os problemas de ordem psiquiátricos/psicológicos são atendidos e avaliados por médicos psiquiatras e por psicólogos. As questões referentes a situações de vulnerabilidade social e problemas de ordem familiar são atendidos pelos assistentes sociais, os quais podem ir *em loco* averiguar a situação que se encontra o paciente, assim como encaminhar benefícios sociais quando este realmente tem indicação. Os enfermeiros e técnicos de enfermagem administram medicações intravenosa e oral, verificam sinais vitais, atendem todas as queixas e sintomas as quais são repassados aos médicos e demais profissionais (BRASIL, 2012).

O profissional de Educação Física atua na reabilitação do paciente, realiza avaliação física, prescreve exercícios físicos e orienta sobre as atividades físicas e os benefícios da manutenção destas atividades para a saúde física e mental.

4.6 Atividade física e a dependência química

O Plano de Ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil para o período de 2011 a 2020, contou com o envolvimento e parceria de várias instituições de ensino, pesquisa, organizações não governamentais, instituições médicas, como forma de prevenir e reduzir as mortes e os agravos à saúde. Neste plano de ações são abordadas estratégias para reduzir os índices do alcoolismo, do tabagismo, da inatividade física, da obesidade e sobrepeso e aumentar o acesso aos serviços de saúde pela população de baixa renda, entre outras inúmeras ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em se tratando de atividade física, o governo federal lançou em 2011 algumas estratégias para estimular a promoção da saúde através da atividade física com a criação do programa academia da saúde; construção de praças, políticas de prevenção à violência e de inclusão digital, criação de campanhas que incentivem a prática de atividade física e hábitos saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Apesar de todas essas ações, no estudo sobre a prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil, verificou-se que na população brasileira, 49,2% dos adultos não atingiram as recomendações de atividade física preconizadas pela OMS- pelo menos 150 minutos de atividade física moderada a vigorosa na semana, sendo essa prevalência de 47,2% entre homens e de 51,6% nas mulheres (MIELKE, 2015).

De acordo com o relatório do Comitê consultivo de atividade física dos Estados Unidos, existe fortes evidências para apoiar os benefícios da atividade física regular (AF) para diferentes populações (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2008). Estas evidências relacionam-se com a melhoria da aptidão cardiorrespiratória, a aptidão muscular, saúde óssea, composição corporal e marcadores biológicos da saúde cardiovascular e metabólica" (WHO, 2010).

Segundo o comitê, há evidências sugerindo que a percepção de bem-estar positivo está associada a comportamentos mais saudáveis, à redução da atividade criminal, a melhor saúde mental, a um nível de educação superior, a uma esperança de vida superior bem como a um melhor desempenho laboral e a um melhor funcionamento social e pessoal (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2008).

A prática de exercício físico pode auxiliar na reabilitação de pacientes com dependência de álcool e tabaco por interferir com a neuroplasticidade e com a neurotransmissão dopaminérgica (PENNA, 2014). Ainda segundo a autora, a prática constante do exercício físico se associa a inúmeros benefícios, dentre eles: elevação da autoconfiança, mudanças dos hábitos de vida, diminuição do estresse, redução de afetos negativos, maior poder de determinação e maior poder de superação e tenacidade (PENNA, 2014).

Em um estudo realizado com homens dependentes de álcool que estavam abstinentes por dois a quatro dias, verificou que uma única sessão de 10 minutos de exercício físico com intensidade moderada (70% frequência cardíaca máxima-grupo experimental) e com intensidade baixa (menos de 60% da frequência cardíaca máxima-grupo controle), houve um declínio significativo da vontade de ingerir álcool em ambos os grupos durante o exercício físico e uma tendência não significativa de maior declínio no grupo experimental. Para avaliar a vontade de ingerir bebida alcoólica e a presença de sintomatologia emocional (tensão, tristeza, alegria, nervosismo, desespero e animação), foi aplicado o "Alcohol Urge Questionnaire" antes, durante e após o exercício físico (USSHER, 2004).

No estudo envolvendo exercício físico com 16 sujeitos, sendo 11 homens e cinco mulheres sedentárias dependentes de álcool que realizaram exercícios em diferentes aparelhos por 40 minutos, uma vez monitorada e as demais os pacientes se auto-monitoravam, foi constatado que após 12 semanas e nos três meses seguidos 66,7% da amostra tiveram um período maior de abstinência (BROWN, 2010).

Patten verificou o efeito de três tratamentos de cessação do uso do tabaco em fumantes, num total de 141 pacientes, sendo 73 homens, 68 mulheres com idade média 41 anos, onde foi realizado exercícios físicos com intensidade moderada e auto-monitoradas. Verificou-se que o grupo que recebeu psicoterapia para tabagismo mais as sessões de exercícios físicos reduziram em 77% o consumo de cigarro (PATTEN, 2000).

No estudo que avaliou os benefícios dos exercícios para a qualidade de vida de pacientes dependentes de drogas antes e após um programa de exercícios com duração de 12 semanas, utilizando como instrumento para avaliar a qualidade de vida o questionário SF-36 e caminhada de seis minutos como teste de aptidão física, com 37 pacientes, verificou-se melhorias na aptidão e em diferentes aspectos da qualidade

de vida, como a função física, a saúde mental, vitalidade, função social, e a percepção geral de saúde (GIMÉNEZ, 2015).

Os resultados qualitativos e quantitativos mostraram benefícios físicos como diminuição de lesões e dores musculares, diminuição de peso e aumento da vitalidade com melhora nas atividades da vida diária; benefícios psicológicos (esquecendo os problemas diários, melhora do humor e diminuição do estresse e ansiedade) (GIMÉNEZ, 2015).

O exercício físico orientado como adjuvante no tratamento de dependência de álcool e tabaco é de grande importância para a recuperação e abstinência de pacientes que se encontram em tratamento (PENNA, 2014).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Delineamento

Será realizado um estudo descritivo/transversal para verificar o perfil e o nível de atividade física dos pacientes atendidos no CAPS AD III-24 horas da cidade de Pelotas-RS.

Nesse tipo de estudo realiza-se a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador (BARROS e LEHFELD, 2007).

5.2 População

A população será composta por pacientes ativos do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas-CAPS AD III.

O CAPD AD existe desde 2004 e é o único entre os oito CAPS da cidade que atende dependentes químicos residentes em Pelotas. Desde 2004 até o presente momento foram atendidos mais de 5.000 pacientes.

5.3 Amostra

Farão parte da amostra somente os pacientes ativos do CAPS AD III 24 horas. Considerou-se como paciente ativo todos aqueles que tiveram pelo menos um atendimento no ano de 2016.

Os pacientes que responderão aos questionários, são os que estão frequentando o serviço de saúde nas modalidades de oficinas e grupos no ano de 2016. Os pacientes cujo último atendimento foi no ano de 2015, serão excluídos da amostra. A amostra será de aproximadamente 502 pacientes.

Todos os pacientes por modalidade serão convidados a participar do estudo, sendo estimado que 12 por modalidade estarão presentes para a coleta.

5.4 Coleta dos dados

Haverá coleta primária dos dados com os pacientes no CAPS AD, que será realizada pela pesquisadora, a qual trabalha na unidade de saúde.

Os pacientes serão entrevistados individualmente, após o atendimento no serviço, a fim de investigar questões sociodemográficas, de saúde e nível de atividade física. Para tanto, serão aplicados dois questionários: o IPAQ versão longa (Anexo 1) para verificar o nível de atividade física nos quatro domínios (lazer, trabalho, deslocamento e doméstico) e questionário elaborado pela pesquisadora para verificar a condição de saúde destes pacientes (Anexo 2).

A coleta secundária de dados, será através das informações disponíveis nos prontuários dos pacientes que deram entrada no CAPS AD de janeiro de 2004 (abertura dos atendimentos do serviço) a julho de 2016 (prazo final em função da grande entrada de pacientes no serviço) (Anexo 3).

Todos participantes deverão assinar o termo de consentimento livre esclarecido (anexo 4) para participar do estudo.

5.5 Instrumentos

O estudo será realizado em duas etapas: a primeira será a coleta dos dados dos prontuários através da ficha de acolhimento (anexo 1) e demais informações dos prontuários. As seguintes variáveis serão extraídas destes instrumentos: idade, sexo, estado civil, profissão, escolaridade, religião, estado mental, número de internações, número de reincidências (retorno ao atendimento após abandono), tipo de droga de uso atual, estado civil, antecedentes familiares, apoio familiar e internações.

A ficha de acolhimento foi elaborada pela equipe técnica formada por profissionais com nível superior (médicos, psicólogos, enfermeiros entre outros) e é utilizada sempre no primeiro atendimento do paciente. Nos reacolhimentos /reincidências esta ficha não é utilizada. Os profissionais que realizam o acolhimento são os psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, devidamente capacitados para avaliar e dar encaminhamento imediato ao tratamento do paciente.

A segunda etapa incluirá a aplicação de dois questionários: o IPAQ-Questionário Internacional de Atividade Física- versão longa (anexo 2) para verificar

o nível de atividades físicas os pacientes realizam na semana e um questionário para verificar condições de saúde (anexo 3) como diabetes, hipertensão, cânceres, cirrose, tuberculose, HIV, hepatites e outros problemas de saúde.

5.6 Variáveis

O quadro 1 apresenta as variáveis do estudo, operacionalização e tipo de dados. O desfecho do estudo é a inatividade física e será estimada pela aplicação da versão longa do IPAQ, onde será criado um escore em minutos/semana de atividades físicas moderadas à vigorosas, sendo que cada minuto das atividades físicas vigorosas será contabilizado com o dobro dos minutos de AF moderadas. O escore será dicotomizado de <150minutos/semana a ≥150min/semana, seguindo as recomendações atuais de AF (WHO, 2010).

As variáveis independentes serão: tipo de droga, idade, idade de início de uso da primeira droga, sexo, escolaridade (anos completo de educação formal), trabalho, local de residência (bairros), estado mental (avaliado através dos sintomas verificados por profissionais-psicólogos, assistentes sociais, e enfermeiros), estado civil e doenças associadas (auto relatadas).

Quadro 1. Definição Operacional das variáveis

Variáveis	Definição	Operacionalização	Tipo de dado
Inatividade Física	Categórica ordinal Contínua	Escore	Primário/IPAQ
Tipo de droga	Categórica nominal	Cocaína, maconha, álcool, crack, cola, solvente, tabaco	Secundário-prontuário
Idade	Categórica ordinal	Em anos	Secundário-Prontuário
Idade Início de uso	Categórica ordinal	Em anos	Secundário-Prontuário
Sexo	Categórica dicotômica	Masc-Fem	Secundário-Prontuário
Religião	Categórica nominal	Católica, evangélica, luterana, espírita, outra, nenhuma	Secundário-Prontuário
Escolaridade	Categórica ordinal	Analfabeto Ensino fundamental incompleto; Ensino fundamental completo. Ensino médio incompleto Ensino Médio completo Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo	Secundário-Prontuário
Trabalho	Categórica nominal	Sim - Não	Secundário-prontuário
Local de residência	Categórica Nominal	Bairros da cidade	Secundário-Prontuário

Estado Mental	Categórica Nominal	Depressão Ideias suicidas Agressividade Agitação Ansiedade Alteração de memória Sintomas clínicos Sintomas de Abstinência	Secundário Prontuário
Estado Civil	Categórica Nominal	Casado, solteiro, separado, divorciado, viúvo, com companheiro(a)	Secundário- Prontuário
Motivação tratamento	Categórica Nominal	Sim – Não	Secundário- Prontuário
Doenças	Categórica Nominal	Hipertensão Arterial, diabetes, câncer, cirrose hepática, HIV, Hepatites.	Primário- Questionário

5.7 Processamento e análise dos dados

Os dados dos prontuários serão duplamente digitados no programa EpiData versão 3.1 para verificar a consistência entre os dados, e serão analisados utilizando o software estatístico STATA 14.0.

Para a análise dos dados sobre o perfil dos pacientes será utilizada a descrição por médias e desvios padrões e cálculo de proporção com o respectivo intervalo de confiança de 95%.

Após, serão feitas análises brutas entre o desfecho e as variáveis independentes. As associações serão feitas através de teste de Qui-quadrado; exato de Fischer e tendência linear.

6. HIPÓTESES

- A maioria dos pacientes são do sexo masculino, tem ensino fundamental incompleto e estão desempregados/fazem trabalhos informais;
- A maioria dos pacientes não tiveram internações devido ao uso de drogas ao chegar para o primeiro atendimento;
- A droga mais utilizada parece ser o álcool, seguido da maconha e crack;
- Acredita-se que o álcool é a droga mais utilizada pelo sexo masculino, localizados em bairros mais carentes e distantes do centro da cidade;
- Acredita-se que pacientes usuários de drogas são mais inativos quando comparados com a população em geral;
- Acredita-se que pacientes que fazem uso de crack são mais inativos que os pacientes que utilizam outros tipos de drogas.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização do estudo, foi assinado um termo pela gerência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (Pelotas-RS) autorizando a pesquisa. Além disso este estudo será encaminhado ao Comitê de ética em pesquisas para aprovação.

Antes das entrevistas, todos os participantes receberão um termo de consentimento livre esclarecido (anexo 4), com explicações sobre a pesquisa, que será assinado para que possam participar do estudo.

Em caso de paciente menor de idade, os pais ou responsáveis deverão ser informados sobre a pesquisa, e se de acordo, deverá assinar o termo livre esclarecido autorizando a participação;

As entrevistas com os pacientes serão realizadas ao final do atendimento e de forma individual, a fim de garantir o sigilo das informações apresentadas, assim como para não haver constrangimento perante os demais pacientes e/ou influenciar nas respostas. Os pacientes serão identificados pelo número de registro do prontuário e não pelo nome, o qual será mantido em sigilo.

8. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão dos pacientes no estudo serão:

- Ter entrado no serviço até julho de 2016
- Ter idade superior a 14 anos;
- Apresentar estado mental estável e não estar sob efeito de drogas

Os critérios de exclusão dos pacientes no estudo serão:

- Ter sido atendido no serviço de saúde após julho de 2016;
- Ter idade inferior a 14 anos;
- Apresentar estado mental instável ou estar sob efeito de drogas.

9. CRONOGRAMA

O cronograma apresenta o plano de trabalho mensal, desde sua elaboração até a defesa da dissertação do mestrado.

	2016												2017						
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J
Revisão de literatura																			
Elaboração do Projeto																			
Qualificação do Projeto																			
Coleta dos dados																			
Digitação dos dados																			
Análise dos dados																			
Escrita da dissertação																			
Escrita do Artigo																			
Defesa da dissertação																			

10. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados do estudo se dará das seguintes formas:

- Dissertação de conclusão de curso de Mestrado em Educação Física;
- Artigos para publicação em periódicos científicos;
- Trabalhos para apresentação em eventos científicos;
- Relatório sobre os resultados encontrados para a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas e Coordenadoria Estadual de Saúde Mental;
- Relatório e banco de dados para equipe de trabalhadores do CAPS AD III 24 de Pelotas/RS.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M. Dicionário Histórico, Corográfico, Heráldico, Bibliográfico, Numismático e Artístico, Vol VII, págs 5 e 6. Portugal. Ed. Electrónica. 2000-2010. Disponível em: <http://www.arqnet.pt/dicionario/tabaco.html>. Acesso em fev. 2016.

AMARANTE, Paulo. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. Obid/Senad, 2010.

BARRIGIO, Carla Rabelo. Saúde Mental na Atenção Básica: o papel dos agentes comunitários no município de Muriaé-MG. 2010, 95. f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2010.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. Fundamentos da metodologia científica. 3ed. São Paulo: Pearson, 2007. 176 p.

BES, Taniela Marli; LOPES, Felipe Augusto Rozales; MORGAN, Guilherme José; RIBEIRO, Marco Saleh; DUARTE, Wladimir Ribeiro. Relação da violência intrafamiliar e o uso abusivo de álcool ou entorpecentes na cidade de Pelotas, RS. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v.57, n.1, p. 9-13, 2013.

BRASIL. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros, 2012.

BRASIL. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001.

BRASIL. Lei 10.708 de 31 de julho de 20013. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, 2003.

BROWN, R. A. et al. A pilot study aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental Health and Physical Activity*, New York, v. 3, p. 27-34, 2010.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola; MALBERGIER, André. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v.31, n.1 p.65-73, 2014.

CARLINI, Elisaldo Araújo; NAPPO, Solange Aparecida; GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; NOTO, Ana Regina. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Revista IMESC-Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos* nº 3, 2001, p. 9-35.

CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula Tavares; ALVES, Maria Dalva Santos; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Adolescência, Álcool e Drogas: Uma Revisão na Perspectiva da Promoção da Saúde. *Revista de Enfermagem Ana Nery*. v.12 n.3, p 555-559, 2008.

DAS, Pamela; HORTON, R. Physical activity—time to take it seriously and regularly. *The Lancet*. v.388, n 10051, 2016.

DE PAULA, Milena Lima; JORGE, Maria Salete Bessa; ALBUQUERQUE, Renata Alves; QUEIROZ, Leonardo Macedo de. Usuário de *crack* em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. *Saúde e Sociedade*. Fortaleza, v.23, n.1, 2014.

EKELUND, Ulf; JOHANNESSEN, Jostein Steene-; BROW, Wendy J ; FAGERLAND, Morten Wang; OWEN, Neville; POWEL, Kenneth E; BAUMAN, Adrian; LEE, I-Min. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *The Lancet*. V.388, n.10051.published on line, july, 2016.

FARIA, Jeovane Gomes; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O Perfil dos usuários do CAPS AD-Blumenau: As Políticas Públicas em Saúde Mental. Psicologia e Sociedade. Florianópolis, v 21 n.3, p. 324-333, 2009.

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi; JOHANN, Michele; TERRA, Marlene Gomes; PADOIN, Stela Maris de Mello; BRUM, Jane Lilian. Percepção do Usuário sobre a Droga em sua vida. Escola de Enfermagem Anna Nery. v. 17 n.3, p.520- 525, 2013.

GARCIA, Leila Posenato; FREITAS, Lucia Rolim Santana, GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; DUARTE, Elisabeth Carmen. Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. Revista Panamericana de Salud Publica. Brasília, v.38, n.5, p.418-424, 2015.

GIMÉNEZ, Mesequer J; TORTOSA, Martínez J; DE LOS REMEDIOS, F. Valenciano M. Benefits of Exercise for the Quality of Life of Drug-Dependent Patients. Journal Psychoactive Drugs. v. 47, n. 5, p.409-414, 2015.

IMESC - Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo- INFO-Drogas. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/maconha.htm> Acesso em mar. 2016.

INCA-INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Doenças Associadas ao Tabagismo. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2016.

LARANJEIRA, R.; OLIVEIRA, R. A; NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M.; Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2ª Ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, 2003. 120 p.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. LENAD-I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira /2006. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Secretaria Nacional Antidrogas, Brasília: 2007.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. LENAD-II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas-2012. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, São Paulo: 2014

LIMA, Dartel Ferrari; LEVY, Renata Bertazzi; LUIZ, Olinda do Carmo. Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades. Revista Panamericana de Salud Publica. Paraná, v.36, n.3, p.164–170, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho. OICH-Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: Álcool e doenças e agravos não transmissíveis: o monitoramento da população brasileira segundo inquéritos populacionais. UnB, Fundação Osvaldo Cruz, OPAS, p.137-163, Brasília, 2015.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 22, p.32-36, 2000.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; RIBEIRO, Marcelo. Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde. Prefeitura de São Paulo/Abead/Unifesp. São Paulo, 2006.

MATSUDO, Sandra; ARAÚJO, Timoteo; MATSUDO, Victor; ANDRADE, Douglas; ANDRADE, Erinaldo; OLIVEIRA, Luis Carlos; BRAGGION, Glaucia. Questionário Internacional de Atividade Física (I PAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.6, n 2, 2001.

MIELKE, Grégore Iven; HALLAL, Pedro Curi; MALTA, Débora Carvalho; SANTOS, Flávia Vinhaes; SZWARCOWALD, Célia Landmann; RODRIGUES, Gisele Balbino Araújo. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 24, n 2, p. 277-286, 2015.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Políticas Sobre Drogas: Fundo Nacional sobre Drogas, 2016. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-proteção/politicas-sobre-drogas>. Acesso em 04/05/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2011. 160 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

MONTEIRO, Maristela G. Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. Organização Pan-Americana da Saúde, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, Washington-DC, Estados Unidos da América: Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 25, n 1, p. 171-174, 2016.

OBID-Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas. SENAD. Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Débora carvalho Malta. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php> Acesso em mar.2016.

OBSERVATÓRIO: Crack é Possível Vencer. Centros de Atenção Psicossocial Caps álcool e Drogas III 24 horas. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html> Acesso em mar.2016.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; PEDROZA, Ariadne Pereira; RODRIGUES, Evaldo Teles; MACÊDO, Maria Ayrilles; PEREIRA, Thaís Kamilla Alves. Reforma Psiquiátrica, Economia e inclusão social. Revista Ciência e Sustentabilidade. v. 1, n. 1, p. 96-107, 2015.

PATTEN, C. A. et al. Effect of three smoking cessation treatments on nicotine withdrawal in 141 abstinent alcoholic smoker. *Addictive Behaviors*, Oxford, v. 25, n. 2, p. 301-306, 2000.

PENNA, Ana Claudia. Exercício Físico, como Adjuvante no Tratamento da Dependência de Álcool e Tabaco: um estudo de Revisão. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas*, v. 12, n. 3, p. 55-78, jul/set. 2014.

PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE. *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2008.

PINTO, Márcia Teixeira; RIVIERE, Andres Pichon; BARDACH, Ariel. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n 6, p.1283-1297, jun. 2015.

PORTAL DA SAÚDE-SUS. Portal DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis.2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em março/2016

RIBEIRO, Itajaciara Ferreira; VIANA, Bárbara Raylla Oliveira Viana; CORDEIRO, Rosângela dos Santos; OLIVEIRA, Juliana Sousa; SOUZA, Alysson Kennedy Pereira; MELO, Vilma Felipe Costa. Perfil dos usuários com dependência química atendidos em Instituições Especializadas na Paraíba. **Revista Ciência da Saúde**. Paraíba, v. 10, n. 2, 2012.

RIQUINHO, Deise Lisboa; Élide Azevedo Hennington. Cultivo do tabaco no Sul do Brasil: Doença da Folha Verde e outros agravos à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n 12, p.4797-4808, 2014.

SILVA, Débora de Souza. Gênero e assistência às usuárias de álcool e outras drogas: tratamento ou violência?. Rio de Janeiro: PUC- Pontifícia Universidade Católica do

Rio de Janeiro, 2005. 97 p. Disponível em: http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/7684/7684_1.PDF. Acesso em fev 2016.

SMITH, Mark; LYNCH, Wendy J. Exercise as a Potential Treatment for Drug Abuse: Evidence from Preclinical Studies. *Frontiers in Psychiatry*. v.2, n 82, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. **Câncer de Pulmão**. Disponível em: www.sbcancer.org.br. Acesso em abr.2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. v. 89, n. 3, p. 1-48, 2006.

UNASUS/UFMA. Maconha. Droga ilícita. Políticas públicas de saúde. OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo de; SALGADO, Christiana Leal; TAVARES, Hermano; MACHADO, Patrícia Maria Abreu; AMARAL, Ricardo Abrantes do; DIAS, Rodrigo da Silva. São Luís, 2013.

UNODC-World Drug Report. United Nations Office on Drugs and Crime-2015. Disponível em: <https://www.unodc.org>. Acesso em: abril 2016.

USSHER, M. et al. Acute effect of a brief bout of exercise on alcohol urges. *Department of Community Health Sciences. Addiction, London*, v. 99, n. 12, p. 1542-1547, 2004

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: Switzerland, 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf; 2010.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health. Geneva, 2010.

ANEXOS

Anexo 1-IPAQ-VERSÃO LONGA

AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS	
<p>PARA RESPONDER ESSAS PERGUNTAS O(A) SR.(A) DEVE SABER QUE:</p> <p>→ ATIVIDADES FÍSICAS VIGOROSAS SÃO AS QUE EXIGEM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR <u>MUITO MAIS RÁPIDO</u> QUE O NORMAL.</p> <p>→ ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MÉDIO E QUE FAZEM RESPIRAR <u>UM POUCO MAIS RÁPIDO</u> QUE O NORMAL.</p> <p>→ EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS</p> <p>1) Atualmente o(a) Sr(a) trabalha fora de casa?</p> <p style="text-align: center;">(0) Não – <i>PULE PARA A INSTRUÇÃO ACIMA DA QUESTÃO 18</i> (1) Sim</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"><i>TRAB__</i></p> <p>AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ QUANDO ESTÁS “TRABALHANDO”.</p> <p>2) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas FORTES no teu trabalho? Por ex.: trabalhar em obras, levantar e carregar objetos pesados, trabalhar com enxada, etc.</p> <p style="text-align: center;">(0) Nenhum – <i>PULE PARA A QUESTÃO 4</i> - (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"><i>DTRAB__</i></p> <p>3) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz estas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?</p> <p style="text-align: center;">___ horas ___ minutos = ___ minutos</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"><i>TTRAB__</i></p> <p>4) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) caminha no seu trabalho?</p> <p style="text-align: center;">(0) Nenhum – <i>PULE PARA A QUESTÃO 6</i> - (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"><i>DCTRAB__</i></p>	

<p>AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE APENAS NAS TAREFAS QUE FAZ “DENTRO DE CASA”, POR EXEMPLO: LEVANTAR E CARREGAR PEQUENOS OBJETOS, LIMPAR VIDROS, VARRER.</p> <p>12) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas MÉDIAS dentro da sua casa?</p> <p>(0) Nenhum – <i>PULE PARA A INSTRUÇÃO ACIMA DA QUESTÃO 14</i> - (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p> <p>13) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?</p> <p>___ horas ___ minutos = ___ minutos</p> <p>AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ NO SEU “TEMPO LIVRE”, POR ESPORTE, LAZER OU EXERCÍCIO FÍSICO.</p> <p>14) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz caminhadas no seu tempo livre?</p> <p>(0) Nenhum – <i>PULE PARA A QUESTÃO 16</i> - (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p> <p>15) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia?</p> <p>___ horas ___ minutos = ___ minutos</p> <p>16) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por ex.: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos.</p> <p>(0) Nenhum – <i>PULE PARA A QUESTÃO 18</i> - (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p> <p>17) Nos dias em que o(a) Sr (a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?</p> <p>___ horas ___ minutos = ___ minutos</p>	<p><i>DMCASA</i>__</p> <p><i>TMcasa</i>__ _</p> <p><i>DCLIVRE</i>__</p> <p><i>TCLIVRE</i>__ _</p> <p><i>DFLIVRE</i>__</p> <p><i>TFLIVRE</i>__ _</p>
--	---

<p>18) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas MÉDIAS no seu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão.</p> <p>(0) Nenhum – <i>LER A INSTRUÇÃO ACIMA DA QUESTÃO 20</i> - (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p> <p>19) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?</p> <p>___ horas ___ minutos = ___ minutos</p> <p>AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE COMO SE DESLOCA DE UM LUGAR AO OUTRO. PODE SER A IDA E VINDA DO TRABALHO, FACULDADE OU QUANDO O(A) SR.(A) VAI FAZER COMPRAS.</p> <p>20. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro?</p> <p>(0) Nenhum – <i>PULE PARA A QUESTÃO 22</i> - (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p> <p>21. SE USA BICICLETA: Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr(a) pedala por dia?</p> <p>___ horas ___ minutos = ___ minutos</p> <p>22. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) caminha para ir de um lugar a outro?</p> <p>(0) Nenhum – <i>PULE A QUESTÃO</i> - (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p> <p>23. SE CAMINHA: Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr(a) caminha por dia?</p> <p>___ horas ___ minutos = ___ minutos</p>	<p>DMLIVRE__</p> <p>TMLIVRE__</p> <p>DBIC__</p> <p>TBIC__</p> <p>DCAM__</p> <p>TCAM__</p>
---	---

Este estudo pretende verificar as condições de saúde dos pacientes atendidos no CAPS AD III. Este questionário pretende avaliar o seu estado atual de saúde, sendo de extrema importância que o senhor (a) responda as perguntas com a maior fidedignidade possível.

Data:	Nº do prontuário:	Sexo: () MAS () FEM
1. Escolaridade	<input type="checkbox"/>)Analfabeto <input type="checkbox"/>)Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/>)Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/>) Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/>)Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/>)Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/>)Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/>)Pós-graduado	
2. Religião	<input type="checkbox"/>)católica <input type="checkbox"/>)evangélica <input type="checkbox"/>)luterana <input type="checkbox"/>)espírita <input type="checkbox"/>)outra <input type="checkbox"/>)nenhuma	
3. Trabalha Atualmente	<input type="checkbox"/>) SIM <input type="checkbox"/>)NÃO	
4. Estado Civil	<input type="checkbox"/>)solteiro(a) <input type="checkbox"/>)casado(a) <input type="checkbox"/>)separado(a) <input type="checkbox"/>)divorciado(a) <input type="checkbox"/>)com companheiro (a) <input type="checkbox"/>)viúvo(a)	
5. Em relação a sua saúde, o senhor (a) a considera: <input type="checkbox"/>)ótima <input type="checkbox"/>)muito boa <input type="checkbox"/>)boa <input type="checkbox"/>)razoável <input type="checkbox"/>)ruim		
6. Algum médico alguma vez mencionou que o senhor (a) tem hipertensão arterial? <input type="checkbox"/>)SIM <input type="checkbox"/>)NÃO <input type="checkbox"/>)NÃO SABE		
7. Algum médico alguma vez mencionou que o senhor (a) tem diabetes? <input type="checkbox"/>)SIM <input type="checkbox"/>)NÃO <input type="checkbox"/>)NÃO SABE		
8. Algum médico alguma vez mencionou que o senhor (a) tem alguma doença imunológicas (AIDS ou ser portador do vírus HIV, entre outras)? <input type="checkbox"/>)SIM <input type="checkbox"/>)NÃO <input type="checkbox"/>)NÃO SABE		
9. Algum médico alguma vez mencionou que o senhor (a) tem hepatite B ou C? <input type="checkbox"/>)SIM QUAL_____ <input type="checkbox"/>)NÃO <input type="checkbox"/>)NÃO SABE		
10. Algum médico alguma vez mencionou que o senhor (a) tem algum problema cardíaco? <input type="checkbox"/>)SIM QUAL_____ <input type="checkbox"/>)NÃO <input type="checkbox"/>)NÃO ABE		
11. Algum médico alguma vez mencionou que o senhor tem, alguma doença ou tumorações benignas ou malignas (Câncer)? <input type="checkbox"/>)SIM ONDE_____ <input type="checkbox"/>)NÃO <input type="checkbox"/>)NÃO SABE		
12. Algum médico alguma vez mencionou que o senhor (a) tem alguma doença pulmonar (Asma, bronquite, enfisema, pneumonias de repetição, tuberculose, entre outras)? <input type="checkbox"/>)SIM QUAL_____ <input type="checkbox"/>)NÃO <input type="checkbox"/>)NÃO SABE		
13. Algum médico alguma vez mencionou que o senhor (a) tem outro problema de saúde que não foi perguntado? <input type="checkbox"/>)SIM QUAL: _____ <input type="checkbox"/>)NÃO <input type="checkbox"/>)NÃO SABE		

Anexo 3. Ficha de Acolhimento



Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS AD
Ficha de Acolhimento

I. Identificação:

Nome _____

-Sexo: () Masculino () Feminino

-Data de Nascimento: ____/____/____ idade: _____

-Endereço: _____

-Bairro: _____ Cep: _____

-Telefones: _____

-CPF: _____ RG: _____

-SUS: _____

Religião: _____

-Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Separado (a)
() Divorciado(a) () Viúvo(a) () C/Companheiro(a)

-
Profissão(Ocupação): _____

-Escolaridade: _____

-Referências Familiares: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Companheiro(a) ou responsável: _____

II. Procedência/Encaminhamento:

-Encaminhando por: _____

-De onde: _____

-Motivo do encaminhamento: _____

III. Estado Mental:

Apresenta sinais de:

- () Depressão(desânimo, tristeza, cansaço permanente, falta de esperança...)
- () Ideias suicidas (alguma vez já pensou, já aconteceu)
- () Agressividade(irritação, perda do controle, reações quando zangado, reações ao ingerir SPA)
- () Agitação (Inquieto, hiperatividade, ...)
- () Ansiedade(aperto no peito, inquietude, nervosismo, ...)
- () Alterações de memória(esquecimentos, "brancos", "apagões", ...)
- () Sintomas de Abstinência(tremores, insônia, sudoreses, ...)
- () Sintomas Clínicos(queixa de dores, pressões, doenças crônicas, apetite,...)

-Motivação para o tratamento: _____

IV. Uso de Substâncias Psicoativas:

Atualmente em uso de:	Frequência	Quantidade
() álcool		
() Maconha		
() Cocaína Inalada		
() Cocaína Injetada		
() Crack		
() Anfetaminas		
() Tabaco		
()		
()		
()		

Já usou	Já experimentou
() álcool	() álcool
() Maconha	() Maconha
() Cocaína Inalada	() Cocaína Inalada
() Cocaína Injetada	() Cocaína Injetada
() Crack	() Crack
() Anfetaminas	() Anfetaminas
() Tabaco	() Tabaco
()	()
()	()
()	()

-Atualmente em abstinência de: _____ Tempo: _____

-Períodos anteriores de abstinência: _____

-Início de uso: _____

V. Hipótese diagnóstica: _____

VI. Uso de Psicofármacos:

	Medicação	Doses/Posologia	Prescrito por:
Uso Atual			

VII. História pregressa de internação psiquiátrica (onde, quantas vezes, motivos)

VIII. Aspectos sobre a Família:

-Mora com: _____

Filhos: _____

-Familiars poderão participar do tratamento? () Sim () Não

-Antecedentes familiares de uso de SPA: _____

Observações: _____

-Plano Terapêutico Inicial:

Técnico Responsável pelo Acolhimento: _____

Data: ____/____/____

Carimbo:

Anexo 4.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Liliane Locatelli

Instituição: ESEF-UFPEl

Endereço: Rua Prof. Celso Benites

Concordo em participar do estudo **“Prevalência de atividade física e fatores associados, caracterizando o perfil de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas da Cidade de Pelotas, RS”**. Estou ciente de que estou sendo convidado a participar voluntariamente do mesmo.

PROCEDIMENTOS: Fui informado de que o objetivo geral será “Verificar o nível de atividade física e os fatores associados, além de caracterizar o perfil de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas da cidade de Pelotas-RS” cujos resultados serão mantidos em sigilo e somente serão usadas para fins de pesquisa. Estou ciente de que a minha participação envolverá “Responder a perguntas constantes em questionários sobre atividade física e condição de saúde”.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: *“Fui informado que há riscos mínimos à minha saúde física e mental, durante este estudo.*

BENEFÍCIOS: *“Ao participar da pesquisa, estará contribuindo para a realização de ações que aprimorem o atendimento aos pacientes que utilizam este serviço de saúde. O resultado deste estudo será incorporado ao conhecimento científico e posteriormente em situações de ensino-aprendizagem”.*

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

DESPESAS: Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Nome do participante/representante legal: _____

Identidade: _____

ASSINATURA: _____ DATA: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma dúvida ou preocupação sobre o estudo pode entrar em contato através do meu endereço acima. Para outras considerações ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPEl – Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS; Telefone CEP (53)3273-2752.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL: _____

2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1. INTRODUÇÃO

O relatório refere-se ao trabalho de campo realizado para a coleta de dados do trabalho intitulado “ Prevalência de atividade física e fatores associados de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas da Cidade de Pelotas, RS”.

Apresentaremos a seguir o relato das principais atividades desenvolvidas durante o trabalho de campo, como a elaboração do banco de dados, do questionário, digitação dos dados, codificação, entrada dos dados e análises.

2. CONTATO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Primeiramente foi realizado contato com a gerência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a fim de saber se esta autorizaria a realização do estudo no CAPS AD III. Nessa ocasião foi explicado que a pesquisa seria realizada em duas partes, sendo a primeira com a digitação dos prontuários dos pacientes em atendimento no CAPS AD III com o objetivo de traçar o perfil dos pacientes e a segunda etapa era a aplicação de dois questionários, um para verificar as condições de saúde e outro questionário (IPAQ-versão longa) para verificar o nível de atividade física dos pacientes. Dessa forma, já havia sido redigido uma carta de autorização, solicitando liberação para a realização do estudo. Após assinatura do documento, iniciou-se a elaboração do banco de dados e do questionário sobre as condições de saúde.

3. CONFECÇÃO DO BANCO DE DADOS

O banco de dados começou a ser construído em julho de 2016, após foi testado com a digitação de prontuários e finalizado em setembro de 2016. Para a elaboração do banco foi utilizado o programa EPIDATA 3.0. A ficha de acolhimento usada no primeiro atendimento dos usuários foi codificada no programa para posterior digitação das informações dos prontuários, assim como foram acrescentadas outras informações relevantes, contidas nos prontuários como número de reacolhimentos e tipo de drogas utilizadas quando o usuário retorna ao CAPS AD após abandono do tratamento.

4. CONFEÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário sobre as condições de saúde foi elaborado após diversas leituras sobre os problemas de saúde mais frequentes nessa população, assim como a pesquisadora trabalha no local e identifica alguns problemas de saúde mais frequentes entre os usuários. O questionário foi organizado com treze perguntas abertas e fechadas sobre percepção de saúde e problemas de saúde, como doenças não transmissíveis e transmissíveis.

5. DIGITAÇÃO DOS DADOS

Como critério para a digitação do prontuário, foi definido que todos os usuários que deram entrada no serviço de janeiro de 2004 (abertura do CAPS AD) a julho 2016 e que tivessem tido pelo menos um atendimento em 2016, seriam digitados. O mês de julho foi definido como limite, devido ao grande número de usuários que entram no serviço de saúde diariamente. A digitação foi realizada no EpiData 3.1 e teve início em outubro de 2016 e término em fevereiro de 2017. Ao final foram digitados 665 prontuários.

6. ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi importado para o programa estatístico STATA 14.0. Inicialmente foram colocados rótulos em algumas variáveis, verificando-se após as médias, proporções, desvios padrões.

Para verificar as associações entre drogas de uso e que já usou e estado mental no acolhimento e reacolhimento por sexo, número de drogas/estado mental foram empregados os testes de Exato de Fisher e teste de tendência linear e tendência temporal.

7. ALTERAÇÕES DO PROJETO ORIGINAL

A obtenção dos dados primários, através da aplicação do questionário internacional de atividade física (IPAQ) e do questionário sobre as condições de saúde começou a ser aplicado somente no mês de março de 2017, devido à demora de liberação pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina. O projeto foi tramitado

em novembro de 2016 e liberado em março de 2017, o que atrasou muito a coleta dos questionários. Outro ponto a ser considerado, o que dificultou e atrasou a aplicação dos questionários são a quantidade de faltas dos usuários (característica da população) nas modalidades de atendimento. Para a coleta em único grupo, por exemplo, tem que ser feita de quatro a cinco vezes, pois os usuários faltam no dia do atendimento, que muitas vezes é semanal, quinzenal ou mensal, assim como tem os que abandonam o tratamento. Em virtude disso, o projeto de pesquisa inicial sofreu modificações para esta dissertação, sendo que será apresentado os resultados sobre o perfil dessa população. As coletas dos dados dos questionários continuam e até o momento foram coletados 180 IPAQ e 180 questionários sobre as condições de saúde. As coletas continuam até o mês de agosto, a fim de atingir o número do cálculo amostral.

3. ARTIGO

Uso de drogas e aspectos de saúde em pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III de Pelotas/RS

Liliane Locatelli¹, Leony Morgana Galliano¹, Felipe Fossati Reichert²

¹ Programa de Pós-graduação em Educação Física-Universidade Federal de Pelotas

² Professor da Escola Superior de Educação Física-Universidade Federal de Pelotas

Resumo

Objetivo: caracterizar os pacientes usuários de substâncias psicoativas do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III) de Pelotas/RS em relação aos fatores sociodemográficos, de saúde e uso de drogas.

Materiais e métodos: Foram analisados os prontuários de pacientes ativos em 2016. Dados sociodemográficos e de saúde, tipo e número de drogas utilizadas atualmente e no passado, histórico familiar e estado mental do paciente foram extraídos dos prontuários. Foram realizadas análises descritivas e testes exato de Fisher e tendência linear.

Resultados: 665 pacientes tiveram os prontuários avaliados. A maioria era do sexo masculino (82,7%) com faixa etária de 30 a 49 anos (47,1%), ensino fundamental incompleto (55,2%) e com histórico familiar de uso de drogas (58,8%). As drogas mais referenciadas no acolhimento foram álcool (72,2%), tabaco (58,4%) e maconha (30,7%). No reacolhimento as drogas mais referidas foram álcool (65,0%), crack (36,6%) e maconha (29%). Entre 2010 e 2016 houve aumento de atendimento de usuários de crack (9% para 44%) e cocaína inalada (2% para 38%). Quanto maior o número de drogas utilizadas maior a prevalência de transtornos mentais. A ansiedade (61,4%) e a depressão (60,9%) foram os transtornos mais frequentes.

Conclusão álcool é a droga referida em maior frequência. Houve um aumento drástico de usuários de crack e cocaína inalada, entre os anos de 2010 e 2016. Os transtornos mentais como a ansiedade e a depressão estão presentes na maioria dos pacientes que buscam atendimento.

Palavras-chave: reabilitação psicossocial, saúde mental, estudos epidemiológicos.

Drug use and health aspects in patients of a Center of Psychosocial Attention in Alcohol and other Drugs III of Pelotas/RS

Abstract

Objective: to characterize the users of psychoactive substances of a Center of Psychosocial Attention in Alcohol and other Drugs III (CAPS AD III) of Pelotas/RS regarding sociodemographics, health and drug use variables.

Material and methods: Medical records of all active patients in 2016 were analyzed. Sociodemographic and health data, type and number of drugs used currently and in the past, family history and mental health of the patient were extracted from the records. Descriptive and Exact Fisher Test and chi-square for trend were performed.

Results: 665 records of patients were analyzed. Most were male (82.7%) and aged 30 to 49 years (47.1%), incomplete fundamental schooling (55.2%) and with experience of drug use in the family (58.8%). The most frequently reported drugs in the entrance of the Center were alcohol (72.2%), smoking (58.4%) and marijuana (29.0%). Between 2010 and 2016 there was a sharp increase in the use of crack (9 to 44%) and inhaled cocaine (2 to 38%). The higher the number of drugs used. The higher the prevalence of mental issues. Anxiety (61.4%) and depression (60.9%) were the most frequently reported issues.

Conclusion: alcohol is the most frequently used drug. There was a markedly increase in the number of crack and inhaled cocaine users between 2010 and 2016. Mental issues such as anxiety and depression are highly prevalent among patients seeking this rehabilitation center.

Keywords: Psychosocial rehabilitation, mental health, epidemiological studies

Introdução

No Brasil, de acordo com informações do II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas, o álcool¹ foi a droga mais utilizada. Entre a população adulta, 58% fez uso da droga em binge (quatro a cinco doses ou mais), seguido pelo uso do tabaco (16,9%).

A maconha foi a droga ilícita mais utilizada pela população de adultos (2,5%) e adolescentes (3,4%), no ano de 2011, seguido pelo uso de cocaína aspirada por adultos (1,7%) e adolescentes (1,6%) e pelo uso de crack, em que 0,7% dos adultos e 0,1% dos adolescentes residentes em domicílio relataram o uso.¹

Ainda segundo o II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas, entre os fatores associados à dependência e abuso de drogas, os referenciados em maior frequência foram pressão alta (27%), ansiedade (23,9%), enxaqueca, (21,6%), alergias (20,5%), problemas nos ossos, músculos e articulações (16,9%) e depressão (15,1%)¹. O uso de drogas leva ao aumento da violência e criminalidade, acidentes de trânsito e de trabalho, absenteísmo, abandono dos estudos, distúrbios emocionais, conflitos familiares e sociais.² Esses dados demonstram a magnitude da complexidade que envolve o uso de drogas, sendo considerado um problema de saúde pública.

O tratamento humanizado da população com problemas mentais e de drogas teve início com a reforma psiquiátrica, que resultou em garantias individuais, restrições a internações involuntárias, desincentivo a internações psiquiátricas e formação de redes comunitárias de atenção. A diversificação de clientela e as normativas do Ministério da Saúde se adaptaram às necessidades de suporte aos pacientes e familiares, além de atender as demandas decorrentes crescentes da agenda de atenção aos usuários de drogas.³

Segundo recomendação do Ministério da Saúde o atendimento aos usuários de álcool, crack e outras drogas deve ocorrer em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Deste modo, é possível construir uma rede de cuidados diversificada em saúde mental em que o usuário, ao acessar o sistema, possa contar com diferentes locais de apoio ao seu problema.⁵

Dentre os locais públicos para atendimento dos dependentes químicos pelo SUS, estão os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas-CAPS AD II, que a partir do ano de 2010, tornaram-se CAPS AD III 24 horas, ampliando o atendimento para essa população.⁶

O CAPS AD III é um serviço específico para cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas, apoia usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para seu tratamento, atualmente existem no Brasil, cerca de cinquenta e nove CAPS AD III 24 horas.^{7 8}

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é descrever o perfil dos pacientes ativos atendidos no CAPS AD III de Pelotas/RS em relação à problemática do uso de drogas. Aspectos como idade de início de drogas, número de internações, uso de medicamentos, drogas mais utilizadas e estado mental são descritos para caracterizar esta população e melhorar a qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo transversal com dados secundários com pacientes atendidos pelo CAPS AD III da cidade de Pelotas/RS. Pelotas é uma cidade com cerca de 320 mil habitantes localizada no sul do RS. No ano de 2016, a rede de assistência em saúde do município possuía um hospital psiquiátrico, três hospitais filantrópicos, um hospital público, um Pronto Socorro, 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI), um Centro de Especialidades Municipal, oito Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II), um CAPS AD III, um Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) e uma Farmácia Municipal.⁹

O presente estudo utilizou dados secundários do único CAPS AD III do município. Somente aqueles pacientes ativos em 2016, ou seja, que foram atendidos pelo menos uma vez no referido ano, foram analisados. Estes pacientes ativos podem, entretanto, ter buscado atendimento no CAPS AD III em anos anteriores à 2016.

A ficha de acolhimento (prontuário; primeiro atendimento), foi elaborada pela equipe técnica do CAPS AD III, formada por profissionais de nível superior (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, professor de educação física, artes e música). As informações utilizadas da ficha foram sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação conjugal, responsável pelo tratamento e motivação para tratamento, com quem reside, histórico familiar de uso de drogas, drogas utilizadas no primeiro e último atendimento, estado mental e medicações utilizadas no acolhimento. O acolhimento é realizado apenas por psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, devidamente capacitados para avaliar e dar encaminhamento imediato ao tratamento do paciente. O acolhimento e o reacolhimento (retorno ao atendimento após

abandono de pelo menos dois meses dos atendimentos definidos no plano terapêutico estabelecido no acolhimento) foram realizados em local reservado, em que permanece somente profissional e o paciente afim de dar privacidade para que o mesmo relate seu problema.

Os dados foram digitados no programa EpiData 3.1 e analisados no programa STATA 14.0. As coletas foram realizadas entre os meses de outubro de 2016 a fevereiro de 2017, pela pesquisadora que trabalha no serviço de saúde.

No presente estudo, as seguintes variáveis foram extraídas da ficha de acolhimento: idade (anos completos), sexo (masculino/feminino), escolaridade (não estudou, ensino fundamental, médio e superior incompleto e completo) situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), responsável pelo tratamento (apoio de pessoas da família/amigos para tratamento; classificado sim/não), motivação para tratamento (interesse em tratar-se; classificado sim/não), com quem reside (familiares/amigo, instituição ou sozinho), histórico familiar de uso de drogas (pai, irmão, tios, avós, mãe, primos, sobrinhos), estado mental no acolhimento e reacolhimento (ansiedade, depressão, agitação, alteração de memória, agressividade, sintomas clínicos e ideias suicidas), número de internações devido ao uso de drogas ao longo da vida (número de internações), número de reacolhimentos (número de retornos ao atendimento após abandono), droga de uso atual e passada (álcool, tabaco, maconha, crack, cocaína inalada, cocaína injetável, anfetaminas, cola/solventes), número de drogas e medicamentos utilizados no acolhimento. Além destas, foi realizada uma análise de tendência temporal sobre a frequência e tipo de drogas entre 2004 e 2016

Aspectos éticos

O estudo foi encaminhado ao comitê de ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e aprovado sob parecer nº 1.955.115.

Análise estatística

Foram realizadas análises descritivas, sendo apresentadas frequências relativas e absolutas, médias e desvios padrões. Para a verificação de associações entre drogas de uso atual e passada e estado mental no acolhimento e reacolhimento por sexo foi utilizado teste exato de Fisher e para a associação entre número de drogas utilizada e estado mental foi utilizado o teste de tendência linear.

Resultados

A amostra foi composta por 665 pacientes ativos do CAPS AD III. A Tabela 1 apresenta que a maioria era do sexo masculino (82,7%), com idade entre 30 e 49 anos (47,1%), com ensino fundamental incompleto (55,2%) e que viviam sem companheiro (69,6%). Mais de 70% da amostra relatou ter alguém responsável pelo tratamento e aproximadamente 95% estão motivados para o tratamento. A maioria indicou residir com familiares (79%), e tem histórico familiar de uso de drogas (58,8%), sendo que o pai foi o familiar referido em maior frequência entre os homens (56,5%) e mulheres (49,0%; $p=0,338$), seguido por irmão, especialmente entre as mulheres (51,0%; $p=0,003$).

Em relação aos locais de encaminhamento para o CAPS AD III, 33,3% foram encaminhados do hospital psiquiátrico, 30,6% foi por busca espontânea; 11,4% vieram da Unidade Básica de Saúde; 4,6% do conselho tutelar e 20,1% de outros locais como CAPS II, presídio e hospital geral (Tabela 1). A média de idade de início de uso da droga referida foi de $16,9 \pm 6,86$ anos, a média de recolhimentos foi de 2 ($\pm 1,44$) vezes e internação de 3 ($\pm 4,10$) vezes. Em relação ao uso de medicamentos utilizados, 44% dos pacientes faziam uso de algum tipo de medicação ao chegar no acolhimento no CAPS AD III.

A Tabela 2 mostra as drogas de uso atual e passado relatadas no acolhimento e reacolhimento. As drogas de uso mais frequentes no acolhimento foram o álcool (72,2%), seguido do tabaco (58,4%), maconha (30,7%), crack (29,5%) e cocaína inalada (24,4%). No reacolhimento a droga mais referida foi o álcool (65,0%), seguido do crack (36,6%), sendo que as mulheres fazem mais uso (48,5%; $p=0,024$) do que os homens (34,0%), maconha (29,0%), tabaco (27,7%) e cocaína inalada (23,8%).

A Tabela 3 apresenta o estado mental dos pacientes no acolhimento e reacolhimento. Em relação ao estado mental no primeiro atendimento, a ansiedade foi a mais referida (61,4%), seguida por depressão (60,9%), especialmente entre as mulheres (74,8%; $p=0,001$), agitação (50,8%), sendo os homens (51,6%; $p=0,003$) mais agitados do que as mulheres (47,0%), alteração de memória (47,8%), agressivos (45,4%), sintomas de abstinência (41,5%), sintomas clínicos (28,7%), sendo as mulheres (40%; $p=0,003$) que mais apresentam sintomas clínicos do que os homens (26,4%), ideias suicidas (26,5%). No reacolhimento o estado mental mais referido foi a ansiedade (21,9%), seguido de sintomas de abstinência (15,4%), depressão (15,1%) e sintomas clínicos (13,4%).

Em relação ao número de drogas utilizadas, verifica-se que 2,6% da amostra não estava fazendo uso de drogas no primeiro atendimento, 27,8% fazia uso de pelo menos uma droga, 38,1% fazia uso de duas drogas, 17,4% de três drogas e 14,4% de quatro drogas ou mais. Verificou-se que quanto maior o número de drogas utilizadas, maior a prevalência de sintomas de depressão (69,8%; $p=0,04$), ansiedade (71,9%; $p<0,001$), ideias suicidas (33,3%; $p=0,03$), agressividade (58,3%; $p=0,001$) e agitação (70,8%; $p<0,001$) que pacientes que utilizam menor quantidade de drogas (Figura 1).

A Figura 2 apresenta a associação entre tipo e quantidade de droga no decorrer de 12 anos. Observa-se um drástico aumento no uso de drogas entre os anos de 2004 a 2016, porém as drogas mais frequentes continuam as mesmas. Destaca-se o consumo de álcool, tabaco e maconha que são mais prevalentes. De 2010 a 2016, observa-se um grande aumento no consumo de crack e cocaína inalada.

Discussão

Os resultados do estudo realizado no CAPS AD III da cidade de Pelotas/RS indicaram predominância de pacientes do sexo masculino e o álcool foi a droga referida com maior frequência, tanto no acolhimento quanto no reacolhimento.

No que se refere à predominância de pacientes do sexo masculino, estudo realizado nas cidades de Blumenau/SC em 2009, também indica resultado neste sentido, sendo que 88,2% dos pacientes atendidos eram do sexo masculino.¹⁰ A mesma característica foi observada em 2013 em Jequié/BA, 62,0%¹¹, assim como em Patos de Minas/MG em 2014, com 76%.¹² Uma possível explicação para o baixo número de mulheres pode ser por questões culturais e pelos diferentes papéis impostos pela sociedade, os quais levam as mulheres a procurarem tratamento mais tardiamente, em razão do preconceito, resultando na pouca adesão e no abandono do tratamento.^{13 14}

O álcool foi referenciado em maior frequência pelos pacientes no primeiro atendimento, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, seguidas pelo tabaco, maconha, cocaína inalada e crack, não apresentando diferenças entre os sexos. De acordo com dados do II LENAD¹, a proporção observada dos indivíduos que bebem 5 doses ou mais em uma ocasião habitual passou de 29% em 2006, para 39% em 2012, crescendo tanto entre homens quanto entre as mulheres.¹ Embora os homens apresentaram uma predominância quanto à dependência do álcool, a população feminina tende a sofrer de forma mais intensa os danos cerebrais e físicos

consequentes da dependência do álcool e outras drogas, devido a diferença no receptor de dopamina entre os sexos e devido a questão hormonal, acredita-se que o estrogênio possua potentes propriedades anti-dopaminérgicas.^{14 15}

No presente estudo, o histórico familiar de uso de drogas foi relatado por uma grande proporção de pacientes, sendo que estudo em João Pessoa identificou este perfil em 46,8% dos usuários.^{16 17} Estes dados são relevantes, considerando que as relações familiares podem ter interferência quanto ao uso de drogas, ficando evidenciado que famílias disfuncionais (famílias onde há muitas brigas, falta de diálogo que leva a agressões verbais e físicas, criminalidade, comportamento de uso de drogas) podem transmitir normas desviantes de comportamento dos pais para os filhos e que famílias onde os pais não fazem uso de drogas contribuem para a não utilização de drogas pelos filhos.^{16 18 19 20}

Um resultado surpreendente deste estudo foi o aumento do uso de crack no recolhimento, em ambos os sexos. Apesar de diversos estudos epidemiológicos mostrarem maior prevalência de uso de drogas entre homens, o consumo de drogas entre mulheres tem aumentado.¹⁴ Estudo realizado sobre comportamento de risco de mulheres usuárias de crack na cidade de São Paulo evidenciou que o perfil do usuário de crack sofreu modificações devido ao aumento de uso de crack pelas mulheres.²² Entre as principais causas para esse crescimento está o baixo custo da droga, a situação social vulnerável de alguns jovens, falta de trabalho e moradia.²¹

O estado mental dos pacientes no acolhimento apontou que a maioria dos pacientes relatavam ansiedade, sendo que as mulheres sofrem mais de depressão e sintomas clínicos que os homens, estes por sua vez são mais agitados. Sabe-se que dependentes químicos têm maior probabilidade de desenvolver transtorno psiquiátrico quando comparados com pessoas que não utilizam drogas.^{23 24} Os transtornos depressivos, ansiedade, transtornos de personalidade, assim como agitação e pensamentos suicidas estão entre as comorbidades psiquiátricas mais comuns identificadas entre os dependentes químicos.^{17 19 25 26} A ansiedade e a depressão foram as condições mais referenciadas entre pacientes que utilizam quatro drogas ou mais. Esses resultados vêm ao encontro de estudos que mostram correlação entre drogas e transtornos mentais.^{27 28}

O aumento de usuários de cocaína inalada e crack, neste estudo, teve início em 2010, com um drástico aumento até 2016. Esse aumento ocorreu em vários locais do país, devido a isso, a partir de 2010 o Ministério da Saúde intensificou as políticas públicas para enfrentamento do crack e outras drogas.³ Estudo realizado na cidade de São Paulo demonstrou

que o padrão de uso foi o compulsivo, caracterizado pelo uso múltiplo de drogas e desenvolvimento de atividades ilícitas em troca de crack ou dinheiro.^{29 28} Acredita-se que o aumento de usuários de crack esteja relacionado com o preço aparentemente baixo, disponibilidade crescente e efeito potente da droga.³⁰ Estudos futuros são necessários para verificar se o consumo destas drogas continuará aumentando, estabilizará ou diminuirá.

Conclusões

Evidenciou-se que a maioria dos pacientes que buscam atendimento são do sexo masculino. Álcool é a droga referida de maior frequência no primeiro e último atendimento. Houve aumento drástico de usuários de crack e cocaína inalada ao longo dos anos, especialmente entre os anos 2010 e 2016. Os transtornos mentais como a ansiedade e a depressão estão presentes na maioria dos pacientes que buscam atendimento no serviço de saúde. Diante dos dados apresentados, sugere-se que novas abordagens no tratamento da dependência química sejam aperfeiçoados. Torna-se necessário o envolvimento das diversas instituições de saúde e assistência social a fim de dar suporte às necessidades dos pacientes, seja nos serviços de saúde, seja nos bairros onde residem.

Outro foco a ser considerado são as ações de prevenção ao uso de drogas, para crianças, adultos e adolescentes, as quais devem ser articuladas entre instituições educacionais e de saúde, a fim de levar informações sobre os danos causados à saúde física e mental e das consequências do uso de drogas, como a violência e a criminalidade.

Intervenções interligadas de diversas instituições, como fiscalização na venda de drogas lícitas e ilícitas para menores de idade, reduziram o consumo para essa população, uma vez que é na adolescência que se inicia a experimentação de drogas.

O resultado do presente estudo serve como referência para intervenções futuras e planejamento de ações de saúde pública a nível local e regional.

Tabela 1. Descrição da amostra conforme dados sociodemográficos de pacientes em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial, Pelotas/RS, 2004-2016 (N=665).

Variáveis	Geral n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	p
Idade (anos)				0,235
≤ 19	76 (11,5)	59 (10,8)	17 (14,8)	
20-29	140 (21,1)	113 (20,6)	27 (23,5)	
30-39	158 (23,8)	128 (23,3)	30 (26,1)	
40-49	155 (23,3)	133 (24,2)	22 (19,1)	
50-59	107 (16,1)	89 (16,2)	18 (15,7)	
≥ 60	28 (4,2)	27 (4,9)	1 (0,8)	
Escolaridade				0,555
Não estudou	16 (3,5)	13 (3,3)	3 (4,0)	
Fundamental incompleto	256 (55,2)	220 (56,6)	36 (48,0)	
Fundamental completo	77 (16,6)	63 (16,2)	14 (18,6)	
Médio incompleto	22 (4,7)	16 (4,1)	6 (8,0)	
Médio completo	74 (15,9)	60 (15,4)	14 (18,7)	
Superior incompleto	7 (1,5)	7 (1,8)	0 (0,0)	
Superior completo	12 (2,6)	10 (2,6)	2 (2,7)	
Situação conjugal				0,918
Com companheiro	195 (30,4)	162 (30,3)	33 (30,8)	
Sem companheiro	446 (69,6)	372 (69,7)	74 (69,2)	
Tem responsável pelo tratamento	509 (76,5)	422 (76,7)	87 (75,7)	0,805
Motivado para tratamento	626 (94,3)	520 (94,6)	106 (93,0)	0,153
Reside com				0,324
Familiares ou amigos	497 (79,0)	410 (78,1)	87 (83,7)	
Sozinho	104 (16,5)	92 (17,5)	12 (11,5)	
Instituição	28 (4,5)	23 (4,4)	5 (4,8)	
Histórico familiar de uso de drogas	273 (58,8)	223 (57,5)	50 (65,8)	0,178
Familiar usuário de drogas				
Pai	150 (55,2)	126 (56,5)	24 (49,0)	0,338
Irmão	90 (33,1)	65 (29,2)	25 (51,0)	0,003
Tios	67 (24,6)	61 (27,4)	6 (12,2)	0,026
Avós	32 (11,8)	26 (11,7)	6 (12,2)	0,908
Mãe	31 (11,4)	27 (12,1)	4 (8,2)	0,431
Primos	23 (8,5)	22 (9,9)	1 (2,0)	0,075
Sobrinhos	6 (2,2)	4 (1,8)	2 (4,0)	0,336
Encaminhamento				<0,001
Hospital Psiquiátrico	220 (33,3)	194 (35,6)	26 (22,6)	
Espontâneo	202 (30,6)	170 (31,2)	32 (27,8)	
Unidade Básica de Saúde	75 (11,4)	58 (10,6)	17 (14,8)	
Conselho tutelar	30 (4,6)	16 (2,9)	14 (12,2)	
Outros*	133 (20,1)	107 (19,6)	26 (22,6)	

*CAPS II; Presídio; Hospital Geral

Tabela 2. Droga de uso atual e droga que já fez uso no acolhimento e recolhimento de pacientes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, Pelotas/RS, 2004-2016 (n=665).

Variáveis	Geral	Masculino	Feminino	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Acolhimento				
Droga de uso atual				
Álcool	480 (72,2)	403 (73,3)	77 (67,0)	0,169
Tabaco	388 (58,4)	325 (59,1)	63 (57,8)	0,394
Maconha	204 (30,7)	165 (30,0)	39 (34,2)	0,375
Crack	196 (29,5)	154 (28,0)	42 (36,5)	0,068
Cocaína Inalada	162 (24,4)	133 (24,2)	29 (25,4)	0,784
Cocaína Injetável	24 (3,6)	19 (3,5)	5 (4,3)	0,640
Anfetamina	20 (3,0)	17 (3,1)	3 (2,6)	0,783
Cola e solventes	13 (1,9)	10 (1,8)	3 (2,6)	0,578
Droga que já fez uso				
Álcool	340 (51,2)	289 (52,5)	51 (44,7)	0,129
Tabaco	241 (36,3)	206 (37,5)	35 (30,7)	0,172
Maconha	258 (38,9)	213 (38,7)	45 (39,5)	0,882
Crack	151 (22,7)	123 (22,4)	28 (24,6)	0,610
Cocaína Inalada	248 (37,4)	201 (36,6)	47 (41,2)	0,347
Cocaína Injetável	47 (7,1)	39 (7,1)	8 (7,0)	0,978
Anfetamina	47 (7,1)	37 (6,7)	10 (8,8)	0,439
Cola e solventes	31 (4,7)	30 (5,5)	1 (0,9)	0,035
Reacolhimento				
Droga de uso atual				
Álcool	249 (65,0)	209 (66,4)	40 (58,8)	0,238
Tabaco	106 (27,7)	87 (27,6)	19 (27,9)	0,957
Maconha	111 (29,0)	90 (28,6)	21 (30,9)	0,703
Crack	140 (36,6)	107 (34,0)	33 (48,5)	0,024
Cocaína Inalada	91 (23,8)	72 (22,9)	19 (27,9)	0,372
Cocaína Injetável	8 (2,1)	5 (1,6)	3 (4,4)	0,140
Anfetamina	5 (1,3)	3 (1,0)	2 (2,9)	0,190
Cola e Solventes	3 (0,8)	2 (0,6)	1 (1,5)	0,478
Droga que já fez uso				
Álcool	91 (23,8)	255 (81,0)	50 (73,5)	0,168
Tabaco	190 (49,6)	156 (49,5)	34 (50,0)	0,943
Maconha	187 (48,8)	149 (47,3)	38 (55,9)	0,199
Crack	167 (43,6)	126 (40,0)	41 (60,3)	0,002
Cocaína Inalada	168 (43,9)	132 (41,9)	36 (52,9)	0,096
Cocaína Injetável	33 (8,6)	27 (8,6)	6 (8,8)	0,946
Anfetamina	27 (7,1)	23 (7,3)	4 (5,9)	0,648
Cola e Solventes	13 (3,4)	12 (3,8)	1 (1,5)	0,332

Teste Exato de Fisher

Tabela 3. Descrição do estado mental no acolhimento e no recolhimento de pacientes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, Pelotas/RS, 2004-2016 (N=665; N=383).

Variáveis	Geral n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	p
Acolhimento (n=665)				
Ansiedade	408 (61,4)	330 (60,0)	78 (67,8)	0,117
Depressão	405 (60,9)	319 (58,0)	86 (74,8)	0,001
Agitação	358 (50,8)	284 (51,6)	54 (47,0)	0,003
Alteração de memória	318 (47,8)	260 (47,3)	58 (50,4)	0,537
Agressivo	302 (45,4)	243 (44,2)	59 (51,3)	0,163
Sintomas de abstinência	276 (41,5)	221 (40,2)	55 (47,8)	0,130
Sintomas Clínicos	191 (28,7)	145 (26,4)	46 (40,0)	0,003
Ideias Suicidas	176 (26,5)	133 (24,2)	43 (37,4)	0,163
Recolhimento (n=383)				
Ansiedade	84 (21,9)	70 (22,2)	14 (20,6)	0,768
Depressão	58 (15,1)	45 (14,3)	13 (19,1)	0,313
Agitação	36 (9,4)	30 (9,5)	6 (8,8)	0,858
Alteração de memória	24 (6,3)	21 (6,7)	3 (4,4)	0,487
Agressivo	35 (9,1)	30 (9,5)	5 (7,4)	0,573
Sintomas de abstinência	59 (15,4)	44 (14,0)	15 (22,1)	0,094
Sintomas Clínicos	51 (13,4)	44 (14,0)	7 (10,3)	0,414
Ideias Suicidas	14 (3,7)	9 (2,9)	5 (7,4)	0,073

Teste Exato de Fisher

Figura 1. Descrição da prevalência do estado mental no acolhimento de pacientes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, Pelotas/RS, 2004-2016 (n=665).

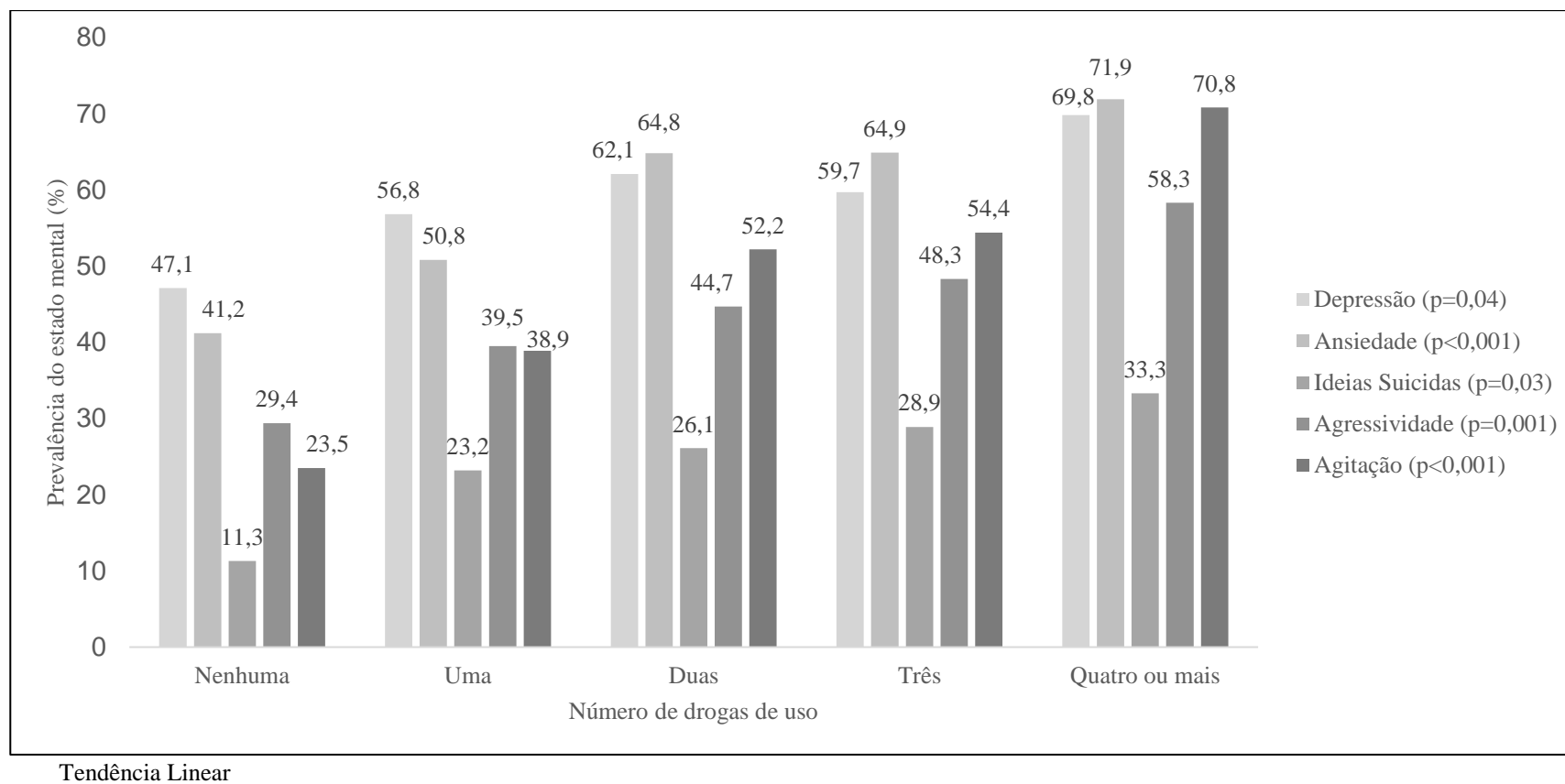
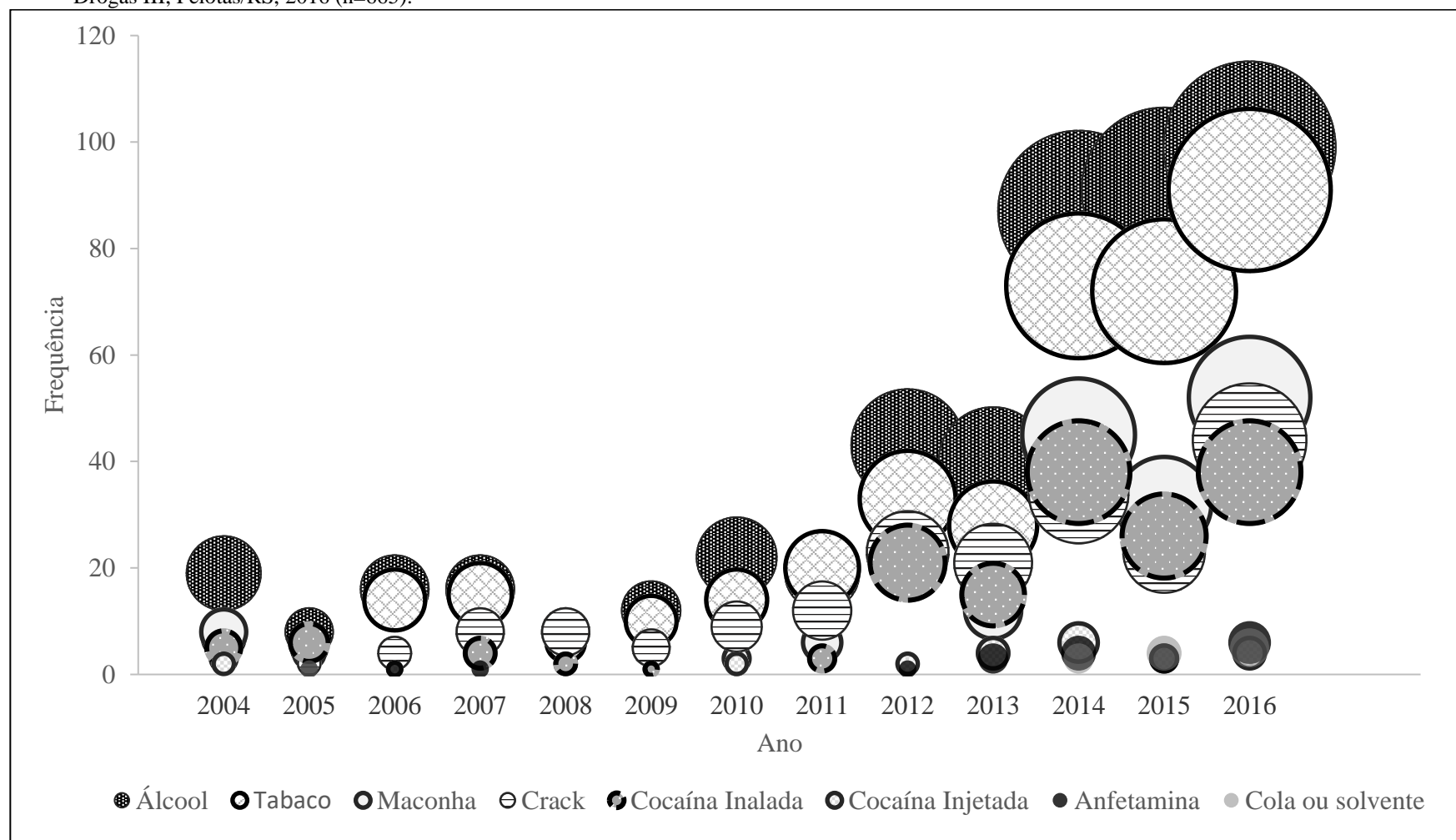


Figura 2. Descrição do tipo e quantidade de droga utilizada entre 2004 e 2016 pelos pacientes ativos do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, Pelotas/RS, 2016 (n=665).



Tendência Temporal

Referências

1. Laranjeira R. Organizador. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), Unifesp. 2014.
2. Capistrano FC, Ferreira ACZ, Silva TL, et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Dependentes Químicos em tratamento: análise de prontuários. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2013 Abr 17(2):234-41.
3. Ribeiro JM, Moreira MR, Bastos FI, Dias AI, Fernandes FMB. Acesso aos serviços de Atenção em Álcool, Crack e outras Drogas-O caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2016 Set 21(1):71-81.
4. Ministério da Saúde. Diretrizes para a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, 2004.
5. Varela DSS, Sales IMM, Silva FMDS, Monteiro CFS. Rede de saúde no atendimento ao usuário de Álcool, Crack e outras Drogas. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2016 Jul 20(2):296-302.
6. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. In: Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. ed. Brasília, 2011.
7. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2012.
8. Ministério da Saúde. Observatório: Crack é possível Vencer. Centro de Atenção Psicossocial-CAPS Álcool e Drogas 24 horas 2017. [Available from: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>].
9. Elias RV. Diretrizes de Atenção Básica de Saúde de Pelotas. In: Secretaria municipal de Saúde-Rede Bem Cuidar, ed. Brasília, 2016.
10. Faria JG, Ribeiro Schneider DR. O perfil dos usuários do CAPS AD-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. Psicologia & Sociedade. 2009 Jun 21(3) 324-333.
11. Rodrigues LSA, Sena ELS, Silva DM, Carvalho PLC, Amorim CRA. Perfil dos usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial-álcool e drogas. Revista de enfermagem UFPE. 2013 Ago 7(8):5191-97.
12. Gonçalves TSN, Marilene Rivany. Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD. Revista Perquirere. 2014 Dez 11(2)169-178.
13. Monteiro CFMS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG; Passamani M C. Perfil Sociodemográfico e Adesão ao Tratamento de Dependentes de Álcool em CAPS-AD do PIAUÍ. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2011 Jan 15 (1):90-95
14. Wiechelt SA. Introduction to the special issue: international perspectives on women's substance use. Substance use & misuse, 2008: 973-77.

15. Ceylan-Isik AF, McBride SM, Ren J. Sex difference in alcoholism: who is at a greater risk for development of alcoholic complication? *Life sciences*. 2010 87(5):133-38.
16. Almeida RA, Anjos AUU, Vianna RPT, Pequeno GA. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. *Saúde em Debate*. 2014 Jul 38(102):526-38.
17. Silva CR, Kolling NM, Carvalho JCN, Cunha SM, Kristensen CH. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia Periódicos eletrônicos em Psicologia*. 2009 Jul 30: 101-112.
18. Schenker M, de Souza Minayo MC. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003 Out 8(1):299-306.
19. Scheffer M, de Almeida RMM. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: teoria e pesquisa* 2010;26(3):533-41.
20. Velho S. Perfil Epidemiológico dos Usuários de Substâncias Psicoativas Atendidos no CAPS AD, Londrina, PR: Londrina, 2010.
21. Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Brasileira de Psiquiatria*. 2010 59(3):210-18.
22. Nappo SA, Sanchez ZVDM, Oliveira LG, Santos SA, Coradete JJ, Pacca JCB, Lacks V. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. *Cebid/Unifesp*, 2004.
23. Cordeiro DCD, A. Comorbidades psiquiátricas. In: Artmed, ed. *Comorbidades Psiquiátricas: Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*, 2011:106-18.
24. Ribeiro IF, Viana BRO, Cordeiro RS, et al. Perfil dos usuários com dependência química atendidos em instituições especializadas na Paraíba. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*- 2012:47.
25. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008 Set 24:545-57.
26. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*. 2003 Jul 37(6):751-59.
27. Chen KW, Banducci AN, Guller L, et al. An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug and alcohol dependence*. 2011;118(2-3):92-9.
28. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of general psychiatry* 2011;68(1):90-100.
29. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*. 2008 Jul 42(4):664-71.
30. Raup LM, Adorno RCF. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades *Revista Brasileira de Adolescência e Conflitualidade*. São Paulo, 2011:52-67.

4. COMUNICADO Á IMPRENSA

Uso de drogas e aspectos de saúde em pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III de Pelotas/RS

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil dos pacientes que são atendidos no CAPS AD III de Pelotas/RS em relação à problemática do uso de drogas a fim de conhecer esta população e aprimorar o atendimento pelos profissionais de saúde.

Este estudo fez parte da dissertação de mestrado do Programa de pós-graduação da Escola Superior de Educação Física, da Universidade Federal de Pelotas, coordenado pela professora Liliane Locatelli e orientado pelo professor Dr. Felipe Fossati Reichert.

A amostra foi composta por 665 prontuários dos pacientes ativos do CAPS AD III, sendo a maioria do sexo masculino (82,7%), com idade entre 30 e 49 anos (47,1%), com ensino fundamental incompleto (55,2%) e que vivem sem companheiro (69,6%). Mais de 70% da amostra relatou ter alguém responsável pelo tratamento e aproximadamente 95% estão motivados para o tratamento. A maioria indicou residir com familiares (79%), e informou ter histórico familiar de uso de drogas (58,8%), sendo que o pai foi o familiar referido em maior frequência entre os homens (56,5%) e mulheres (49,0%), seguido por irmão.

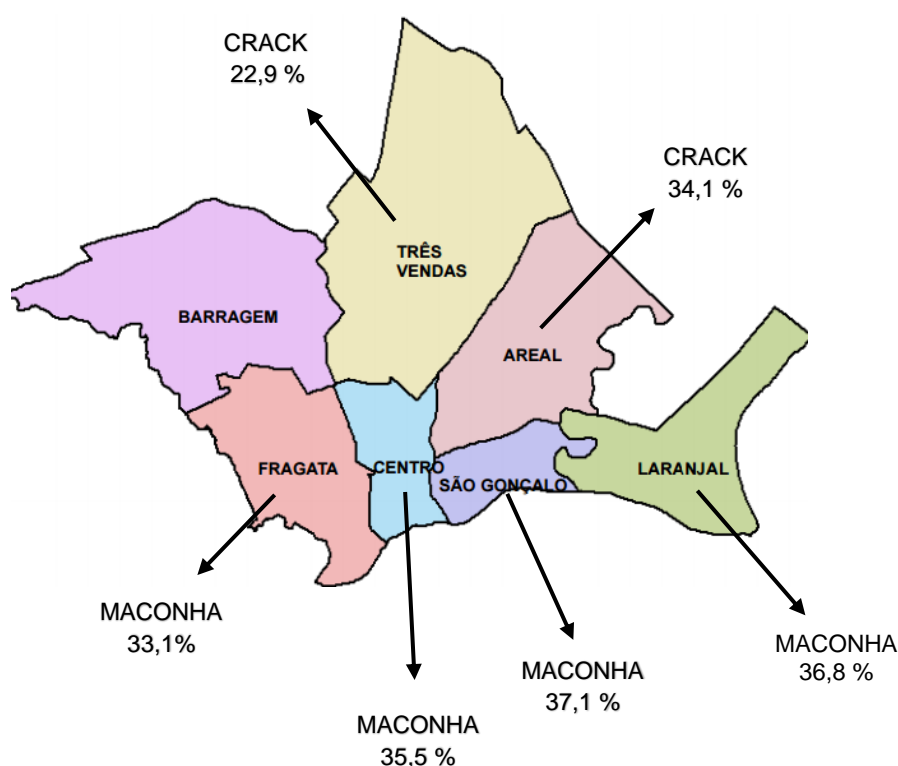
Em relação aos locais de encaminhamento para o CAPS AD III, 33,3% foram encaminhados do hospital psiquiátrico, 30,6% foi por busca espontânea; 11,4% vieram da Unidade Básica de Saúde; 4,6% do conselho tutelar e 20,1% de outros locais como CAPS II, presídio e hospital geral. A média de idade de início de uso da droga foi de 16 anos.

As drogas de uso mais frequentes foram o álcool (72,2%), seguido do tabaco (58,4%), maconha (30,7%), crack (29,5%) e cocaína inalada (24,4%). Em relação ao estado mental, a ansiedade foi a mais referida (61,4%), seguida por depressão (60,9%), especialmente entre as mulheres (74,8%), agitação (50,8%), sendo os homens (51,6%;) mais agitados do que as mulheres (47%), alteração de memória (47,8%), agressividade (45,4%), sintomas de abstinência (41,5%), sintomas clínicos (28,7%), sendo as mulheres (40%; $p=0,003$) que mais apresentam sintomas clínicos do que os homens (26,4%), ideias suicidas (26,5%).

A maioria dos pacientes atendidos usam pelo menos duas drogas, e quando comparado o estado mental com o número de drogas constata-se que os que utilizam quatro drogas ou mais apresentam mais sintomas de depressão (69,8%), ansiedade (71,9%), ideias suicidas (33,3%), agressividade (58,3%) e agitação (70,8%). De 2010 a 2016, observa-se um grande aumento no consumo de crack e cocaína inalada.

A figura abaixo mostra as drogas mais utilizadas no período de doze anos (2004 a 2016), pelos pacientes que procuram tratamento, conforme bairro de residência:

* Álcool e tabaco são as drogas mais prevalentes em todos os bairros, seguidas pelas drogas referidas no mapa.



Diante do exposto, percebe-se a magnitude da problemática do uso de drogas e a importância de atuação do CAPS AD III na assistência à saúde de usuários dependentes de drogas na cidade de Pelotas/RS. Sugere-se que ações com outras instituições de saúde e assistência social sejam ampliadas a fim de atender as necessidades desta população, assim como ações de prevenção ao uso de drogas e fiscalização no consumo, entre crianças, adolescentes e adultos, uma vez que o uso de drogas tem relação com situações de violência e criminalidade.

5. APÊNDICES

NORMAS DA REVISTA

Cadernos de Saúde Pública-CSP Reports in Public Health

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 – [Questões Metodológicas](#): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação *Cadernos de Saúde Pública*, o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas

(p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato

com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos.

Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

1.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

2.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

2.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

2.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

2.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração.

2.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

2.9 – Na terceira etapa são incluídos o (s) nome (s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo.

A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

2.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome (s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

2.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

2.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

2.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

2.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

2.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG

2.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

2.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

2.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

2.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

2.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

2.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

2.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

5. PROVA DE PRELO

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo (a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

5.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema

(<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>) no prazo de 72 horas.