

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
ELIZABETH CAMPOS DA SILVA

(RE) ORGANIZAÇÃO DA VIDA DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS: AS PERCEPÇÕES DE PESSOAS QUE TIVERAM BAIXA  
ADESÃO A UM CAPSad.

Goiânia  
2017

Elizabeth Campos da Silva

(RE) ORGANIZAÇÃO DA VIDA DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS: AS PERCEPÇÕES DE PESSOAS QUE TIVERAM BAIXA  
ADESÃO A UM CAPSad.

Trabalho apresentado como requisito parcial para  
obtenção do título de Bacharel em Educação Física pela  
Universidade Federal de Goiás, sob orientação do  
professor Dr.Felipe Wachs

Goiânia  
2017

## DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a minha mãe Elza Campos da Silva, por um motivo simples ser minha MÃE. Por nunca permitir que nada me faltasse, mesmo com tantas dificuldades enfrentadas, sempre lutando para nos proporcionar o melhor, por nos mostrar sempre o caminho do bem para que tornássemos verdadeiros cidadãos.

Dedico também a uma outra família, a minha segunda família. Aquela família que me trouxe para os grandes centros, que me mostrou os melhores caminhos e me incentivou estudar, ter uma profissão, me escolheu e acolheu de braços abertos como filha, irmã, como afilhada e amiga, me proporcionou tantos momentos felizes. Este trabalho é dedicado a Carmem Lamounier; Euripedes Lamounier; Bruna Lamounier; Amanda Lamounier.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a vida, e por me permitir ter oportunidades de conhecer tantas pessoas boas colegas, amigos. Aos meus irmãos Alisson e Edna, por estarem sempre me apoiando.

Agradecimento especial ao meu orientador, profº drº Felipe Wachs. Por compartilhar de seu conhecimento e por aceitar a minha idéia de TCC e tê-lo moldado para que fosse possível executar.

Agradeço a equipe do CAPSad, por todo suporte na busca pro prontuários nos momentos das ligações enfim, por permitir que a pesquisa fosse realizada.

Aos meus amigos e colegas que conheci durante esses quatro anos e meio, tenham certeza que lembrarei de cada um com carinho. A equipe da Agos academia, por me acolher com tanto carinho.

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	8
2- METODOLOGIA.....	13
3- SOBRE DESCONTINUIDADE.....	17
4- RESULTADOS E DISCUSÕES.....	26
4.1. Panorama sobre pessoas acolhidas durante 2015 no CAPSad.....	26
4.2. Contato com os possíveis entrevistados e dificuldades encontradas.....	35
4.3. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	41
4.3.1. A experiência dos entrevistados com o CAPSad.....	41
4.3.2. Percepção geral sobre sua relação com a substância: consequências e necessidade.....	50
4.3.3. Ocupação e trabalho dos entrevistados.....	58
4.3.4. Vínculos interpessoais: família, amigos e relações amorosas.....	61
4.3.5. As dimensões do lazer e substâncias psicoativas.....	67
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
6- Apêndices.....	76
7- Anexos.....	77
8- REFERÊNCIAS.....	78

## Resumo

O uso abusivo de álcool e outras drogas e os problemas decorrentes do mesmo têm ocupado cada vez mais espaço entre as questões sociais que demandam políticas públicas intersetoriais. Este trabalho pretendeu conhecer e compreender, qual a percepção de usuários de substâncias psicoativas que tiveram baixa adesão ao tratamento em um CAPSad sobre sua (re)organização de vida. A metodologia adotada, foi de pesquisa quanti-qualitativa. A coleta de dados se deu a partir da análise do livro de registro de abertura de prontuários dos usuários que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad no ano de 2015 e de entrevista semi-estruturada. Foi possível observar que a descontinuidade do tratamento de usuários de substâncias psicoativas é um problema no CAPSad observado, o entanto foi possível observar que mesmo estando afastados do CAPSad, os usuários buscam outros meios de tratamentos e ajudas que possam contribuir com o processo de (re)organização de vida dos mesmos.

Palavras Chaves: Descontinuidade, CAPSad, (re) organização de vida.

## Lista de tabelas

Tabela 1- Sexo das pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad em 2015.

Tabela 2: Tipos de drogas usadas pelos usuários que procuraram atendimento pela primeira vez em 2015 em um CAPSad de Goiânia.

Tabela 3- Usuário apenas de uma droga x múltiplas drogas.

Tabela 4: pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez em um CAPSad de Goiânia, de acordo com sexo.

Tabela 5- Usuário apenas de uma droga x múltiplas drogas - pessoas que adequaram no perfil da pesquisa.

Tabela 6- Usuários de apenas uma droga x múltiplas drogas de acordo com os grupos propostos para a pesquisa e ativos no CAPSad.

Tabela 7- Pessoas que permaneceram ativas no serviço.

Tabela 8: Droga de preferência de acordo com sexo masculino.

Tabela 9: Droga de preferência de acordo com sexo feminino.

Tabela 10- Contato telefônico e as principais dificuldades.

## 1 - INTRODUÇÃO

O uso abusivo de álcool e outras drogas e os problemas decorrentes do mesmo têm ocupado cada vez mais espaço entre as questões sociais que demandam políticas públicas intersetoriais. Frequentemente vemos essa problemática povoar manchetes jornalísticas que algumas vezes impulsionam ações mal planejadas e pouco resolutivas como as promovidas recentemente pela prefeitura de São Paulo no intuito de acabar com a "cracolândia". Para que as políticas sejam bem planejadas e as ações ocorrerem de forma bem organizada entre os diferentes setores envolvidos, é importante que sejam promovidos estudos que busquem compreender o fenômeno e suas dinâmicas. As ações promovidas pela atual gestão da prefeitura de São Paulo implica no processo de implantação da estratégia de redução de dano objetivada pelo programa DBA (de braços abertos), que oferecia às pessoas que fazem uso de crack e outras drogas, acomodações em quartos de hotéis da região, refeições diárias em um restaurante público além de oportunidades de trabalho e serviços de zeladoria e mediações aos serviços de saúde para as pessoas identificadas como usuárias de crack. (RUI; FIORU; TÓFOLI, 2016). Um dos setores mais implicados com o fenômeno é o da saúde, especialmente através das políticas de saúde mental que atualmente abarcam, no Brasil, o tratamento de usuários de substâncias psicoativas.

O uso/abuso de substâncias psicoativas se tornou um importante problema de saúde pública no Brasil, não apenas pelo tratamento do uso em si, mas também pela necessidade de cuidados associados aos impactos secundários sobre a saúde geral dos usuários ao longo do tempo. O uso abusivo dessas substâncias pode provocar diversos agravos, tais como: acidentes de trânsito, violência doméstica, homicídios e suicídios, além da dependência, que causa sérios problemas fisiológicos e psicológicos tanto para o dependente quanto para sua família (DELIJAICOV, 2009).

A problemática não é apenas local ou nacional. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012 cerca de 3,3 milhões de pessoas morreram no mundo devido ao consumo abusivo de álcool. (OMS, 2014). O álcool é a substância psicoativa que mais se destaca pelos seguintes motivos, primeiro por desenvolver prejuízos psicológicos e fisiológicos, segundo por ser considerado uma droga lícita e de fácil acesso, terceiro pelo seu

potencial de abrir portas para o consumo de outras drogas (DELIJAICOV, 2009). Em nível nacional, o Relatório Brasileiro sobre Drogas demonstra um aumento considerável das pessoas que fizeram consumo do álcool em nossa sociedade. No ano de 2001, 68,7% das pessoas fizeram uso de álcool na vida e, em 2005, 74,6%. Em relação ao tabaco o número exposto é de 41,1% no ano de 2001 e 44,0% em 2005, respectivamente.(BRASIL, 2009).

O documento apresenta ainda dados em relação ao consumo na vida, sobre outras drogas em 2001: maconha (6,9%), solventes (5,8%), orexígenos (4,3%), benzodiazepínicos (3,3%) e cocaína (2,3%); em 2005, são: maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%) e estimulantes (3,2%). Além desses dados, o documento apresenta ainda uma estimativa de dependência entre os tipos de drogas, e aponta a dependência do álcool em 2001 e 2005 é de 11,2% e 12,3% respectivamente, e o tabaco de 9,0% e 10,1% respectivamente.

O mesmo estudo confirma que pessoas do sexo masculino lideram no consumo do álcool e têm maior dependência da substância em relação às pessoas do sexo feminino, em todas as faixas etárias. A faixa etária que apresentou maior dependência no ano de 2001 está compreendida entre os 18 e 24 anos de idade e, em 2005, entre 25 a 34 anos de idade (BRASIL, 2009). Pinsky et al (2010) appud Carvalho (2015), entende que o tratamento para o uso de álcool e outras drogas conta atualmente com uma significativa diversidade, mas há um percentual importante no número de dependentes de substâncias psicoativas que ainda não se beneficiaram destes tratamentos.

Atualmente no Brasil há diversos tipos de tratamentos para pessoas com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre estes tratamentos destacamos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro CAPS surgiu em março de 1986, na cidade de São Paulo/SP e levou o nome de professor Luiz da Rocha Cerqueira. Os CAPS surgem como modelo substitutivo, criados em respostas ao movimento social chamado de Reforma Psiquiátrica, onde trabalhadores da saúde mental denunciaram e buscaram por melhorias no atendimento às pessoas com sofrimento psíquico (BRASIL, 2004, p. 12).

Existem diversos tipos de CAPS instituídos no Brasil, no entanto, interessa ao presente trabalho os CAPSad, que são destinados a atender pessoas que têm problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras

drogas. Seus objetivos não fogem do contexto do modelo de atendimento nos CAPS do Brasil, entre eles destacamos:

- Atender aos usuários em regime de atenção diária;
- Gerenciar projetos terapêuticos com cuidados clínicos eficientes e personalizados;
- Promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais, que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; RAPS
- Organizar a rede de serviços de saúde mental do território/município.

Existe um amplo aparato legislativo em torno da atual política nacional de saúde mental que normatiza e regula serviços como os CAPS, dentre as quais destacamos a Lei 10.216/2001 conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a Portaria GM/MS n.336/2002 que regula o funcionamento dos CAPS e a Portaria n.3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O contexto específico sobre o qual nos debruçamos é orientado também pelo Decreto n.4.345/2002, que institui a Política Nacional Antidrogas, e o Decreto n.6.117/2007 que aprova a Política Nacional sobre o Álcool.

Como existe uma diversidade muito grande de formas de compreender o uso e/ou de se relacionar com as substâncias, de estigmas atrelados aos usuários, de mitos constituídos no imaginário social acerca do uso, e de problemáticas que permeiam todo esse cenário, também há uma ampla diversidade de direções clínicas e propostas de tratamento. Alguns são radicais na defesa da abstinência total e apregoam tratamentos de reclusão não preconizados nem financiados pelo Ministério da Saúde, outros defendem a redução de danos a partir da análise dos problemas decorrentes do uso e da avaliação acerca de riscos e escolhas de vida. Apesar da ampla diversidade, existe uma característica que costuma ser comum em todas as propostas de tratamento: uma grande parte das pessoas descontinua seus tratamentos, pelos mais diferentes motivos, e frequentemente enfrentam recaídas e/ou retomam formas mais destrutivas de se relacionar com as substâncias.

A descontinuidade do tratamento é uma realidade presente em diferentes locais que oferecem tratamento para pessoas com uso/abuso de substâncias psicoativas. No período em que estive em um CAPSad de Goiânia observando e atuando como estagiário(a), fica claro que esta realidade é muito comum nos

CAPSad. Foi possível observar, que há uma demanda alta pela busca do tratamento, contudo a evasão destas pessoas nos grupos terapêuticos, das consultas médicas e atendimentos individualizados é bastante grande.

Diante das considerações apresentadas sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas, considerando os transtornos causados à saúde do indivíduo (além do problema de saúde pública) e a consequente situação de vulnerabilidade individual e social que advém deste problema, este trabalho pretendeu conhecer e compreender, qual a percepção de usuários de substâncias psicoativas que tiveram baixa adesão ao tratamento em um CAPSad sobre sua (re)organização de vida?

Na tentativa de compreender esse cenário que vivem os usuários de substâncias psicoativas, os diferentes ambientes de tratamento oferecidos para esta população e partindo do princípio que o uso dessas substâncias frequentemente redundam em uma importante desorganização de vida dos usuários nas mais variadas dimensões. Nesse sentido, compreendemos que a (re)organização de vida é uma tarefa difícil, e que deve partir do princípio da organização de vida de um modo geral.

Para Fernandes e Zanelli (2006), é necessário que o indivíduo tenha uma identidade própria e uma realidade subjetiva em relação à sociedade, de forma que o indivíduo é, ao mesmo tempo, produto e o produtor do sistema social. De acordo com Dupus (1996) apud Fernandes e Zanelli (2006), são os indivíduos por meio de suas ações que constroem uma sociedade, no entanto, eles agem sempre dentro de um contexto que lhes são preexistentes e que orienta o sentido de suas ações.

A vida cotidiana se apresenta para os homens como realidade ordenada. Os fenômenos estão pré-arranjados em padrões que parecem ser independentes da apreensão que cada pessoa faz deles, individualmente. (LUCKMANN, 1983 apud FERNANDES, ZANELLI, 2006, P. 57).

O universo simbólico possibilita aos membros das organizações integrar um conjunto de significados, onde são atribuídas as justificativas e legitimadas as ações. Ou seja, o universo simbólico, possibilita aos indivíduos aprender a realidade e integrar os significados para uma possível relação entre si (FERNANDES; ZANELLI, 2006).

A ação humana quando considerada nos aspectos individuais ou grupais, mediada pelos processos cognitivos de pessoas que se rotulam ou são rotuladas

superiores, independente do contexto, varia de acordo com a inserção do indivíduo em determinados ambientes e tipos de organização.

Esses diferentes contextos, diferentes rótulos, diferentes olhares para o cotidiano da vida, pode influenciar nas ações das pessoas de um modo geral. Os diferentes olhares podem estar atribuídos no contexto de pessoas que fazem uso/abuso de substâncias psicoativas e talvez influenciando nas ações decisivas destes indivíduos em buscar o tratamento, como também em ações que acarretam na descontinuidade dos usuários ao tratamento.

## 2 –METODOLOGIA

Para dar conta da questão de pesquisa, delimitou-se uma abordagem quanti-qualitativa de pesquisa, utilizando como recurso de produção de dados, informações disponíveis em prontuários de um CAPSad de Goiânia e por entrevistas semiestruturadas realizadas com usuários considerados inativos.

A pesquisa qualitativa é de particular relevância no estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida. As expressões-chaves para essa pluralização são: a “nova obscuridade”, a crescente individualização das formas de vida e padrões biográficos e a dissolução de velhas desigualdades sociais dentro da nova diversidade de ambientes, subculturas, estilos e formas de vida (FLICK, 2009 p.20).

Com o passar dos anos, estudiosos das ciências sociais e ciências da saúde começaram a perceber que os conhecimentos produzidos por meio das pesquisas executadas não tinham um valor incontestável, sempre cabiam questionamentos. Bonb (1985);Beck (1989) apontam seus desencantamentos pelos resultados alcançados através da pesquisa quantitativa. Na condição de desencantamento dos ideais do objetivismo, não podemos mais partir irrefletidamente da noção de enunciados objetivamente verdadeiros. O que resta é a possibilidade de enunciados relativos a sujeitos e a situações que devem ser determinados por um conceito de conhecimento sociologicamente articulado (FLICK, 2009).

A pesquisa quantitativa de acordo com Fonseca (2002 apud Gerhardt; Silveira, 2009) os resultados podem ser quantificados, como a amostra geralmente são grande e consideradas representativas, os resultados são tomados como retrato real de toda população alvo. A pesquisa quantitativa considera que a realidade só pode ser compreendida com base na realidade dos dados brutos recolhidos com instrumentos padronizados e neutros. Esse método de pesquisa recorre a linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno.

O primeiro passo para realização da pesquisa foi apresentar a proposta em reunião de equipe do serviço de um CAPSad de Goiânia. A equipe fez uma série de sugestões que foram apreciadas no sentido de melhorar a organização metodológica do trabalho. A proposta inicial abarcava sujeitos acolhidos no serviço durante um período de dois anos. Entre as sugestões feitas

pela equipe estava a de diminuir o período a ser analisado. Optamos por restringir o estudo aos sujeitos que buscaram o CAPSad pela primeira vez durante ano de 2015. A gestora do serviço do CAPSad ressaltou, ainda, que a anuência para a realização da pesquisa deveria ser concedida pela Escola Municipal de Saúde Pública. O projeto observou as orientações sobre ética em pesquisa com seres humanos, disposta na Resolução CNS n.466/2012. Dessa forma, a coleta de dados somente iniciou após anuência da Escola Municipal de Saúde Pública e do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás – UFG (Parecer 2.017.349).

A primeira etapa da pesquisa iniciou com a identificação, através de um livro de registro de abertura de prontuários, das pessoas que buscaram o CAPSad pela primeira vez no período de 01 de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2015 no CAPSad. Após esta identificação, iniciou-se a análise de prontuários arquivados em um CAPSad de Goiânia buscando identificar o período que esteve em tratamento, drogas que faz uso e outras informações que pudessem ser pertinentes à questão de pesquisa.

A segunda etapa da pesquisa consistia de entrevistas com 20 usuários que realizaram acolhimento durante o ano de 2015, mas que, segundo critérios do próprio serviço, eram considerados inativos, ou seja, estavam há seis (06) meses sem ir ao CAPSad. No intuito de entrevistar pessoas que tiveram diferentes vinculações com o CAPSad, delimitou-se quatro diferentes grupos para realização das entrevistas. Compreende-se que esses grupos poderiam ser construídos a partir de diferentes critérios, mas que a opção feita de delimitação por "período temporal/idas ao CAPS" contribuiria na discussão sobre continuidade/descontinuidade do tratamento que se pretendia abordar. Inicialmente estava estipulado entrevistar cinco pessoas de cada um dos quatro grupos, totalizando 20 entrevistas. A delimitação dos grupos foi o seguinte:

- Grupo 1 – usuários que participaram apenas do acolhimento no CAPSad;
- Grupo 2 – usuários que frequentaram o CAPS de forma intercalada com faltas por no máximo 5 atendimentos;
- Grupo 3 – usuários que frequentaram o CAPS com assiduidade durante período de até seis meses;
- Grupo 4 – usuários que frequentaram o serviço por período maior que 6 meses.

A partir das informações reunidas dos prontuários foram classificados todos os usuários que buscaram o CAPSad pela primeira vez no ano de 2015. Cabe ressaltar que algumas das pessoas que buscaram atendimento no CAPSad não se enquadravam em nenhum dos quatro grupos, o que será melhor descrito no capítulo que trata dos resultados. Foram realizados tantos sorteios quanto o necessário para obter as cinco entrevistas por grupo ou até se esgotarem os possíveis entrevistados por grupo. Foi critério de inclusão o usuário ser considerado inativo, sendo que o critério adotado pelo serviço para considerar o usuário inativo é ele estar há seis meses sem frequentar o CAPSad. Dentro do recorte da pesquisa delimitou-se como ponto de referência a data de 01 de janeiro de 2017 para estabelecer se o indivíduo estava inativo. Assim ele não poderia ter frequentado o CAPSad nos 6 meses que antecederam esse ponto, ou seja, se o usuário foi ao CAPS após 1 de julho de 2016, ele seria considerado ativo e não poderia compor a amostra.

Foi critério de exclusão o usuário ter descontinuado seu tratamento, mas ter feito novo acolhimento. Outro critério de exclusão foi a impossibilidade de localizar o prontuário da pessoa em função de possível extravio.

Os pesquisadores, quando necessário, entraram em contato com o terapeuta de referência dos usuários inativos sorteados, visando identificar a melhor abordagem antes de contactá-los. O contato inicial foi por meio telefônico, oportunidade na qual já se agendou a entrevista. O tipo de entrevista escolhido foi a semiestruturada que adota um roteiro de perguntas. As perguntas que compõem o roteiro de entrevista foram elaboradas considerando aspectos familiares, convívio social, trabalho, esporte e lazer, que em sua maioria são aceitos e compreendidos socialmente fundamentais para a organização de vida da sociedade em geral.

Aos entrevistados foram apresentados os objetivos e os procedimentos da pesquisa. As entrevistas somente foram realizadas após serem esclarecidas eventuais dúvidas e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e uma com o entrevistado.

Foram realizadas três entrevistas para o grupo 1; cinco entrevistas para o grupo 2; cinco entrevistas para o grupo 3 e uma entrevista para o grupo 4. Os diversos motivos pelos quais não foram possíveis fechar o número de entrevistas prevista para cada grupo será explicado no subcapítulo 4.2.

Eventualmente os pesquisadores solicitaram esclarecimentos ou informações complementares às perguntas do roteiro. Segundo Flick (2009, p. 21), esse modelo de entrevista é adotado pelo fato de “os entrevistados possuírem uma reserva complexa de conhecimento sobre o objeto de estudo daquela pesquisa”.

As entrevistas, quando marcadas para acontecer na casa dos participantes, foram realizadas com o auxílio de um carro da prefeitura e sempre que possível, compartilhadas com membros da equipe multidisciplinar do CAPSad, de modo a potencializar um resgate do vínculo com o serviço. Tal possibilidade dependeu da disponibilidade dos profissionais e do serviço.

As entrevistas foram realizadas de forma aleatória, ou seja, os contatos foram feitos com diferentes pessoas de diferentes grupos na medida em que se conseguia marcar uma entrevista.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Ambos os documentos estão guardados em local de acesso restrito aos pesquisadores e ficaram arquivadas por um período de cinco (05) anos, após este período serão descartadas. Para as reproduções de divulgação científica dos dados serão utilizados nomes fictícios, garantindo-se anonimato dos usuários.

### 3 – SOBRE DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO.

A descontinuidade ao tratamento de pessoas que fazem uso/abuso de álcool e outras drogas, é uma prática rotineira enfrentada por profissionais nos locais que oferecem tratamento para estas pessoas. Existe um amplo aparato na literatura por meio de outros termos como, evasão, desistência, abandono, baixa adesão que discutem a temática. Por um outro lado na tentativa de compreender os benefícios do tratamento para estas pessoas, existe uma gama de autores que discutem o mesmo objeto, contudo abordam outros termos que seriam considerados importantes para essa discussão, como, sucesso no tratamento, adesão e cura. Na tentativa de compreender esse fenômeno, e os diferentes meios que estas pessoas buscam para (re)organizar suas vidas a busca nas bases de dados foi compreendida em: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO, Portal de Periódicos Capes/ MEC, Google Acadêmico. Também foram realizadas buscas em revistas como: Revista Eletrônica em Saúde Mental, Álcool e Drogas (SMAD), Licere e Revista de Programa de Pós-Graduação Interdisciplina em estudos do Lazer/UFMG e no site da Organização Mundial da Saúde.

Foram utilizados como palavras chaves os termos, Adesão, Evasão, Substâncias psicoativas, permanência, percepção e organização de vida. Ao final da busca foram identificados para os termos adesão, evasão e permanência os seguintes artigos: Adesão a terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura; (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT; (ARAÚJO et al, 2012). Capsad e Alcoólicos Anônimos: O Processo de Tratamento Sob o Ponto de Vista dos Usuários. (CARVALHO; LIOTTI; LENZI, 2015). O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental ( FARIA; SCHNEIDER, 2009). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad); (PEIXOTO et al, 2010). Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (BRASIL, 2010). Para os termos percepção e organização de vida, foram utilizados os seguintes artigos: O Processo de

Construção e Reconstrução das Identidades dos Indivíduos nas Organizações.(FERNANDES;ZANELLI,2006). Relatório brasileiro sobre drogas (BRASIL,2009). Adaptação cultural de instrumentos de coleta de dados para mensuração em álcool e drogas.(CLARO et al.2011).Caminhos do cuidado: caderno do tutor/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2013).

Os critérios utilizados para seleção dos documentos citados foi a leitura minuciosa do resumo dos artigos, por vezes, alguns documentos foram lidos na íntegra para identificar principais pontos de discussão sobre a descontinuidade do tratamento de pessoas que fazem uso/ abuso álcool e drogas.

Contra pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas ainda o preconceito é existente em meio a sociedade. Apesar do enfrentamento das políticas públicas, leis que legitimam o tratamento para esses usuários, movimentos sociais visando diminuir esses estigmas, ainda é percebido práticas pouco acolhedoras nos espaços de tratamento. Por isso, é imprescindível que os profissionais da área de saúde estejam isentos de quaisquer atitudes ou sentimentos negativos e preconceituosos ao abordarem usuários de substâncias psicoativas. (ALBUQUERQUE;NÓBREGA, 2014, p. 27).

Em um estudo realizado por Albuquerque e Nóbrega (2014) com mulheres usuárias para entender as barreiras e as facilidades que elas enfrentam na busca por tratamento, foram identificadas tanto barreiras internas como externas.

As barreiras internas mais encontradas pelas mulheres para o tratamento são: a negação da severidade do problema com a bebida, a consideração que o tratamento é ineficaz, o medo de estigmatização por parte dos familiares e profissionais, a preocupação sobre a perda da guarda dos filhos por estarem em tratamento, culpa e vergonha, medo de transtornar a família e sofrer represálias dos companheiros também usuários de drogas (ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2014, p. 24).

As barreiras internas: medo de não ser bem recebida e medo dos profissionais de saúde estão mais presentes para algumas mulheres, o que evidencia uma preocupação que pode estar oculto à vergonha e ao receio de sofrer críticas.

As barreiras externas, por sua vez, estão relacionadas aos assuntos interpessoais como:

[...] a oposição de familiares e amigos, a desaprovação social, o custo social do rompimento com familiares, desencorajamento

de parceiros/maridos/família, o treinamento inadequado de grande parte dos profissionais de saúde na detecção de problemas com o álcool e outras drogas, a falha no encaminhamento para o serviço especializado, a falta de serviço de tratamento apenas para mulheres que necessitam de cuidados com filhos e falta de recursos econômicos (ALBUQUERQUE;NÓBREGA, 2014, p. 27).

De modo geral, pessoas que utilizam substâncias psicoativas, têm dificuldades em reconhecer o problema e buscar ajuda, por isso, tentam justificar seus comportamentos criticando a falta de disposição dos profissionais de saúde para dar conta da demanda. Esse fenômeno ocorre com mais intensidade em grupos de mulheres jovens (ASSIS;CASTRO, 2010 Apud ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016).

Apesar dos dispositivos e tecnologias que buscam propiciar a adesão, a evasão é uma prática rotineira vivenciada por parte dos trabalhadores que compõem a equipe de um CAPSad. Peixoto et al. (2010) realizaram um estudo para analisar o perfil de adesão ou não adesão de usuários em um CAPSad, concluindo que, quando comparado o perfil sociodemográfico dos grupos, há uma prevalência de adesão de pacientes do sexo masculino com uma idade média de 37 anos e, de não adesão, idade média de 32 anos. O mesmo estudo confirma que as pessoas que tem mais tempo de uso de drogas, tem maior facilidade em aderir o tratamento.

Um estudo conduzido por Araújo et al. (2012, p. 321) também identificou a predominância do sexo masculino na adesão ao tratamento em um CAPSad com diferença significativa em relação ao sexo feminino, com idade média entre 15 e 17 anos. O estudo identificou ainda que a frequência dos usuários no tratamento foi maior entre os que faziam o uso pesado das substâncias, cerca de 20 vezes ou mais durante um mês.

A não adesão ao tratamento, é considerada por Peixoto et al (2010), um fenômeno que constitui um grande problema para o tratamento, especialmente de doenças crônicas. Para Leite e Vasconcelos (2003), o sucesso da terapia, a cura, controle ou prevenção de uma patologia, depende da adesão ao tratamento.

tais ocorrências são altamente prejudiciais as políticas direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas, uma vez que a eficácia do tratamento depende estreitamente da adesão do paciente (PEIXOTO et al,2010, p. 318).

Peixoto et al (2010). sugerem que há uma importância em implementar abordagens diferenciadas e mais precoces que ajudem o usuário a se tratar antes de ter sua vida produtiva comprometida. Além dos fatores externos que são relatados pelos usuários para descontinuar seu tratamento, Figlie e Bordin (2015) destacam que as diferentes fases de motivações que usuários de substâncias psicoativas enfrentam são importantes no processo de tratamento destas pessoas. As autoras supra citadas destacam ainda que essas fases podem ser aplicadas tanto no entendimento do comportamento de ingestão quanto no tratamento. As seguintes fases são: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

A pré contemplação é o primeiro estágio é nele que a pessoa considera a mudança uma vez que a pessoa não encara seu comportamento como problemático. De acordo com Figlie e Bordin (2015) o paciente usuário de álcool e outras drogas na fase de pré- contemplação dificilmente são visto em ambientes de tratamento e mais, só permanecem em tratamento se perceberem algo útil que o serviço tem pra lhe oferecer, pois eles não estão motivados a deixar de usar a substância. (FIGLIE;BORDIN,2015)

A fase de contemplação nesta fase, é onde o paciente tem conexão entre seus comportamentos e os problemas a eles associados, fazem uma avaliação de custos e benefícios mais realista e consideram a possibilidade de alguma mudança. A fase seguinte é a preparação é onde o paciente é considerado que esteja pronto para mudar e esteja comprometido com a mudança, nesta fase deve ser implementado um plano a curto prazo podendo incluir busca especializada e desintoxicação. (FIGLIE;BORDIN,2015)

A fase da ação, é onde o paciente se engaja com ações específicas para alcançar uma mudança. Essas mudanças podem aparecer de diversas formas o usuário pode tentar diminuir o consumo por si só, conversar com alguém que ele considere importante ( membros da família por exemplo) ou até mesmo procurar um tratamento especializado. (FIGLIE;BORDIN,2015)

A fase seguinte é aquela que o indivíduo obteve sucesso na tentativa de mudanças e puderam eventualmente chegar ao término do tratamento. É nesta fase também que o indivíduo pode recair, na tentativa de integrar o novo comportamento em sua vida em geral mantendo a direção escolhida é a chamada fase de manutenção. (FIGLIE;BORDIN,2015)

O equilíbrio familiar se faz importante na adesão ao tratamento destes usuários. No estudo de Peixoto et al. (2010), o grupo que aderiu ao tratamento 91% tinham em seu registro nome do pai e da mãe contra, 84% dos que não aderiram constava somente o nome da mãe.

Araújo et al (2012) liderou um estudo onde compararam a variável relação familiar e observou que dos adolescentes que relataram ter uma relação familiar conflituosa 43,7% não permaneceram no serviço. Os que disseram ter uma relação familiar satisfatória correspondem a 54,7% de permanência.

Peixoto et al (2010), observaram que pessoas que não aderiram ao tratamento, são mais jovens idade média de 20 anos, com um tempo menor de uso da substância e que as drogas mais usadas foram as ilícitas entre jovens com pouca estrutura familiar.

Para isso, talvez seja interessante uma busca mais ativa por parte de governos e instituições de saúde mental como o CAPSad, um estreitamento em suas relações com outros programas de saúde como o Programa de Saúde da Família (PSF) e, por que não, também o estreitamento de relações com outras instituições ligadas a comunidade como escola, centros comunitários e igrejas, a fim de criar uma rede de apoio para os usuários em todos os lugares em que ele esteja interagindo e, principalmente, auxiliar a família e a comunidade a perceberem ainda cedo a necessidade de tratamento (PEIXOTO et al. p. 321, 2010).

É necessário que o governo invista mais em CAPSad, para que ele seja de fato inserido nas comunidades como é defendido em seu projeto original. Existem várias formas de acesso a um CAPSad. O usuário pode ser encaminhado por meio de uma clínica de internação, um pronto socorro psiquiátrico ou até mesmo pela justiça, quando cometido algum ato infracionário que resulte no cumprimento de pena alternativa ou terapêuticas. Entretanto, existe uma boa chance de adesão ao tratamento é quando o usuário procura de forma espontânea o CAPSad, pois implica no reconhecimento do seu problema, o que facilita a continuidade ao tratamento. Ao ser encaminhado à um CAPSad, o usuário acolhido, como é o termo chamado no local, o termo acolhimento é usado de forma genérica não somente nos CAPS de Goiânia, mas também em outros estados como Minas Gerais, Acre, Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro e Piauí. Contudo o acolhimento como defende o projeto original dos CAPSad, são ações complexas, que envolvem toda equipe. O que vimos sendo realizado no CAPSad, foram entrevistas diagnósticas, ou seja, o acolhimento como entrevista diagnóstica, é a porta de entrada para o tratamento em unidades de saúde e

principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial é o ponto de partida para a construção do projeto terapêutico singular, a identificação de fatores de riscos, fatores de proteção, dificuldades de enfrentamento.

De acordo com a política nacional de humanização o acolhimento como uma postura prática nas ações de atenção nas unidades de saúde, favorece uma construção de relação, confiança e compromisso entre a equipe e os serviços. Com isso possibilita alianças entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde pública como uma política essencial para a população. Ainda de acordo com o documento supra citado é preciso pensar e criar novas formas de agir em saúde, levando uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão da inserção dos indivíduos nos serviços de saúde. (BRASIL 2010)

O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde. (BRASIL,2010.p.76)

Para Andrade et al. (2013) o acolhimento significa a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde, oferecendo assistência adequada, além de servir como um dispositivo interrogador para os profissionais das práticas cotidianas, que permitem captar interferências nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários do serviço de saúde.

Em pouco tempo de permanência no CAPSad, foi possível observar a necessidade de se destinar um profissional melhor capacitado que compreenda a essência do serviço para fazer os “acolhimentos” no local, pois será o primeiro contato do paciente com a instituição, momento em que ele formará a impressão inicial sobre o serviço.

Este momento da entrevista diagnóstica favorece a criação de vínculo com a unidade e com os profissionais. A desistência ou a alta rotatividade de usuários nos CAPSad pode ser consequência de um “acolhimento” ruim o que não deve ser descartado. É neste momento que é passado para o usuário informações importantes sobre o serviço e o tratamento disponível no local visando uma boa adesão dos usuários ao tratamento.

Ou seja acolhimento é algo muito mais amplo que apenas uma entrevista diagnóstica, é necessário que este conceito seja claro dentro de um serviço de saúde mental, considerando que o atendimento de saúde prestado aos usuários, tenha como parâmetros norteadores outras dimensões da vida

cotidiana e possibilita a sociabilidade entre os modos de produzirmos como sujeitos e os modos de estarmos na vida.

Dessa forma, a postura acolhedora ideal de uma equipe está em seu comprometimento no receber, escutar e cuidar de forma humanizada.

Em estudo realizado em um CAPSad com o intuito de conhecer as concepções sobre acolhimento dos trabalhadores, Andrade et al. (2013, p. 174) concluíram que:

O acolhimento é uma atividade que pode proporcionar diversos desdobramentos da rotina do serviço, estando intimamente relacionada ao processo de trabalho, a criação do vínculo e a responsabilização, não se limitando a problemática de acesso à demanda.

E acrescenta que os trabalhadores entrevistados naquela pesquisa, demonstraram que suas preocupações em relação aos usuários vão muito além daquele primeiro contato, alcançam a preocupação com a resolução do problema do usuário. Percebe-se com isto, que há preocupação e conhecimento das Políticas Nacionais de Humanização por parte dos trabalhadores.

Um estudo conduzido por Faria e Schineider, (2009), demonstrou que houve uma significativa diferença na abertura de prontuários em um CAPSad na cidade de Blumenau-SC, entre os anos de 2005 e 2007. Nestes três anos, os autores observaram que houve uma demanda espontânea expressiva, devido ao serviço ter características de portas abertas, essa diferença se dá entre os encaminhamentos feitos por diferentes unidades de saúde da rede e até mesmo por intervenções judiciais.

a principal necessidade desta interlocução entre os setores está na acessibilidade do usuário na rede de cuidado preventivo à saúde, na promoção de maior qualidade de vida e no atendimento humanizado (FARIA ;SCHINEIDER, 2009,p.332)

Diante disso, percebe-se a necessidade de utilizar melhor a demanda espontânea de modo a aperfeiçoar o atendimento para que os usuários possam atingir um estágio de tratamento satisfatório e alcançar seus objetivos de vida.

A porta aberta requer uma nova forma de organização do serviço e de estilo do trabalho da equipe que propicie discussão aberta de conflitos, flexibilidade institucional, invenção compartilhada de projetos e, sobretudo, a construção da equipe como coletivo, potencializando seus recursos e suas possibilidades (GASTÃO;CAMPOS,2005 apud FARIA;SCHINEIDER, 2009).

Quanto a participação da família no tratamento, o estudo mostrou que os usuários que permaneceram no serviço, tiveram uma frequência familiar junto ao tratamento maior em relação aos que não permaneceram no serviço. Essa relação familiar no tratamento quanto ao grupo que não permaneceu foi pontual, ou seja, não teve uma participação efetiva junto ao dependente.

Araújo et al,(2012), ao analisar a média de idade que os adolescentes começam a fazer o uso de substâncias psicoativas, observou que quanto mais cedo iniciar o tratamento, menos chances eles têm de permanecer no tratamento porque normalmente não é por iniciativa própria, mas por intervenção familiar ou judicial que busca o tratamento.

A intersetorialidade também é um ponto de destaque para Araújo et al,(2012) na adesão do tratamento de usuários de substâncias psicoativas. O estudo que conduziram, demonstraram que os usuários que não tiveram uma integração entre diferentes dispositivos da rede permaneceram menos tempo no tratamento.

Uma possibilidade para esse achado refere-se ao fato de que com a integração do CAPSad-rede efetivada, embora ainda muito discreta como evidenciado neste estudo, o adolescente se reconhece como parte da comunidade/sociedade, o que pode ser um estímulo para a sua permanência no tratamento. (ARAÚJO et al.2012.p. 232).

Esta intersetorialidade, pode ser discutida para a integração de atendimentos em locais públicos que ofereçam diversas atividades, entre elas atividades de lazer e/ou esportivas, é comum as infraestruturas dos CAPSad serem precárias, o que dificulta a atuação do profissional de Educação Física em suas intervenções voltadas tanto para a prática de exercícios físicos visando tratar doenças secundárias ao uso de substâncias psicoativas, como, hipertensão, diabetes, dificuldades na marcha etc, e também nas intervenções voltadas para as práticas corporais, com objetivos terapêuticos que pudessem contribuir com o resgate do auto conhecimento de seu corpo. As possíveis parcerias entre serviços poderiam se tornar um importante aliado no tratamento dos usuários e promover uma diminuição da evasão dos usuários de álcool e outras drogas dos CAPSad.

O CAPSad indicado para realização da pesquisa possui uma equipe multidisciplinar constituída por 4 médicos psiquiatras, 1 médico clínico geral, 8 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 2 arte-terapeuta, 1 músico-terapeuta, 2 profissionais de educação física, 2 profissionais que auxiliam na manutenção

geral do local, 5 pessoas que atendem na recepção 1 gestora etc. O local recebe cerca de 100 novos usuários a cada mês e desde sua inauguração atendeu cerca 11.500 usuários. O local conta com parcerias entre as Universidades Federal de Goiás e Pontificia Universidade Católica de Goiás para os programas de residências médicas e estagios curriculares obrigatórios.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O capítulo que trata dos resultados e discussões está organizado em três (03) subcapítulos, sendo que o terceiro se desdobra em cinco (05) seções. No primeiro, são apresentados dados de pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad durante o ano de 2015. Essas informações foram retiradas do livro de registro de abertura de prontuários e, na sequência, dos próprios prontuários abertos nesse ano.

Nem todas as pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad tinham perfil para serem atendidas no serviço. Daremos enfoque para aquelas que se enquadram no perfil de atendimento do CAPSad e que descontinuaram seu tratamento. Organizamos as pessoas que descontinuaram seus tratamentos em quatro grupos estabelecidos a partir do período que permaneceram em atendimento/número de atendimentos no serviço. Serão apresentados, por exemplo, dados referentes aos tipos de substâncias relatadas pelos usuários no momento do acolhimento como droga preferencial.

O segundo subcapítulo apresentará as principais dificuldades encontradas ao contatar os possíveis entrevistados para cada grupo. As dificuldades encontradas no decorrer da coleta de dados fornece informações que sustentaram algumas alterações ao que fora inicialmente proposto metodologicamente. Destacamos o número reduzido de entrevistas ao que fora inicialmente previsto nos grupos 1 e 4 em função do esgotamento de possíveis colaboradores. O terceiro subcapítulo apresentará análise dos cinco pontos de discussão constituídos a partir das respostas dadas às perguntas, os quais foram considerados importantes para compreender a percepção dos usuários sobre sua (re)organização de vida.

### **4.1. Panorama sobre as pessoas acolhidas durante 2015 no CAPSad**

Tendo em vista que muitas pessoas que buscam acolhimento nos CAPS em geral não tem conhecimento que há diferença nos atendimentos entre CAPSad para os outros tipos de CAPS que compõem a rede, este subcapítulo apresentará um conjunto informações coletadas na fase de estudo do livro de registro de abertura de prontuários e dos próprios prontuários das pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez durante o ano de 2015 em um CAPSad

de Goiânia. Serão apresentados dados correspondentes ao sexo das pessoas, aos tipos de drogas mais usadas, tipos de drogas de uso predominante pelos usuários de cada grupo.

Foram encontrados no livro de registro de abertura de prontuários, um total de 456 nomes, ou seja, 456 pessoas buscaram atendimento pela primeira vez nesse CAPSad no período entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2015 e ainda não possuíam prontuário aberto. Desses, 340 encaixaram na proposta da pesquisa. Dos 116 prontuários restantes, 33 não se encaixaram em nenhum dos grupos porque ainda eram ativos em 01 de janeiro de 2017 respeitando o critério de 6 meses sem ir no CAPSad para ser considerado inativo. Outros 83 nomes de usuários encontrados no livro de registro de abertura de prontuários não se adequavam a nenhuma proposta seja porque seu prontuário não foi encontrado, ou porque tiveram um novo acolhimento no ano de 2015, seja porque não completou o acolhimento ou porque ao procurar o CAPSad pela primeira vez foi identificado logo na entrevista de acolhimento que o paciente não se adequava na proposta de atendimento do local sendo assim, o paciente é encaminhado a outro CAPS.

Das 340 pessoas que preenchiam os critérios para participar das entrevistas, 122 estavam caracterizadas como grupo 1, ou seja, participaram apenas de uma entrevista de acolhimento. Outros 139 usuários estavam caracterizados como grupo 2, ou seja, usuários que frequentaram o CAPSad de forma intercalada com faltas por no máximo 5 atendimentos. Para o grupo 3, 54 usuários caracterizaram com o grupo, ou seja, usuários que frequentaram o CAPSad com assiduidade durante o período de até 6 meses, e 25 usuários estavam caracterizados como grupo 4, que são, usuários que frequentaram o serviço por período maior que 6 meses.

Os dados encontrados apontam que, das pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad no ano de 2015, 83,8% são homens e 16,2% são mulheres. Diferente de Moreira (2016) que realizou um estudo em um CAPSad da região leste de Goiânia e identificou que 68% dos usuários do serviço eram mulheres.

Tabela 1- Sexo das pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad em 2015

	Masculino	Feminino	Total
Número de pessoas	382	74	456
%	83,8%	16,2%	100%

Fonte: prontuários

As pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez em 2015 no CAPSad, 52,8% relataram fazer uso de álcool. Dados do Ministério da Saúde confirmam esses achados e mostram que em 2001 o consumo de álcool na vida era de 68,7% entre os entrevistados de 108 cidades do Brasil, já em 2005 o mesmo relatório confirma que o consumo de álcool subiu para 74,6%. BRASIL (2009).

Faria;Schneider (2009) realizaram um estudo com 1122 prontuários abertos entre os anos de 2005 e 2007 em Blumenau, e identificou que 44,37% de sua amostra fazem uso exclusivo de álcool.

Nota-se um índice menor na procura pelo tratamento por parte das mulheres, esse fato pode estar relacionado com preconceito que as pessoas enfrentam em relação ao uso da substância principalmente as mulheres.

Cesar (2006) realizou uma pesquisa na Unidade de Tratamento de Alcoolistas no Instituto Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, com o objetivo de discutir as peculiaridades do alcoolismo feminino e aponta que 90% das mulheres entrevistadas relataram beber em esfera privada do que em esfera pública. E aponta ainda que 70% da sua mostra relataram ter sofrido algum tipo de violência na infância ou adolescência por parte de algum parente, e que como consequência desse abuso/violência, nota-se o início do uso de substâncias psicoativas na infância e na adolescência. O autor observou ainda que pessoas que sofrem algum tipo de violência doméstica na infância e adolescência tendem a constituir relacionamentos afetivos com pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Contudo as mulheres apresentam um percentual maior em relação ao controle do consumo da substância, Cesar (2006) verificou que os períodos de gestação e amamentação dos bebês contribuem para esse controle, e até mesmo para deixar o uso de vez.

Relataram fazer uso de maconha 24,3%, a cocaína aparece com 16,0%. Os dados do ministério da Saúde apontam que em 2001 o consumo de maconha entre os brasileiros era de 6,9%, já em 2005 esse consumo subiu significativamente para 8,8%. Seguido da cocaína com 2,3% em 2001 e 2,9% em 2005, respectivamente.(BRASIL,2009), esses dados apontam que além do álcool o consumo de maconha e cocaína tiveram um aumento significativo na vida dos brasileiros. Peixoto et al, (2010) aponta que as pessoas que aderiram ao tratamento em um CAPSad de Cuiabá 12,5% faziam uso de maconha como droga principal e 15,3% usavam cocaína.

Já o crack aparece com 25,2%. Dados do relatório brasileiro sobre drogas apontam que em 2001 o uso de crack na vida era de 0,4%, já em 2005 esse consumo aumentou para 0,7%, dos entrevistados nas 108 cidades brasileiras. Ribeiro e Carvalho (2015) realizaram um estudo com 268 indivíduos que estavam em tratamento num CAPSad de Curitiba-PR e avaliaram as características sociodemográficas e o padrão de uso de drogas dos indivíduos e encontraram que em ambos os grupos avaliados o crack aparece como a droga ilícita mais usada no ano último ano assim como quando eles consideraram o uso no último mês. (BRASIL,2009). 26,7% relataram fazer uso de tabaco,o I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras droga, aponta que 46,7% dos jovens brasileiros fizeram uso de produtos do tabaco na vida. (BRASIL,2010). E fazem uso de duas ou mais drogas 46,2% das pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad. Um levantamento realizado nas 27 capitais brasileiras sobre uso de álcool, tabaco e outras drogas identificou que 58,1% dos entrevistados usaram mais de duas drogas (N = 7.387), dentre os quais quase 68% (4.932/7387) fizeram uso de três ou mais substâncias.

Tabela 2: Tipos de drogas usadas pelos usuários que procuraram atendimento pela primeira vez em 2015 em um CAPSad de Goiânia.

Drogas	N (456)	%
Álcool	(241)	52,8%
Maconha	(111)	24,3%
Cocaína	(73)	16,0%
Crack	(115)	25,2%
Tabaco	(122)	26,7%
Múltiplas Drogas	(211)	46,2%

Fonte: Prontuários

Levantar dados a cerca dos tipos de substâncias psicoativas mais utilizadas contitui-se uma tarefa difícil, principalmente quando se busca identificar danos causados na vida do indivíduo, pois boa parte dos usuários

fazem uso abusivo de mais de uma substância. Os dados apresentados a seguir são referentes ao uso de apenas uma droga .

Das 456 pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad, 19,2% relataram fazer uso apenas de álcool, e, 5,0% relataram usar apenas o crack, usam apenas maconha 4,1%, e relataram usar apenas cocaína 2,4% das pessoas que buscaram atendimento no CAPSad pela primeira vez em 2015. O consumo de duas ou mais substâncias aparecem com 46,2%, não consta o tipo de droga no prontuário de 2,6% dos usuários e relataram não fazer uso de drogas 0,6%, usam somente tabaco 1,0%, alprazolam 0,2%.

Tabela 3- Usuário apenas de uma droga x múltiplas drogas

Drogas	Número de pessoas	%
Álcool	88	19,2
Alprazolam	1	0,2%
Cocaína	11	2,4%
Crack	23	5,0%
Maconha	19	4,1%
Não consta no prontuário	12	2,6 %
Não usa drogas	3	0,6%
Tabaco	5	1,0%
Múltiplas drogas	211	46,2%
Total	456	100%

Fonte: prontuários

Os dados seguintes serão referentes as pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad e que se adequaram no perfil da pesquisa. Das 340 que adequaram no perfil da pesquisa 83,5% eram homens e 16,4 eram mulheres.

Tabela 4: pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez em um CAPSad de Goiânia, de acordo com sexo.

	Masculino	Feminino	Total
Número de pessoas	284	56	340
%	83,5%	16,4%	100%

Em relação ao tipo de drogas mais usadas pelos 340 usuários que se enquadravam na proposta da pesquisa, foi relatado o seguinte: apenas álcool com 23,5%, apenas alprazolam com 0,2%, apenas cocaína com 3,2%, apenas crack 6,7%, não consta o tipo de drogas no prontuários de 3,5% dos usuários,

relataram fazer uso de tabaco 1,1%, disseram não fazer uso de nenhuma droga 0,8% e relataram fazer uso/abuso de duas ou mais drogas 55,5% dos usuários.

Tabela 5- Usuário apenas de uma droga x múltiplas drogas - pessoas que adequaram no perfil da pesquisa

Drogas	Número de pessoas	%
Álcool	80	23,5%
Alprazolam	1	0,2%
Cocaina	11	3,2%
Crack	23	6,7%
Maconha	17	5%
Não consta no prontuário	12	3,5%
Tabaco	4	1,1%
Justiça	3	0,8%
Múltiplas drogas	189	55,5%
Total	340	100%

Fonte: prontuários

Dos 340 usuários que se adequaram na proposta da pesquisa, caracterizavam como o grupo um 122 usuários que fizeram apenas o acolhimento, no grupo dois 139 usuários que frequentaram o CAPSad de forma intercalada com faltas por no máximo 5 atendimentos, no grupo três 54 usuários que frequentaram o CAPSad com assiduidade durante o período de até 6 meses, e no grupo quatro 25 usuários que frequentaram o serviço por período maior que 6 meses. Não adequavam em nenhum grupo, 33 usuários que foram considerados ativos de acordo com o critério adotado pelo serviço para serem considerados inativos.

No momento do acolhimento no CAPSad de Goiânia relataram fazer uso apenas de álcool 21 pessoas que caracterizavam o grupo 1, 32 pessoas do grupo 2 também disseram fazer uso somente de álcool, 19 pessoas do grupo 3 relataram usar somente álcool e 7 pessoas do grupo 4 disseram usar somente álcool. Relataram fazer uso somente de crack 9 pessoas do grupo 1, 9 usuários do grupo dois, 2 pessoas do grupo 3 e três pessoas que caracterizavam como grupo 4 relataram fazer uso/abuso somente de crack. A maconha aparece com 6 relatos de usuários de pessoas que caracterizavam como grupo 1, 7 relatos para o grupo 2, três relatos para o grupo 3 e um relato no grupo 4. Não constava tipos de drogas nos prontuários de 9 pessoas do grupo 1, uma pessoa do grupo 2. No momento do acolhimento 2 pessoas que caracterizavam como grupo 1 relataram não fazer uso de nenhuma droga, pois estavam sendo encaminhadas

ao CAPSad através da justiça terapêutica, uma pessoa do grupo 2 também relatou estar sendo encaminhado pela justiça. O tabaco aparece como uso principal em 2 relatos de usuários do grupo 1, e dois relatos de usuários do grupo 2. O uso de duas drogas ou mais aparecem nos relatos de 68 usuários que caracterizavam como grupo 1, em 82 usuários do grupo 2, em 30 usuários do grupo 3 e 11 usuários do grupo 4.

Das pessoas consideradas ativas, 8 relataram no momento do acolhimento fazer uso somente de álcool, 2 relataram fazer uso somente de maconha, um usuário relatou usar somente tabaco e 22 pessoas relataram fazer uso de duas ou mais drogas.

Tabela 6- Usuários de apenas uma droga x múltiplas drogas de acordo com os grupos propostos para a pesquisa e ativos no CAPSad.

	Grupo 1	Grupos 2	Grupo 3	Grupo 4	ATIVOS
Álcool	21	32	19	7	8
Cocaina	5	4	-	2	-
Crack	9	9	2	3	-
Maconha	6	7	3	1	2
Não consta	9	1	-	1	-
Justiça	2	1	-	-	-
Tabaco	2	2	-	-	1
Múltiplas drogas	68	82	30	11	22
Alprazolam	-	1	-	-	-
Total	122	139	54	25	33

Fonte: Prontuário

Das 456 pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez em um CAPSad de Goiânia, 33 deles não encaixavam em nenhum dos grupos selecionados para a proposta da pesquisa, por estarem ativos até 1 de janeiro de 2017, o que corresponde a 7,23% das pessoas que buscaram tratamento pela primeira vez no CAPSad em 2015. Destes em junho de 2017, apenas 17 estão ativos frequentando os grupos terapêuticos em junho de 2017 o que corresponde um total de 3,72% dos nomes encontrados no livro de registro de abertura de prontuários do CAPSad de Goiânia em 2015.

Tabela 7- Pessoas que permaneceram ativas no serviço

	Ativos em janeiro de 2017	Ativos junho de 2017
Usuários que buscaram atendimento pela primeira vez em 2015	33	17
%	7,23%%	3,72%

Fonte:prontuários

Se olharmos para os dados de uma outra pesquisa realizada no mesmo CAPSad de Goiânia, observa-se que os dados apontam uma descontinuidade maior no tratamento das pessoas que fazem uso/abuso de outras drogas, 59,2% não alcançando nem um mês de tratamento no CAPSad, já os usuários que fazem uso apenas de álcool permaneceram por até três meses de tratamento no local. Nossos achados mostram que das 33 pessoas consideradas ativas os 8 que fazem uso somente de álcool, permanecem ativos em 2017 ultrapassando 1 ano e 6 meses de tratamento.

As pessoas que fazem uso de múltiplas drogas incluindo o álcool 11 continuam frequentando os grupos terapêuticos em 2017, ultrapassando 1 ano de tratamento ininterruptos. Esses dados foram cruzados com a data de acolhimento registrada nos prontuários com a data que tem em seus prontuários como sua última ida ao CAPSad.

A descontinuidade ao tratamento de usuários de substâncias psicoativas no CAPSad de Goiânia não é uma realidade considerada nova para o serviço. Por vezes observamos profissionais poucos engajados na proposta original dos CAPSad, o que resulta no possível afastamento de usuários da própria unidade. Talvez este problema esteja voltado devido a formação destes profissionais, que não buscam uma proposta de cuidado visando a reabilitação social dos usuários.

Os dados seguintes serão referentes aos tipos de substâncias psicoativas que foram relatadas pelos usuários no momento do acolhimento como a droga de preferência. Estes dados foram retirados dos prontuários e analisados de acordo com cada sexo.

Dos (340) usuários que adequaram na proposta da pesquisa, 83,5% eram do sexo masculino, o que corresponde a (284) usuários e 16,4% são do sexo feminino (56) usuários. Do total dos homens, 61 relataram fazer o uso somente de álcool (17,9%), Faria e Schneider (2009) mostram os índices de sua pesquisa sobre a dependência, o consumo de álcool são significativamente mais prevalentes entre os homens (14,9%) do que em relação às mulheres (4,6%) no Sul do Brasil. Faria e Schneider (2009). Assim podemos notar que a população masculina é mais atingida pela prevalência no consumo de álcool.

Tabela 8: Droga de preferência de acordo com sexo masculino

Drogas	Número de pessoas	%
Álcool	61	17,9%
Alprazolam	1	0,2%
Cocaína	11	3,2%
Crack	19	5,5%
Maconha	16	4,7%
Não consta no prontuário	7	2,0 %
Não usa drogas	2	0,5%
Tabaco	2	0,5%
Múltiplas drogas	165	48,5%
Total	284	100%

Relataram fazer uso somente de maconha (4,7%) dos usuários, (3,2%) relataram fazer uso somente de cocaína,(5,5%) relataram fazer uso somente de crack, relatou fazer uso de alprazolam (0,2%). Em 2,0% dos prontuários não constavam nenhum tipo de droga, (0,5%) relataram não fazer uso de nenhuma droga e (48,5 %) relataram fazer uso de múltiplas drogas.

Tabela 9: Droga de preferência de acordo com sexo feminino

Drogas	Número de pessoas	%
Álcool	17	30,3%
Cocaína	-	-
Crack	4	7,1%
Maconha	1	1,7%
Não consta no prontuário	4	7,1%
Não usa drogas	1	1,7%
Tabaco	2	3,5%
Múltiplas drogas	27	48,2%
Total	56	100%

Das mulheres que se adequavam na proposta da pesquisa 30,3% relataram fazer uso somente de álcool, (7,1%) fazem uso somente de crack, 1,7% relatou fazer uso somente de maconha, 3,5% disseram fazer uso somente de tabaco, em 7,1% dos prontuários não constavam o tipo de droga de preferência do usuário, e 1,7% das mulheres que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad de Goiânia relataram ter sido encaminhadas pela justiça terapêutica e 48,2% relataram fazer uso de duas drogas ou mais.

Identificar o tipo de droga de preferência de usuários de substâncias psicoativas é uma tarefa difícil, pois a maioria das pessoas que fazem uso/abuso de drogas usaram ou usam mais de uma substância. Identificamos em nossos dados que o álcool é a droga mais usada em todos os perfis que compõem nossa mostra. No entanto, o uso de múltiplas drogas sobressai incluindo inclusive o

álcool como droga outra droga. Esse fenômeno pode estar atrelado ao uso inicial da substância, pois o álcool é considerado pelo Ministério da saúde como a substância mais utilizadas pelos jovens brasileiros.(BRASIL,2010). Embora o álcool esteja atrelado a droga inicial de uso, frequentemente vemos relatos de pessoas que fazem uso de outras drogas, buscam no álcool como uma forma de diminuir os efeitos desagradáveis das outras substâncias, assim como existe casos de pessoas que procuram para intensificar o efeito aguardável da outra droga.

A fase de estudos do livro de registro abertura de prontuários e dos próprios prontuários abertos no CAPSad em 2015 foi importante para que retirássemos informações que nos deu aparato visando compreender melhor as condições de vida das prováveis pessoas que fariam parte de nossa amostra e suas relações com as substâncias de uso.

As informações a seguir, serão referentes ao momento em que foi feito o primeiro contato telefônico com os possíveis entrevistados e suas principais dificuldades encontradas. Ainda serão apresentados as principais motivações relatadas pelos usuários para a não participação na pesquisa além de informações que sustentam o motivo pelo qual os grupos 1 e 4 não tiveram sua mostra completa como proposto inicialmente na metodologia.

#### **4.2. Contato com possíveis entrevistados e as dificuldades encontradas.**

Das pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad em 2015, 340 encaixaram na nossa proposta de pesquisa. Sendo que 122 usuários se encaixaram no Grupo 1; 139 Usuários no Grupo 2; 54 usuários no Grupo 3 e somente 25 usuários se encaixaram no Grupo 4.

Para cada grupo inicialmente foi realizado um sorteio contendo dez(10) nomes, a partir daí foi feito o primeiro contato telefônico esgotando as possibilidades de entrevistas com os sorteados. Dessa forma houve a necessidade de realizar novos sorteios para cada agrupamento sendo que para o grupo um foram realizados até o esgotamento dos possíveis entrevistados. Para o grupo dois foram necessário três novos sorteios, para o grupo três foram necessário dois novos sorteios para alcançar o total de pessoas entrevistadas.

Para o grupo quatro foram realizados novos sorteios esgotando-se assim, as possibilidades de totalizar a amostra de 5 pessoas para este grupamento.

O total de entrevistas, portanto foram quatorze (14). Três (03) grupo 1, cinco (05) grupo dois, cinco (05) grupo 3, um (01) grupo 4. Cinco (05) entrevistas, foram realizadas nas residências dos pacientes, utilizando o veículo da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que era necessário o agendamento antecipado no Distrito Sul deste veículo com o motorista. Outras três (03) visitas agendadas para acontecer na casa dos pacientes, no entanto ao chegar no local, fomos recebidos por familiares que relataram que os possíveis entrevistados tinham saído para entrevistas de emprego.<sup>1</sup>

Os outros oito (08) usuários que aceitaram participar da pesquisa desprenderam de seu tempo para ir até o CAPSad, destes, um (01) manifestou o desejo de retomar o tratamento alegando que deixara de frequentar os grupos terapêuticos, devido outros usuários chegarem no local embriagados e com cheiro de álcool e isso despertava-lhe o desejo de beber. Alegou também que seu pai estava em sua casa e que o mesmo fazia uso de bebida alcóolica todos os dias que para ele estava sendo muito difícil manter-se limpo e não beber. O paciente foi encaminhado para a recepção do CAPSad que teve seu recolhimento realizado por um profissional do local.

Adotamos o procedimento de realizar o primeiro contato, sempre por telefone e destacamos como principal dificuldade encontrada para o contato com os pacientes a inexistência dos números de telefones disponíveis nos prontuários. Consideramos como um dos principais fatores limitantes para acessar este público.

A tabela a seguir apresentará as principais dificuldades encontradas na fase que correspondeu os contatos telefônicos com os possíveis participantes sorteados para cada grupamentos da pesquisa. Em seguida serão apresentados as principais dificuldades apresentadas pelos pacientes contatados de acordo com cada grupo assim como outras dificuldades que nos impediu de contata-los.

---

<sup>1</sup> Estes possíveis entrevistados, estão incluídos nos dados como usuários que não aceitaram participar da pesquisa.

Tabela 10- Contato telefônico e as principais dificuldades

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Total
Total de pessoas enquadradas no grupo	122	130	54	25	340
Total de pessoas sorteadas	122	36	30	25	213
Aceitaram participar da pesquisa	3	5	5	1	14
Não aceitaram participar da pesquisa	20	4	-	5	29
Não tinha contato nos prontuários	6	-	4	-	10
Número de telefone não existe	85	23	18	15	141
Não mora mais em Goiânia	4	1	2	2	9
Estava em recaída	2	1	-	-	3
Estava internado	1	-	-	1	2
Falecidos	1	-	1	-	2
Estava preso	-	1	-	-	1
Estava viajando	-	1	-	-	1
Estava em situação de rua	-	-	-	1	1

Observa-se que o número de telefone inexistente foi a principal dificuldade encontrada para conseguirmos acessar estes possíveis participantes, em seguida a não aceitação em participar da pesquisa alegando diversos motivos que serão descritos abaixo para cada grupo. Os prontuários que não continham números de telefones aparecem em 3º lugar. Não residem mais em Goiânia aparece em seguida com (09) pessoas, os que estavam em recaídas no momento do contato telefônico foram (03) e estavam internados segundo os familiares foram (02) ainda de acordo com familiares (02) faleceram em decorrência de outros problemas de saúde. Estava preso (01) e viajando (01) e em situação de rua (01) pessoa .

Em relação ao Grupo um (01), havia, por parte dos pesquisadores, o temor de não conseguir encontrar pacientes suficientes para a amostra, porque sua composição envolve pessoas que participaram somente do acolhimento no CAPSad. Essa desconfiança se confirmou e apenas três pessoas do grupo um (01) foram entrevistadas.

Em toda pesquisa, as pessoas que realizaram apenas acolhimento no CAPSad no ano de 2015, teve um número significativo em relação aos grupos aos demais grupos, ficando abaixo somente do grupo 2, pois sua característica também é de baixa adesão ao tratamento no CAPSad.

No Livro de registro de abertura de prontuários no ano de 2015, foram encontrados um total de 122 usuários para este grupo. Foi realizado sorteio para estabelecer a ordem daqueles a serem convidados a participar da

entrevista. Tentou-se contato telefônico com todos os componentes do grupo 1, no entanto, foi possível entrevistar apenas 3 dos usuários caracterizados nesse grupo. Nesse primeiro contato telefônico feito com as pessoas caracterizados dentro do grupo um (01), recebemos e registramos os seguintes retornos.

A dificuldade mais recorrente foi número de telefone inexistente, ainda assim foram feitas diversas tentativas para garantir a resposta, totalizando oitenta e cinco (85) pacientes. Seis (6) usuários não tinham contato no prontuário, fato comum no CAPSad, pois recebe muitas pessoas em situação de rua ou que estão em casa de acolhida. Vinte (20) usuários não aceitaram participar da pesquisa. Desses muitos disseram não poder ir ao CAPSad e que não poderiam receber visita em casa, outros que não queriam participar porque foi uma fase ruim da sua vida que não gostaria de lembrar. Quatro (4) usuários disseram não residir mais em Goiânia. Outros dois (2) usuários, os familiares disseram que estavam em recaída sendo que um (01) usuário relatou vontade de voltar a fazer o tratamento e pediu que a filha que o levasse, mas esta alegou falta de tempo para acompanhá-lo. O pai de um (01) usuário disse que ele estava internado no Centro de Reabilitação em Dependência Química (CREDEQ) e que nunca parou de usar drogas. Em outro caso a família relatou que o usuário teve câncer e veio a óbito.

O contato com os participantes do grupo 2 foi tranquilo. Não houve a necessidade de sortear mais do que 36 usuários para obter o aceite e participação de cinco (5) colaboradores. Quatro (4) pacientes não aceitaram participar justificando não querer lembrar dessa fase ruim de suas vidas e ressaltaram que não estavam fazendo o uso de drogas naquele momento. Também alegaram que estão trabalhando e que não conseguem tempo para responder a entrevista, pois a mesma deveria ser realizada em horários comerciais, e em casos de visitas domiciliares, preferencialmente com o acompanhamento de um profissional do CAPSad e, ir com o carro da prefeitura.

Em vinte e três (23) usuários os números retornavam como inexistente. Um (1) paciente estava em recaída, sua avó alegou que sempre teve problemas com o uso de drogas e que este uso se relaciona com a opção sexual, pois a mãe não aceita sua escolha e ela se sente rejeitada. Relatou, inclusive, que houve muitos episódios de tentativa de suicídio. Um (1) paciente segundo os familiares, não mora mais em Goiânia. Um (1) estava preso e um (1), de acordo

com a família estava viajando no momento do contato sem data prevista para volta. Esses dados estão sintetizados no quadro a seguir

Em relação ao grupo 3, o número de usuários sorteados foi ainda menor que o do Grupo 2. Da amostra total de cinquenta e quatro (54) pessoas que se encaixaram nesse grupo, houve a necessidade de sortear apenas trinta (30) para alcançar o número necessário de cinco (5) pessoas para as entrevistas. Dos cinco (5) que aceitaram realizar a entrevista, dois (2) foram ao CAPSad Casa para as entrevistas e, em três (3) casos, a entrevista foi realizada em suas residências à pedido

Das tentativas de contato, em dezoito (18) casos, o número acionou mensagem de inexistente. Quatro (4) pacientes não tinham contatos no prontuário, um (1) os familiares informaram que veio a óbito após um acidente doméstico e dois (2) não residem mais em Goiânia. Estes dados estão sintetizados no quadro a seguir.

Surpreendentemente, o grupo 4 foi o que apresentou maiores dificuldades nessa fase do processo de pesquisa. A princípio acreditava-se que seria o grupo no qual se teria maior facilidade de acesso, porém, ao iniciar a coleta de dados, dificuldades começaram a aparecer.

Foram analisados 25 prontuários dos usuários que se encaixaram neste grupo. Ao entrar em contato por telefone, identificar que era do CAPSad e que o motivo da ligação era uma pesquisa sobre a (re)organização de vida das pessoas que tiveram baixa adesão ao tratamento no CAPSad, apenas um (01) usuário de um total de (25) pessoas sorteados que encaixavam neste grupo aceitou participar e compareceu para a entrevista. Outros cinco (5) contatos não aceitaram participar, alegando as mais diversas dificuldades. Com outros quinze (15) pacientes não foi possível o contato, pois o número de telefone retornava como inexistente. Dois (2) pacientes não moravam mais em Goiânia, um (01) estava internado na casa de Eurípedes, e um (01) estava em situação de rua, segundo informações de familiares.

Dessa forma, a coleta para este grupo (04) teve seu total reduzido somente para um entrevistado. Ao realizar a entrevista com a usuária que aceitou participar da pesquisa, a mesma demonstrou interesse em retornar ao tratamento no CAPSad e relatou que deixou de frequentar o serviço devido a recaídas e, desde então, ficou com vergonha de retornar à unidade. Ela encontra-se doente, necessita de cirurgia de hérnia abdominal e acredita estar

com cirrose, devido ao uso do álcool. A usuária acredita que a pior droga é o álcool.

O primeiro contato com os possíveis participantes teve um significado muito grande em nossa pesquisa, pois foi uma fase em que nos situamos melhor em relação ao público estudado. Esta fase também nos antecipou quais seriam as melhores formas de abordagens em relação aos pacientes no momento das entrevistas. Os dados a seguir correspondem ao perfil dos usuários que fizeram parte de nossa mostra e também as análises das respostas dos usuários entrevistados.

Quadro 1- Panorama das entrevistas e dos entrevistados

		sexo	Droga	Idade	Acolhimento	Estado civil	Local da entrevista	Duração da entrevista	Moradia
Grupo 1	Entrevistado12	M	Álcool	N/C	17-03-15	solteiro	Casa do usuário	30'43"	Própria
	Entrevistado13	M	Crack	54 anos	30-03-15	casado	Casa do usuário	28'56"	Aluguel
	Entrevistado 14	M	Alcool crack	43 anos	27-05-15	solteiro	Csa do usuário	22'10"	Própria
Grupo 2	Entrevistado 1	M	Álcool	55 anos	18-12-15	separado	caps	20'52"	Própria
	Entrevistado 4	M	Álcool	53 anos	26-05-15	casado	Casa do usuário	19'40"	cedida
	Entrevistado 3	M	Alcool tabaco	56 anos	29-04-15	casado	Caps	25'05"	Própria
	Entrevistado 2	M	Maconha; Cocaina Crack alcool	42 anos	27-05-15	separado	Caps	50'21"	Própria
	Entrevistado 11	M	Cocaina; alcool	29 anos	13-11-15	casado	Caps	32'55"	aluguél
Grupo 3	Entrevistado 8	M	Alcool	36 anos	25-11-15	casado	Caps	35 Minutos	Aluguel
	Entrevistado 6	M	Cocaina; Álcool	34 anos	05-08-15	Solteiro	Caps	26'18"	própria
	Entrevistado 7	F	Cocaina; Álcool	31 anos	24-06-15	solteiro	Casa do usuário	38'27"	própria
	Entrevistado 5	M	Alcool	45 anos	11-11-15	solteiro	Caps	17'52"	Própria
	Entrevistado 10	M	Maconha; cocaina	27 anos	20-05-15	solteiro	Casa do usuário	25'49"	Própria
Grupo 4	Entrevistado 9	F	Alcool	52 anos	11-02-15	solteiro	Caps	29'25"	Própria

Nossa mostra foi composta em sua maioria por homens, com idade entre 27 e 54 anos, casados, usuários de múltiplas drogas, e moradia própria. O perfil das mulheres entrevistadas foi com idade média entre 32 e 52 anos, solteira usuárias de álcool e outras drogas com moradias próprias.

Ao realizar a primeira entrevista com usuários do grupo 1, foi possível perceber que as perguntas 1 e 2 não contemplavam os grupos, principalmente o grupo 1, pois sua ida ao CAPSad fora somente no momento do acolhimento.

Em alguns momentos houve a necessidade de acrescentar perguntas a partir das respostas dos entrevistados que possibilitasse a obtenção de dados.

### **4.3. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS**

O roteiro de entrevista semi-estruturado foi elaborado contendo treze (13) perguntas abertas que contemplavam aspectos que foram considerados importantes para a organização de vida em geral de um indivíduo na sociedade. No momento das entrevistas, foram realizadas as treze (13) perguntas que estavam no roteiro, em alguns momentos houve a necessidade de repetir a pergunta e em alguns casos foi necessário fazer perguntas complementares pois as respostas que os entrevistados nos retornava não contemplavam a pergunta principal sendo necessário fazer outra pergunta a partir da resposta dada pelo entrevistado. Quando realizadas as perguntas complementares, em muitos casos foram a partir destas perguntas que nós conseguimos identificar Unidades de Sentido para destrinchar a análise de dados.

As respostas dos entrevistados foram sistematizadas com 5 pontos de discussão. Nesse sentido respostas de algumas perguntas foram congregadas em algumas situações para compor um ponto de discussão. Foram identificadas unidades de sentido, que permitiram elaborar linhas de análise da forma como o ponto é percebido pelos usuários. A partir das respostas dos usuários entrevistados, foram criados 5 pontos de discussão:

- A experiência dos entrevistados com o CAPSad.
- Percepção geral sobre sua relação com a substância: consequências e necessidades.
- Situação profissional dos entrevistados
- Relações familiares, amorosa e de amizade e (re) organização de vida
- Os espaços de lazer e suas implicações para o contato com substâncias psicoativas.

#### **4.3.1. A experiência dos entrevistados com o CAPSad**

O primeiro ponto da análise foi construído a partir das respostas das quatro primeiras perguntas das entrevistas que são:

1. Durante quanto tempo você ficou em tratamento no CAPSad?

2. Você se lembra de quais atividades voce participou e quais profissionais te acompanharam no CAPSad?
3. O período em que você esteve em tratamento no CAPSad, contribuiu para sua (re)organização de vida em relação ao uso de álcool e outras drogas?
4. Por que você deixou de frequentar o CAPSad?

Os dados seguintes referem-se aos relatos dos entrevistados que aceitaram participar da pesquisa. Observa-se nos relatos o motivo pelo qual os participantes descontinuaram seu tratamento. Devemos destacar que entre os quatro grupos criados para a pesquisa os grupos 1 e 2 as pessoas não permaneceram no tratamento no CAPSad por pelo um mês e dessa forma é difícil afirmar até mesmo que tiveram baixa adesão ao tratamento. Os principais argumentos relatados pelos entrevistados para a descontinuidade do tratamento foram as recaídas, o transporte e trabalho, identificamos ainda que o uso abusivo das substâncias psicoativas além dos prejuízos financeiros, sociais e familiares os entrevistados apresentaram uma certa confusão em relação ao tempo de permanência em tratamento, assim como se recordam quais profissionais com os quais se envolveram. Esse tempo de permanência no CAPSad foi cruzado com respostas dos entrevistados nos registros de frequência dos grupos terapêuticos e consultas médicas constante nos prontuários. As perguntas 2 e 3 da entrevista faziam pouco sentido aos entrevistados do grupo 2, mas sobretudo do grupo 1, pois eles não chegaram a ter tempo de se envolver com profissionais e atividades oferecidas pelo CAPSad nem de se ater com elas em sua organização de vida.

Dos 14 entrevistados, sete (07) relataram ter tido recaídas e por isso não retornaram para fazer o tratamento, destes, dois(02) correspondem ao grupo 1, três (03) ao correspondem ao grupo 2, um (01) corresponde ao grupo 3 e um (01) corresponde ao grupo 4. Os outros 7 entrevistados relataram entre outros motivos para a não continuidade do tratamento, a falta de dinheiro para o transporte e outros relataram que o trabalho os impediam de permanecer em tratamento. Em relação às últimas variáveis serão apresentados dados logo a seguir.

Alvarez (2007) considera que a recaída é uma parte do processo de reabilitação desse tipo de paciente e não o final deste processo. Para o autor, os

fatores que levam os pacientes a terem recaídas ou que justifiquem suas razões para usar a substância estão relacionados às dificuldades na área familiar com 34,3%, esses dados apontam que essa relação pode ser difícil tanto com a família de origem quanto com a família constituída. Em segundo lugar o autor destaca que 23,8% dos entrevistados em sua pesquisa que buscou entender os fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo relataram a necessidade de beber novamente, pois esse fato ocorre por fatores psicológicos e fisiológicos, sendo também importante ressaltar a influência de amizades cerca de 13,3% que pode ser um fator para as recaídas. “A recaída faz parte do processo de mudança e, muitas vezes, é essencial para que a pessoa possa aprender com a experiência e recomeçar de uma forma mais consciente”. (ALVAREZ, 2007, p.190).

De acordo com Alvarez (2007), apenas um 1/3 dos pacientes que procuram tratamento em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas conseguem ficar abstinentes permanentes. Um outro terço apresenta episódios de recaídas, mas retornam ao tratamento e um outro terço tem recaídas crônicas, o que implica na recuperação deste indivíduo. O autor destaca que nos três primeiros meses de tratamento 70% a 90% dos usuários de substâncias psicoativas tem recaídas.

Neste sentido levantamos os seguintes questionamentos. O CAPSad consegue acolher as pessoas que estão em uso, ou estas pessoas precisam ou são encaminhadas a outros locais como os CREDEQ para desintoxicação e após esse período o usuário começa o tratamento no CAPSad? O CAPSad, trabalha na perspectiva de desintoxicação ambulatorial? Se o CAPSad tivesse seu funcionamento 24 horas, os caps III e unidades de acolhimento possibilitasse uma adesão maior dos usuários trabalhadores?

Esses questionamentos sugere discussões a respeito do modelo de atendimento oferecido no CAPSad investigado. Talvez o conhecimentos em relação ao tratamento oferecido nos CAPSad ainda não esteja de forma intrínseca na implementação da política. Esses conhecimentos quando colocados em práticas no ambiente de um CAPSad, sugere possibilidades de maior adesão dos usuários que buscam atendimento no local.

Parloff et al s/d (apud Alvarez; 2007) destacam que apenas 26% dos alcoolistas em tratamento permanecem abstinentes após um ano de tratamento.

Alvarez (2007), realizou estudo para conhecer os fatores que favorecem as recaídas em pessoas que estão em tratamento para dependência de álcool e concluiu que as dificuldades familiares se sobressaem com 34,3% de sua mostra. Em segundo lugar estão os fatores psicológicos e fisiológicos com 23,8%, além da influência de amigos com 19% e as comemorações, festas etc com 13,3%.

Ferreira et al (2016) apontam como resultados de sua pesquisa, para entender fatores intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos que, dentre as determinantes intrapessoais de recaídas, está a baixa autoeficácia relacionada à manutenção da abstinência que resulta na reincidência do uso.

Marlatt (2009 apud Ferreira et al 2016.p.8) [...] "apontam que a baixa crença na habilidade de enfrentar uma situação de alto risco e manter-se abstinente, maior é a probabilidade de recaída". Ou seja, para que o tratamento seja efetivo, é necessário que o paciente aceite o tratamento e busque diferentes formas de lidar com os problemas pessoais, sociais e familiares, além de retomar a autoconfiança e o poder de enfrentamento em meio a sociedade.

A recaída está relacionada a diversos fatores de risco que o paciente pode tomar consciência de sua falta de habilidade para lidar com tais fatores e criar estratégias de enfrentamento ao problema, podendo evitar uma simples escolha de usar a substância (FERREIRA et al 2016).

Para Carvalho et al (2011 apud FERREIRA et al 2016) ao mesmo tempo que a baixa autoeficácia é um fator predisponente a recaídas, a elevada autoeficácia também pode promover recaídas, pois os indivíduos têm a idéia de que conseguem fazer o controle do uso da substância e isso favorece a recaídas. Esse fator pode estar diretamente relacionado a idéia de que os indivíduos estão curados e conseguem parar de fazer o uso sempre que desejar, o que, na maioria das vezes, não acontece.

Em nossos achados a recaída aparece nos relatos de diversas formas, ilustraremos com alguns relatos dos entrevistados.

[parei ]por causa desses deslizes que eu tive, pelas perdas eu fiquei mais perto da minha mãe e tal, eu larguei de frequentar, mas o pessoal aqui é tudo gente boa.(entrevistado 9)

Assim, eu consigo ficar um tempo sem, igual eu fiquei essa quase um ano, mas de repente veio a vontade de novo e eu não dei conta de segurar a onda e tive que usar, tive que usar não, usei né? ( Entrevistado 13)

[Permaneci] cerca de 4 meses . Tive recaída após um ano e dois meses. Gostei do serviço ( Entrevistado 2)

Apesar de não percebermos relatos negativos em relação ao CAPSad, percebemos a associação entre estar abstinente com a permanência ou não no CAPSad. Dessa forma levantamos questionamentos em relação ao momento do “acolhimento” feito no CAPSad, este momento sugere forte potencial de criação de vínculos com o usuário possibilitando uma possível continuidade do tratamento.

Além de apresentarem episódios de recaídas, observamos nos relatos dos entrevistados uma certa confusão em relação ao tempo de tratamento ou tempo de uso da substância, podemos relacionar este fato como prejuízos de saúde física e fisiológica das pessoas que fazem o uso abusivo de substâncias psicoativas por muito tempo. Dos 14 entrevistados doze (12) relataram não lembrar dos profissionais ou tempo de permanência de tratamento no CAPSad, ou tempo de uso da substância, um (01) relato corresponde ao grupo 1, cinco (05) correspondem ao grupo 2, cinco (05) correspondem ao grupo 3, e um (01) corresponde ao grupo 4. Essa confusão em relação ao tempo de permanência, foi cruzada com as datas correspondentes aos atendimentos dos entrevistados que continham nos prontuários.

Esse fato pode ser associado ao consumo excessivo de substâncias psicoativas que podem desencadear ou agravar danos de desordem mental. Para Pinho et al (2008, p.86).

A heterogeneidade é de fundamental importância na problemática complexa do consumo de álcool e outras drogas, uma vez que afeta as pessoas de distintas maneiras e por diferentes razões. Nesse sentido, a estratégia da reabilitação psicossocial surge como uma resposta às diversas necessidades do usuário, respeitando sua singularidade, a partir da construção de um projeto terapêutico que esteja atento à ocorrência de uma ou mais desordens, pois conforme visto nos estudos analisados, o indivíduo que não tem diagnosticada a comorbidade psiquiátrica apresentará maiores dificuldades de adesão ao tratamento.

As recaídas surgem como potencial para a descontinuidade do tratamento dos usuários de drogas. Por vezes foi possível perceber que na equipe do CAPSad de Goiânia algumas pessoas não demonstram o engajamento necessário que possibilite a criação de vínculos entre o serviço/profissionais e usuários. Uma possibilidade de diminuir esse número de pessoas que vão apenas no acolhimento seria a implantação de CAPSad III, pois o usuário em momento de fissura para usar a droga o CAPSad surge como opção no sentido

de ajudar a evitar a recaída. Além de recaídas e trabalho uma terceira linha de análise está associada a questão do transporte. Nessa linha não foi possível traçar uma diferenciação entre os quatro grupos.

Em todos os grupos houve uma prevalência no argumento em relação ao transporte para a não permanência no tratamento, muitos entrevistados relataram não ter condições financeiras de arcar com as despesas de transportes para manter a frequência nos grupos terapêuticos e nas consultas médicas.

O benefício do vale transporte é concedido pelo setransp, mas, para adquirir este benefício algumas exigências são feitas por parte do serviço para que o usuário tenha acesso. Um dos critérios para a concessão do benefício é a permanência no tratamento por pelo menos 2 meses seguidos, com justificativas convincentes para as possíveis faltas nas consultas médicas, ou terapias em grupo e/ou individual. Muitos relatam não ter dinheiro para custear a passagem do transporte por esse período exigido de tratamento por parte da secretaria. Ressaltamos que a tentativa de conceder o benefício do passe livre logo após o acolhimento dos usuários no CAPSad, acarretou em um número maior de descontinuidade ao tratamento, tendo em vista que muitos buscam o serviço somente para conseguir o benefício e assim lucrar com o mesmo para sustentar o vício, dessa forma há uma mudança de postura do usuário, que sai do lugar de vítima e se torna protagonista. Este fato pode estar relacionado em outro argumento que é o trabalho e que aparecem dentre os entrevistados, 1 está relacionado ao grupo 1, 4 estão relacionados ao grupo 2 e 2 estão relacionados ao grupo 3. O trabalho aparece de diferentes formas para a não permanência no tratamento.

Não, assim, por exemplo, eu passei a trabalhar mais né antigamente eu trabalhava menos, aí eu passei a trabalhar mais, aí a mulher passou a não trabalhar mais né? Aí ficou eu praticamente tomando conta de tudo. (Entrevistado 4)

É porque aí arrumei um serviço no outro dia né? aí já começou o dia que fui trabalhar, aí estando trabalhando não me envolvo com esse tipo de coisa com o álcool, meu serviço na COMURG é das 18 a meia noite, aí durante o dia eu to a toa né? Aí é...mas quando arrumo serviço que to trabalhando fora, aí esqueço. Então, po que aconteceu foi isso. (Entrevistado 1)

No momento da entrevista, dos quatorze usuários entrevistados sete relataram estar trabalhando. O trabalho como descrito acima, aparece de diferentes formas para a descontinuidade no tratamento, ora usuário não tem trabalho dessa forma não é possível custear suas idas ao CAPSad e

permanecer no tratamento, ora o usuário não pode dar continuidade pois as reuniões ou consultas acontecem em horários comerciais e dessa forma os usuários não podem faltar ao serviço. Em muitos casos relacionados ao emprego, muitos usuários deixam de dar continuidade no tratamento também pelo estigma que o usuário de substâncias psicoativas sofre por parte da sociedade. Com medo de perder o emprego muitos preferem não contar aos seus empregadores sobre seu problema de saúde e não segue o tratamento para não se expor diante do empregador ou colegas de trabalho, com medo de resultar na perda de seu emprego.

Um ponto que merece destaque é que o controle da relação do usuário com a substância está diretamente relacionada a falta de perspectiva de trabalho, problemas familiares e emocionais. Sendo assim, o indivíduo fica em situações vulneráveis, muitos chegando a viver em condições de rua (ALMEIDA, 2013).

No atual cenário das políticas públicas relacionado as pessoas que têm problemas em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, emerge a idéia de reinserção social de usuários de álcool e outras drogas. A Política Nacional Sobre Drogas, defende a garantia do tratamento, da recuperação e da reinserção social, sendo que nas etapas de recuperação deve-se destacar as ações que promovem a reinserção familiar, social e ocupacional auxiliando o indivíduo a estabelecer vínculos saudáveis e duradouros. BRASIL (2003). Essa orientação nem sempre é harmônica com os diferentes interesses dos atores sociais envolvidos. No estado de Goiás por exemplo, o governo tem investido financeiramente no tratamento de reclusão, através dos CREDEQ Centros de Referência e Excelência em Dependência Química. O CREDEQ é apresentado como serviço de referência na atenção de usuários gravemente comprometidos com o uso de drogas, contudo seu projeto arquitetônico, apresenta uma arquitetura que foi projetada para internações a longo prazo, embora em seu estatuto a internação não aparece como sendo o objetivo do local.

Para a atenção em saúde mental, deve-se desenvolver as Redes de Atenção Psicossocial de forma que não separem-as da lei antimanicominal (10.216). No entanto o que vemos são ações do governo que preferem atalhos mais fáceis da segregação, o que não traz solução e acaba produzindo efeitos colaterais severos, mediante práticas que já poderiam nem ser cogitadas diante das leis e diretrizes vigentes para a saúde mental.

Para uma boa continuidade ao tratamento é preciso que o usuário reconheça seu problema de saúde e procure o tratamento de forma espontânea. Destacamos que os CAPSad não oferecem tratamentos de forma compulsória é necessário que o usuário manifeste o desejo de buscar e continuar no tratamento. O modelo de atendimento ao tratamento no CAPSad acontece de diversas formas, seja individual ou em grupos coordenados por um ou mais profissionais de diferentes áreas de atuação na saúde.

Essa relação entre áreas profissionais possibilita ao CAPSad uma intervenção junto aos usuários de forma mais dinâmica e “atraente” para que os mesmos reconheçam a importância do trabalho multidisciplinar e despertar para uma possível continuidade ao tratamento.

Essa relação profissional ganha destaque nas falas dos entrevistados, pois mesmo com os prejuízos que o uso de substâncias psicoativas pode causar na memória dos usuários, há relatos de diversas atividades em que participaram no período em que estiveram em tratamento no CAPSad de Goiânia, esse fato pode ser considerado como uma possibilidade de criar vínculos entre profissionais e usuários possibilitando maior tempo de tratamento.

Nos grupos entrevistados, aparecem relatos de memória das atividades que participaram no CAPSad, um total de 8 relatos, sendo que 3 correspondem ao grupo 2, 4 correspondem ao grupo 3 e 1 corresponde ao grupo 4. Em relação aos grupos 1 e 2 a pergunta não os contemplavam. Destacamos alguns relatos dos entrevistados.

Os profissionais não, mas eu lembro que eu participei de...atividades daquelas de pintura, e...palestra,é! Pintura, palestra, bordado de crochê, acho que foi, é mais a gente conversava, eu não sei explicar o nome não. (Entrevistado 7)

Não por nome não, visualmente eu vi duas pessoas ali em baixo. (Entrevistado 8)

Lembro...foi...ah! a gente saia pra fazer física, tinha trabalho com massinhas, entendeu? O nome dos profissionais eu não lembro, mas tenho na memória a feição das pessoas. (Entrevistado 10)

No CAPSad pesquisado, o usuário ao ser acolhido, ele é encaminhado ao grupo de acolhimento, onde o mesmo participa de pelo menos quatro reuniões até ser encaminhado aos grupos terapêuticos, considerando nossos achados, a maioria dos usuários que buscaram atendimento no CAPSad de Goiânia em 2015, não chegaram a participar dos grupos terapêuticos ficando apenas na entrevista diagnóstica e no grupo de acolhimento.

As atividades práticas que são desenvolvidas no CAPSad pelos terapeutas em geral ganham destaque nos relatos dos entrevistados. Foi possível observar no CAPSad investigado que há uma parceria entre os diversos profissionais que compõem a equipe do local. Atividades desenvolvidas pelos profissionais de Educação Física em conjunto com outros profissionais do CAPSad são mencionadas nas falas dos entrevistados. Com isso, sugerimos que as atividades desenvolvidas pelos profissionais de Educação Física possam contribuir no processo de tratamento dos pacientes, uma perspectiva de terapias coletivas para estes usuários que estão em tratamento no CAPSad.

Essas primeiras pontuações a partir da análise das respostas do entrevistados, nos remete que a descontinuidade ao tratamento nos CAPSad se da em diferentes formas. Em alguns casos por motivos que são superiores ao desejo de diminuir os danos que a droga tem causado em sua vida ou até mesmo o desejo de deixar de consumir as substâncias por parte de alguns usuários.

Percebe que a contribuição do tratamento no CAPSad para a (re) organização de vida dos usuários pode estar em diferentes dimensões da vida dos entrevistados, ora a descontinuidade ao tratamento está vinculada ao relacionamento dos usuários com a substância, ora essa descontinuidade está vinculada a aspectos que são considerados importantes para a organização de vida das pessoas em geral.

O contato dos usuários com outros que estão em tratamento no CAPSad, é uma forma destes indivíduos sociabilizar, apesar de haver relatos que os entrevistados afastam de pessoas que fazem uso/abuso de substâncias psicoativas, esse primeiro contato com outros usuários no CAPSad pode contribuir para a reflexão do usuário e sua relação com a substância.

É no caps me ajudou assim...é...ocupa a mente né? mas não só me estabelecer num "reorganização" com a droga, as vezes eu saia do caps e ia usar droga, não adiantava nada entendeu? O que valeu mais, foi minha consciência, entendeu? O caps ajudou um pouco, não totalmente pra falar assim foi o caps, ajudou que eu ocupava minha mente com pessoas que...entendeu? as vezes estava na mesma situação que eu e nós trocava idéia sem ser a respeito daquilo.(Entrevistado 10)

Contribuiu demais uai. A forma que tomei coragem de vir aqui foi que me entreguei. Até então eu achava que dava conta, que eu achava que não era doença, quando eu precisei ter um tratamento profissional, se não eu ia morrer. Ou morre matado, ou morre de acidente, ou morre de overdose. A partir do momento que eu comecei ser tratado aqui né? eu vim aqui hoje porque eu fui bem tratado. Se é maltratado igual um cachorro você não volta mais né? Fiz amizades as vezes que vim aqui.

Ninguém me cobrou nada, então eu falei, não tem restrição né? [...]  
(Entrevistado 2)

A continuidade ao tratamento e a atenção que os indivíduos devem ter no momento do acolhimento ou em outros momentos em que estiveram no CAPSad, é de fundamental importância para que o tratamento alcance resultados satisfatórios, mesmo os indivíduos passando por momentos de descontrole na relação com a substância. As falas dos outros pacientes nos grupos terapêuticos, podem servir de exemplos para o outro que está no grupo e que esteja desestimulado a continuar o tratamento. A adesão não só aos medicamentos que em muitos casos são receitados para estes usuários visando diminuir o desejo de consumir a substância, ou mesmo para tratar patologias que desenvolveram a partir do esquecimento de si, e preferir pelo uso abusivo da substância é muito importante para o usuário e para os profissionais que os acompanham no CAPSad, só assim podemos perceber uma evolução do seu quadro clínico familiares e sociais a partir de seus relatos.

#### **4.3.2 Percepção geral sobre sua relação com a substância: consequências e necessidades.**

Para este ponto de discussão apresentamos como linhas de análise a saúde geral, as Redução de Danos (RD) como aspectos alcançado que possibilita a (re)organização de vida dos usuários de substâncias, e, outros tratamentos buscado pelos usuários como possibilidades de ajuda que os permitiram (re)organizar ou manter-se desorganizados. Este ponto, foi construído a partir das respostas das perguntas 5,6 e 7 das entrevistas que são:

1. Como você acha que está sua saúde?
2. Como atualmente você se relaciona com o álcool e outras drogas?
3. Você procurou ou encontrou ajuda em alguma outra instituição ou pessoa?

A saúde de um modo geral é um aspecto importante no que tange a organização da vida das pessoas de um modo geral. Os prejuízos causados em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas podem chegar a estágios irreversíveis. Nesse aspecto os entrevistados relatam suas condições de saúde, de maneira que estas estejam relacionadas ao uso da substância. Em todos os grupos, todos (14) entrevistados relacionaram sua condição de saúde no momento das entrevistas ao uso da substância sendo que: 3 correspondem ao

grupo 1, 5 correspondem ao grupo 2, 5 correspondem ao grupo 3 e 1 corresponde ao grupo 4

Destacamos alguns relatos dos entrevistados:

Ta mal, porque eu voltei a engordar de novo, inchar meus rins, meu fígado, ta tudo inchado. Tenho que ir no médico, aí assim, se não parar morre, porque ja aconteceu isso uma vez entendeu? Eu fiquei 17 dias la na santa casa, quase morri, aí agora voltei a beber, voltou essa dor (Entrevistado 12).

Observa no relato do entrevistado, que os prejuízos relatados sobre sua saúde, são em decorrência do uso/abuso da substância. O uso abusivo de álcool e outras drogas além de acarretar em perdas de vínculos familiares, perda de emprego e relações sociais o abuso de substâncias promove patologias no fígado, sistema digestivo, deficiências nutricionais, disfunções sexuais etc.

A minha saúde ta um caso de... que eu ainda fumo cigarro né? porque foi me sugerido que de todas as drogas, eu não largasse o cigarro né? 'pra ser como uma válvula de escape né? foi com a psicologa que eu falei né? e aí eu fiquei um ano sem ter relação sexual sem ter contato com mulher, sem ter nenhum contato sentimental, pra não fragilizar né? ( Entrevistado 2)

Os agravos a saúde de pessoas que fazem uso/abuso de substancias psicoativas manifesta-se de diferentes formas na vida do individuo e de seus familiares. Tanto a saúde física, fisiológica quanto a saúde mental podem sofrer sérios danos causados pelo uso da substancia. De acordo com a Política de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas:

[...] proporcionar tratamento na atenção primária, garantir acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar saúde mental na comunidade. (BRASIL 2003.p.11)

As diferentes manifestações de agravos a saúde, aparecem na vida do usuário de maneira em que muitas vezes o mesmo não percebe, no entanto esses agravos só tendem a aumentar pois o uso da substância pode causar danos fisiológicos e mentais. A política de atenção a usuário de álcool e outras drogas afirma que o uso de diferentes substâncias incluindo tabaco e álcool, tem uma relação direta e indireta com uma série de agravos a saúde dos adolescentes e jovens e destaca os acidentes de trânsito, as agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta, comportamento de risco no âmbito sexual e a transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis e de outros

problemas causados (relações sexuais desprotegidas) em decorrência do abuso de substâncias e suas vias de administração. (BRASIL 2003)

Pillon (2016) afirma que o uso abusivo de substâncias na adolescência pode prejudicar o funcionamento e desenvolvimento cerebral em áreas críticas como o controle da motivação, memória, aprendizagem, julgamento e comportamento. As discussões referente ao IV levantamento sobre o uso de drogas nas 10 capitais brasileiras, apontam que o uso de substâncias psicoativas influenciam diretamente no rendimento escolar dos estudantes de 1º e 2º grau. BRASIL (2003).

Ainda de acordo com o documento do ministério da saúde, que ao analisar dados relativos aos custos decorrentes do consumo de álcool referente ao ano de 2001, no Brasil teve 84.467 internações ocorridas devidos ao uso da substância. Esse número representa 4x mais o número de internações ocorridas devido ao uso de outras drogas. No mesmo período foram emitidas 121.901 Autorizações para Internação Hospitalares por uso abusivo de álcool. Para o (SUS), Sistema Único de Saúde isso representa um gasto anual de 60 milhões de reais com tratamento de internações relacionados ao uso/abuso somente de álcool. Esses valores não estão inclusos gastos com tratamentos ambulatoriais nem outras formas de internações para tratar doenças que estão diretamente relacionadas ao uso da substância. (BRASIL 2003)

A Redução de Danos (RD) aparece de diferentes formas em nossos achados. Acreditando que esta abordagem possibilita a minimizar danos sociais e a saúde dos usuários de álcool e outras drogas, ela também pode contribuir para a (re)organização de vida dos usuários, a RD também aparece como meio de levar ao usuário refletir sobre suas escolhas para a vida. CARDOZO; (s/d)

De acordo com Fidalgo;Neto e Silveira (s/d.p.7)

A redução de danos é uma estratégia de tratamento da dependência química que pode ser definida como um olhar pragmático para a redução dos prejuízos associados ao consumo de substâncias. Seu espectro de ação vai desde a abordagem do dependente que não deseja reduzir seu consumo ( ao qual se pode oferecer um uso com menos riscos associados), passando pelas estratégias para lidar com a redução do consumo, até chegar as formas de lidar com abstinência.”

Durante todo esse processo, é importante que o foco esteja voltado para a autonomia do indivíduo, que deve ser buscada, respeitada, ampliada para garantir a este paciente o pleno exercício de sua liberdade individual.

Em nossos achados, a RD aparece nos relatos dos entrevistados de diferentes formas. Dentre os 14 entrevistados, 8 relatam fazer o uso controlado da substância ou até mesmo não fazer mais o uso, o que corresponde para cada grupos um total de zero (0) para o grupo 1, três (03) para o grupo 2, cinco (05) para o grupo 3 e zero (0) para o grupo 4. Destes no que diz ao aspecto ocupacional dos 14 entrevistados 8 relataram estar fazendo suas atividades de trabalho diário, o que corresponde a, grupo 1= zero (0), grupo 2= cinco (05), grupo 3= três (03) e grupo 4= zero (0). Não foram relatadas por parte dos entrevistados em qual tipo de trabalho estão inseridos se é formal ou informal. Os outros 6 entrevistados que relataram não estar trabalhando, dois relataram ter vontade de retomar suas atividades de trabalho e ter uma vida normal como todo trabalhador sendo que um (01) corresponde ao grupo 4, e um (01) corresponde ao grupo 1. Um(a) (01) relatou receber ajuda financeira da mãe grupo 3, e os outros três(03) restantes não relataram interesse em voltar a trabalhar.

Como exemplo destacamos alguns relatos :

Adoro o álcool, minha forma de relacionar com ele é reunião com amigos, confraternização, mas não fico mais bebendo até trocar as pernas. A cocaína me deixa inconsequente, mas sempre que uso deixo um ponto racional na minha cabeça. A maconha não faz isso, nunca roubei pra usar drogas (Entrevistado 6).

Hoje eu consigo ver as pessoas beber e me controlar, por exemplo quando eu ficava com muita raiva, praticamente com a família né? porque acontece dentro de casa. Quando eu discuto alguma coisa assim, que antes dava vontade de sair, hoje eu não saio. Eu senti pânico de sair, aquele medo que dá de sair pra rua, eu senti, então as pessoas bebiam perto de mim, eu não bebia porque eu queria realmente mudar. A questão da droga foi do mesmo jeito, eu já vi gente usando e não tive aquela fissura. Consegui me controlar. Agora eu estou na luta contra o cigarro, que antes tudo eu jogava na bebida, aí depois da bebida veio a droga aí depois que eu diminuí com a bebida e a droga eu me apeguei muito com o cigarro, agora que eu já tô mais calma mais controlada em relação a droga eu tô concentrada em largar o cigarro ( Entrevistado 7).

Observa claramente na fala dos usuários o controle que eles relatam ter em relação ao consumo da substância. Salles et al (2016) realizaram uma revisão sistemática, com o intuito de identificar as evidências científicas em relação as estratégias de prevenção ou redução de danos do consumo de drogas entre adolescentes e concluiu que, 74,1% dos estudos analisados demonstraram resultado satisfatório na redução do consumo da substância entre os adolescentes. Ou seja, é necessário que profissionais dos locais onde ofereçam tratamento para pessoas usuárias de drogas, tenham clareza que é possível

auxiliar o indivíduo a estabelecer vínculos saudáveis reduzindo a vulnerabilidade ao fatores de risco para o consumo da substância.

As clínicas de internações aparecem como a forma de tratamento mais procurada pelos entrevistados, dentre os 14 entrevistados 6 responderam ter procurado clínicas de internação para o tratamento, o que corresponde ao grupo 1= 2 entrevistados, grupo 2=2 entrevistados, grupo 3= 1 entrevistado e grupo 4= 1 entrevistado. Outros 4 entrevistados relataram procurar ajuda junto a família o que corresponde para o grupo 1= 1 entrevistado, grupo 2= 0 grupo 3= 3 entrevistados e grupo 4=0. Dois dos quatorze entrevistados, relataram buscar ajuda junto ao Narcóticos Anônimos e um entrevistado relatou buscar ajuda em grupos religiosos. vejamos alguns relatos.

Demais, quase todas as clínicas de Goiânia, fico geralmente 28 dias internado. A clínica não ajuda ninguém a parar de beber, o que ajuda é ter atitude, falar que não vai mais e pronto. Se clínica ajudasse teria parado há tempos. No CAPS eu só falei com a psicóloga e não voltei mais porque voltei a beber. Bebo todo dia (Entrevistado 12)

Fiquei um mês na chácara. Minha sobrinha arrumou la pra mim, fiquei um mês, dois meses internado, quando sai usei de novo. ( Entrevistado 14)

As clínicas de internações aparecem como a primeira opção na busca do tratamento, contudo é possível perceber que os entrevistados relatam o reconhecimento em relação a efetividade das internações para o tratamento de usuários de drogas. Os usuários identificam que a reclusão, a privação do convívio social, familiar e afetivo, não apresentam resultados satisfatórios para diminuir ou deixar o uso da substância.

O Narcóticos Anônimos também aparecem nos relatos dos entrevistados, como opções de tratamento. Os NA são instituições onde o tratamento consiste na abstinência total do uso de álcool e/ou drogas, seus valores para uma recuperação baseiam-se em princípios espirituais e não religiosos pautados na metodologia dos AA, seguindo, também, o processo de recuperação dos doze passos deste. Os doze passos, de acordo com Mascarenhas (1990, p. 53 apud Carvalho et al 2015) centram-se na busca da contenção da dependência química cultivando níveis psíquicos elevados, como nutrir bons sentimentos, ajudar as pessoas a se conhecerem melhor e lidar com mais clareza frente a dependência.

NA e a igreja, por causa do cigarro não frequento mais a igreja, mas Deus está me ajudando. A droga tirou minha juventude, meu espaço.

Gosto de beber cerveja, usar drogas da adrenalina, mas sei que não é o certo, tenho isso graças ao NA.(Entrevistado 2).

Procurei, primeiro foi a clinica, la , eles me apresentaram ao NA, que ensina ter confiança em si mesmo e no proximo, antes eu não tinha. Participo do NA duas vezes na semana. O NA não tem ajuda financeira de ninguém, além dos proprios adictos. Por isso esta sendo cada dia mais firme.(Entrevistado 3)

A Narcóticos Anônimos e os Alcoolicos Anônimos (AA) apregoam a mesma filosofia de tratamento, a abstinência total. Para que o tratamento nestes locais tenham sucesso, é necessário que os usuários sigam o que é chamado pela organização de 12 passos. Os doze passos do AA incluem, dentre outras coisas, admitir e acreditar em um ser superior.

Essa linguagem sem palavras do reconhecimento da crença e da fé, chamada empatia, criou uma atmosfera na qual podíamos sentir o tempo, tocar a realidade e reconhecer os valores espirituais a muitos perdidos para a maioria de nós;" (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, s/d.)

Os fatores que reforçam a permanência de adictos ao tratamento em grupos dos AA são: a escuta como processo terapêutico, a aceitação da doença, a ajuda dos outros alcoolistas, a espiritualidade e o anonimato que os protege dos estigmas sociais (CARVALHO et al 2015).

Para os AA, o alcoolismo é considerado como uma doença da alma e não somente do corpo. Os fatores que dificultam o tratamento dos usuários, seja os que fazem parte de um grupo dos AA, NA ou dos que estão em um CAPSad são: a demora do usuário pela aceitação de sua dependência, a falta de informação sobre os serviços e o contato com pessoas que consomem bebidas alcoólicas (CARVALHO et al 2015). "A falta de conhecimento dos serviços, sua forma de funcionamento e forma de acolhimento, fez com que muito dos entrevistados sentissem-se receosos e com medo de procurar o serviço" (CARVALHO, 2015, p. 54).

Chagas et al (2010; Silva et al 2012), reforçam a ideia de que a dependência química é uma doença do corpo e da alma. Seus estudos, realizados em dois municípios da região noroeste do Rio Grande do Sul, mostram que aproximadamente 75% dos entrevistados relataram o alcoolismo como uma doença fatal, brutal e letal.

As maiores dificuldades encontradas pelos participantes dos AA foram as mudanças no ciclo de amizades os grupos sociais dos usuários centravam-se em pessoas que frequentavam os mesmos bares e o preconceito do usuário

consigo mesmo em relação à sua condição de dependente. Já para os que frequentam um CAPSad, as maiores dificuldades concentram-se no preconceito em relação a si mesmos e o estado emocional negativo (CARVALHO, 2015).

Em relação a participação da família na busca pelo tratamento e o comprometimento dos familiares na continuidade do mesmo, Peixoto C et al (2010) destaca em seu estudo com 316 prontuários para avaliar o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes que aderiram ou não o tratamento em um CAPSad, e ressalta que a participação da família é fundamental na adesão ao tratamento, e indica que a tendência de permanência do usuário no tratamento foi de 91,5% dos adolescentes que tinham em seu registro o nome do pai e da mãe, contudo o autor ressalta que é necessário de mais dados, não so do ponto de vista empírico, mas como dados estatísticos que sustentem essa tendência.

Goeb et al (apud Peixoto C et al 2010) realizaram uma pesquisa com 257 prontuários no centro de Cassini em Paris e sustenta que a participação da família no tratamento dos usuários, apresentam resultados mais favoráveis do que os demais. Dados do ministério da saúde afirmam que a participação da família no tratamento de pessoas com uso/abuso de substâncias psicoativas é de fundamental importância para que o paciente tenha êxito em seu tratamento. BRASIL (2004)

Carvalho (2015), defende que a influência familiar está diretamente ligada à busca pelo tratamento, sem distinção de diferentes metodologias e abordagens em relação a esse público.

Faria e Schneider (2009), identificou em seu estudo que participação da família no tratamento, mostrou que os usuários que permaneceram no serviço, tiveram uma frequência familiar junto ao tratamento maior em relação aos que não permaneceram no serviço. Essa relação familiar no tratamento quanto ao grupo que não permaneceu foi pontual, ou seja, não teve uma participação efetiva junto ao dependente.

Carvalho(2015) destaca que independente do grupo em que o usuário busque tratamento a participação da família tem interferências diretas ou indiretas. A participação da família é importante tanto para a busca ao tratamento, quanto o processo contínuo do tratamento, contudo não basta a família intervir, é necessário que o paciente reconheça seu problema de saúde e queira e aceite o tratamento.

O autor supra citado, realizou um estudo com objetivo de compreender o processo de tratamento, sob o ponto de vista dos alcóolicos, vinculados em diferentes grupos, tanto no CAPSad quanto no alcóolicos Anônimos e destaca que os integrantes do AA, relataram sofrer influências de pessoas que já estava lá dentro fazendo o tratamento. Esses dados corroboram com nossos achados, quando o entrevistado relata que pessoas que estavam no NA há mais tempo e conseguiram retomar as rédeas de suas vidas seguindo os 12 passos.

Eu só tinha uma luz no fim do túnel e o NA me trouxe, graças a terapias em grupo que eu via as “*pastilha*” de pessoas que tinham 27 anos neh? E parou de usar a droga e organizar a vida, se organizou todinho, voltou a estudar, os que continuam voltando lá na reunião os que continuam voltando tem sucesso, os que abandonou achou que dava conta sozinho, se deu mal. (Entrevistado 2)

Seguir os 12 passos é fundamental para que o tratamento tenha sucesso, pois esses passos consistem em aspectos espirituais e procuram transmitir as mensagens ao adictos que devem praticar estes princípios em todos aspectos de suas atividades. Nosso entrevistado expressa bem essa filosofia.

Meu relacionamento familiar não é 100%. Hoje quando faço alguma coisa assim eu sinto aquele peso dentro de mim e vou correr atrás pra tentar melhorar. Procuro que vai me fazer bem e deixo quem vai me fazer mal (Entrevistado 2).

Percebe no relato do entrevistado sua preocupação em querer reparar o que faz de errado ou que possa causar mágoas ou tristeza diante de sua família. Esse relato se dá a partir do tratamento no NA e sua predisposição para seguir os 12 passos propostos no local.

Mascarenhas (1990 apud Carvalho 2015) diz que os 12 passos tem o objetivo de buscar a contenção da dependência química, “cultivando os níveis psíquicos como pensar e nutrir os sentimentos, entres outros e buscam ajudar a pessoa se conhecer melhor”. p.48

Carvalho (2015) afirma que os fatores mais citados pelos integrantes do AA como reforçadores da frequência, foram a escuta como processo terapêutico, a aceitação da doença, a ajuda de outros alcoolistas, a espiritualidade e o anonimato que os protege dos estigmas.

Gonçalves; Santos e Pillon (2014) realizaram um estudo com uma amostra de 138 usuários de álcool e outras drogas vinculados a instituições de reabilitação e grupo de mutua ajuda, em quatro municípios no interior paulista para avaliar aspectos da espiritualidade e religiosos e constataram que os usuários de álcool que não usavam outro tipo de substância 40% deles estavam

vinculados às comunidades terapêuticas, enquanto as pessoas que faziam uso de múltiplas drogas inclusive álcool eram 60% e que estavam também vinculados às comunidades terapêuticas 75,3%, outros 97,3% já tinham passado por internações. Esses dados apontam que pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, estão recorrendo a diferentes serviços de tratamento, dentre eles os serviços que oferecem internações em tempo integral como recurso de tratamento, como consequência os afasta dos ambientes que favorecem o uso de drogas e também do convívio social e familiar.

No âmbito da dependência química, a espiritualidade pode estar relacionada à redução do uso e, para os casos em tratamento, tem sido uma ferramenta terapêutica importante na redução de episódios de desejo pelo uso da droga, melhoria no nível de saúde e incremento da qualidade de vida, destacam (GONÇALVES;SANTOS;PILLON 2014).

A necessidade de tratamento contra o uso/abuso de substâncias psicoativas sobre a vida dos entrevistados aparecem de formas diferentes e podemos dizer que satisfatória. Para alguns, o tratamento teve um impacto maior assim como para outros não teve tanta importância, mas a partir dali serviu para que os mesmo usuários que deixaram o tratamento no CAPSad, buscassem outras formas de cuidados contra o uso da substância considerando a retomada de vínculos nas mais variadas dimensões na vida. A construção do vínculo familiar e afetivo na vida das pessoas que vivem em sociedade em geral, são aspectos que foram considerados pelos entrevistados importantes, independente do local onde buscou ou deu continuidade no tratamento, a participação dos familiares é fundamental, pois influencia na busca pelo tratamento e em alguns casos na consequência da continuidade.

#### **4.3.3 Ocupação e trabalho dos entrevistados**

O trabalho como já citado acima surge de diferentes formas nos relatos dos entrevistados como uma forma de descontinuar o tratamento no CAPSad.

Este ponto de discussão da análise de dados apresentará análise das respostas dos entrevistados no que tange os aspectos sobre as condições dos entrevistados ao desejo de realizar atividades ou funções que gostariam e sua situação profissional no momento da entrevista. As análises foram feitas a partir das perguntas 8 e 9 que são.

1. Existe alguma coisa que gostaria de fazer e não esta conseguindo?
2. Como está sua situação profissional atualmente? O que acha que pode ter contribuído para conseguir este emprego?

As respostas referentes a pergunta 8 predominam as pessoas que relataram estar bem e que não tinha nada que eles gostariam de fazer naquele momento ( 04) pessoas, sendo que estas são, três (03) para o grupo 2, um (01) para o grupo 3 para os grupos 1 e 4 não houve este relato. Uma (01) relatou o desejo de parar de beber grupo (01) para os demais grupos não houve este relato. Dois (02) relataram o desejo de voltar a trabalhar, sendo que são um (01) grupo 4 e um (01) para o grupo 1, os demais grupos não houve este relato. Dois (02) relataram o desejo de para de fumar, são eles (02) que correspondem ao grupo 3, para os demais grupos não houve este relato. Um (01) disse querer voltar fazer o tratamento no CAPSad, pois gostaria de acompanhar sua esposa que estava em tratamento no mesmo local, grupo 2. Para os demais grupos não houve este relato.

No ato da entrevista, quando questionados como estava sua situação profissional? Os entrevistados a metade relataram estar trabalhando. Relataram estar trabalhando sete (07) entrevistados, sendo que cinco (04) pessoas são do grupo 2, e duas (02) do grupo 3 e uma (01) pessoa do grupo 4. Relataram não estar trabalhando três (03) pessoas do grupo 1, três (03) usuários do grupo 3. Dos que relataram estar desempregados um (01) disse receber ajuda financeira da mãe, os demais disseram não receber ajuda financeira nenhuma.

O trabalho é uma dimensão que merece destaque, como já citado no ponto de discussão 4.3.1, este surge como um dos fatores para a descontinuidade ao tratamento. Ao mesmo tempo essa prática diária pode servir como uma forma do usuário recomeçar reconquistar as perdas sofridas ao longo do tempo em que estes estiveram fazendo uso da substância. Observa-se em alguns relatos que mesmo quando estavam fazendo uso descontrolado da substância não deixaram de fazer suas atividades de trabalho.

Eu bebido trabalhava, não deixava de trabalhar, é chato porque você ficar no local de serviço bêbado não é bom, mas também nunca deixei de trabalhar por conta disso. Mas sem bebida é excelente.(Entrevistado 8)

Tá ótima. O pessoal aqui que me viu na decadência hoje me apoia e tem em mim como referência de que há esperança, que há jeito né? Que a pessoa que usa droga se ela quiser sair disso, retomar a vida, eu sirvo como exemplo, esse exemplo eu tenho pra mim é uma carga positiva, as mães dos meus amigos que usam vem atrás de mim pra eu levar pras reuniões então, só que o cara tem que ter o desejo né?

tem que querer, não sei se esse desejo bateu em mim, ou foi do choro da minha menina, eu sei que eu queria morrer, esse desejo me mudou né? [...] ( Entrevistado 2).

No relato do entrevistado 2, observa um certo orgulho em contar sua situação profissional no momento, e se vê como uma pessoa exemplar para aqueles que desejam deixar o uso de substâncias, pois além de se apoiar no trabalho, apoia-se na família e o desejo de retomar esse vínculo

A equipe do CAPSad de Goiânia pesquisado, trabalham nesta perspectiva da reinserção social, familiar e ocupacional. Considerando as condições de cada usuário. Duarte (2011 apud Paiva et al 2014), destacam que a reinserção social é um processo longo, de cunho gradativo e dinâmico que deve ocorrer em conjunto com o tratamento, visando trazer contribuições para que o sujeito exerça seu direito de cidadão.

O Uso abusivo de substâncias psicoativas pode acarretar vários danos a saúde do indivíduo, como perda de sua atividade de trabalho, perda de memória. Geralmente o homem é visto como provedor do lar, às vezes precisa escolher entre trabalhar e se tratar, tendo em vista a disponibilidade de tempo para o tratamento. Nos CAPSad o tratamento normalmente se dá de forma semanal, ou seja, a maioria dos usuários frequentam o CAPSad uma vez por semana os atendimentos e grupos terapêuticos acontecem diariamente em horários comerciais que correspondem ao mesmo horário de trabalho dos participantes. Por isso, pacientes optam por trabalhar e descontinuar o tratamento e na maioria das vezes trazem consigo a ideia de que conseguem fazer o uso controlado da substância, para além disso, usuários de substâncias psicoativas sofrem muito preconceito em relação sua doença e dessa forma preferem esconder de seus empregadores a condição de dependente de substâncias psicoativa com medo de resultar na perda do emprego.

O modelo de atendimento do CAPS pesquisado é de características de CAPSad, lugar onde atende pessoas de todas faixas etárias que apresentem sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas. Em Goiânia, para este público está disponível somente modelo semi-intensivo, o que talvez pode ser um fator que implica na descontinuidade do tratamento, pois os horários de atendimentos implicam diretamente nas atividades diárias trabalhistas dos indivíduos. Talvez a implementação do tipo de CAPSad III, seria uma boa estratégia para aumentar o tempo de permanência no tratamento desta

população, tendo em vista que em nossos achados apontam que cerca de 75% dos entrevistados não permaneceram em tratamento por mais de um mês.

De 2006 a 2013, de acordo com O GLOBO, o total de auxílio doença relacionado a dependência química de múltiplas drogas cresceu 256% saindo de um total de 7.296 para 26.040. O número de benefícios concedidos a usuários de crack, merla e cocaína triplicou no mesmo período, passando de 2.434, em 2006 para 8.638 em 2013, somando um total de 254% de aumento.

Esses dados mostram que o consumo de substâncias psicoativas vem crescendo no Brasil e implica diretamente na atividade de trabalho dos usuários, fazendo com que busquem apoio financeiro junto ao Estado. Os critérios adotados para concessão do benefício, são os mesmos para os adotados para os demais segurados, por isso, em muitos casos o benefício não é concedido aos usuários.

A reinserção destas pessoas no mercado de trabalho se faz uma tarefa difícil. Por mais que existam políticas públicas e aparato legislativo que asseguram que este indivíduo deve ser reinserido socialmente, o estigma vivido por esta população ainda é muito grande em meio a sociedade. Muitos empregadores nem se quer uma chance para tentativa destes indivíduos desenvolverem funções dentro de suas empresas é possível. Para muitos usuários é preferível buscar outra forma de tratamento que não seja no CAPSad, pois prefere esconder de seus colegas e empregadores seu problema para evitar a perda do trabalho ou até mesmo para conseguir um novo emprego. O que resulta para esta população muitas vezes é o mercado de trabalho informal, os chamados bicos, o que não oferecem nenhuma segurança trabalhistas para estas pessoas.

Durante o tratamento de pessoas com problemas de uso/abuso de substâncias psicoativas é necessário o apoio de todos, tanto familiares quanto amigos quanto patrões nos casos das pessoas empregadas, para que os usuário sinta-se mais seguro e mais motivado para reconhecer, buscar e continuar o tratamento de forma satisfatória e assim conseguir desenvolver suas atividades diária normal devolvendo aos familiares e a todos que acreditaram em sua recuperação confiança e construindo possíveis relacionamentos afetivos e novas amizades.

#### **4.3.4 Vínculos interpessoais: família, amigos e relações amorosas**

O uso/ abuso de substâncias psicoativas, culmina em diversos problemas dentre eles o convívio social e familiar.

Os dados que serão apresentados neste subcapítulo, são referentes as análises das respostas dos entrevistados sob suas percepções em relação as perguntas que contemplam os aspectos familiares e a construção de vínculos interpessoais. As linhas de análises para este subcapítulo se dão a partir de diferentes formas de compreensão das dimensões familiares, amizades e amorosas, a partir da percepção dos entrevistados. Ressaltamos que em sua grande maioria os entrevistados de todos grupos houve uma ligação entre relacionamento amoroso e o ato sexual. As análises foram feitas a partir da 10ª e 11ª pergunta que são.

1. Como você avalia seu relacionamento familiar atualmente?
2. Como você avalia que estão suas relações de amizades e suas relações amorosas atualmente?

É fato que conviver com pessoas que fazem o uso abusivo de substâncias psicoativas se faz uma tarefa diária difícil, pois as desavenças, brigas, tornam-se frequentes e como consequência disso resulta em desgaste do relacionamento, gerando em uma boa parte dessa população separações conjugais. Nimitz et al ( 2014) destaca que o usuário de substâncias psicoativas, quando está sob seu efeito, pensa de forma egoísta e sua atenção esta toda voltada para o consumo cada vez mais da substância que se encontra dependente, dessa forma os conflitos entre o dependentes e seus familiares tornam-se frequentes e culminam muitas vezes em divórcios e até mesmo perda de contato com os filhos. A autora destaca também que esse impacto causado no relacionamento familiar em decorrência do uso de drogas, é variável, e, depende muito do contexto sociocultural em que estes indivíduos e seus familiares estejam inseridos.

O relacionamento familiar de um modo geral, dentre os entrevistados 9 relataram estar bom sendo que destes 2 são do grupo 1, 4 do grupo 2, 2 do grupo 3 e um do grupo 4.

Os outros 5 entrevistados, relataram que o relacionamento familiar esta regular sendo que 1 corresponde ao grupo 1, 1 corresponde ao grupo 2, 3 corresponde ao grupo 3 e 0 ao grupo 4.

Em relação a construção de vínculo afetivo dos 14 entrevistados, 2 relataram ter um bom relacionamento com sua parceira(o). Desse total um (01) corresponde ao grupo 1, zero (0) ao grupo 2, um (01) ao grupo 3 e zero (0) ao grupo 4. Outros 12 entrevistados relataram ter um relacionamento ruim sendo que um (01) corresponde ao grupo 1, quatro (04) ao grupo 2, quatro (04) ao grupo 3 e um (01) ao grupo 4. Outros dois entrevistados não responderam a pergunta.

Como exemplo usamos os seguintes relatos:

Um lado é boa, por noutro lado não é boa, como se fala, demora pra ter confiança até anos, então isso não me preocupo, dou tempo ao tempo, pode duvidar de mim a vontade, o importante é que tenho minha consciência limpa. Por outro lado, graças a Deus eu não to usando droga mais, então eu preciso ter certeza que eu tenho consciência do que eu to fazendo, não é as outras pessoas que ta com dúvida de mim não, pode duvidar a vontade. (Entrevistado 11)

A quebra de confiança entre familiares e amigos de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas é comum. Percebemos na fala do entrevistado este fato essa perda acontece e que para retomar este vínculo leva tempo e é preciso ter paciência para continuar principalmente, acredito em si e mantendo-se consciente de que seu atos que os levaram a estas perdas.

Nimtz et al (2014) relata que a perda de confiança e a quebra de vínculos familiares foram os relatos mais citados pelos entrevistados que fizeram parte de sua mostra, em seu estudo que objetivou avaliar o impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos.

Marcon;Sene e Oliveira (2015) realizaram um estudo para entender as características dos familiares de adolescentes em tratamento em um CAPSad de Cuiabá e identificaram que no contexto familiar demonstra-se o predomínio do arranjo familiar reconstituído (58,1%), com convivência satisfatória (52,7%). Para o tipo de relacionamento familiar, a maioria dos adolescentes se relacionou satisfatoriamente com outros familiares (45,9%) e insatisfatoriamente com o pai (21,6%).

Os mesmos autores identificaram ainda que a probabilidade dos adolescentes começarem a usar substâncias psicoativas em decorrência de desajustes familiares causados pelo uso das substâncias psicoativas foi de (70,3%), sendo o maior percentual para os pais (35,1%). Observa-se convivência com o familiar usuário de substâncias psicoativas em 40,5% dos registros.

Nimtz et al (2014) colabora com os dados expostos, quando identificam em seu estudo que o comportamento familiar tem uma grande influência sobre

seus descendentes “uma vez que o histórico familiar pode contribuir para o surgimento do uso de drogas, especialmente se no convívio familiar existirem situações que exponham e afetem a saúde mental do indivíduo”.p.669

Sabemos que os pais são responsáveis por fornecer comportamentos que servirão como exemplos para os filhos, o uso de substâncias psicoativas por parte de pais ou familiares próximos, podem servir como estímulos para o consumo dessas substâncias.

[Meu] relacionamento familiar é regular. Porquê? Porque minha família não gosta de conversar sobre essas coisas entendeu? Então é muito difícil conversar quando ta mesmo acontecendo. – a conversa é difícil só com você? É com todo mundo, todo mundo é difícil o diálogo.(Entrevistado 7)

É possível observar no relato deste usuário que a falta de diálogo dentro de casa com membros da família, também é um problema de relações familiares, a negação do usuário por parte dos familiares pode contribuir ainda mais para o uso da substância. O uso abusivo de substâncias psicoativas dentro de uma família traz uma grande dose de estresse, transformando rapidamente em uma doença para todos familiares. Para Maçaneiro (2008) estes estresses são responsáveis pelo rompimento da estabilidade familiar.

Durante o processo de tratamento de um dependente de substâncias psicoativas, a sociedade em geral todos podem ajudar, desde o vizinho até o melhor amigo de infância, mas o suporte maior deve vir por parte da família, pois é onde os indivíduos geralmente entendem que encontrará suporte e assim aprender a lidar com o problema.

O consumo de substâncias pode ser discutido a partir da importância que a família terá no processo de tratamento, em muitos casos os familiares estão tão doentes quanto seu ente dependente. Lembramos que o tratamento oferecidos nos CAPSad, visam englobar tanto o usuário quanto os familiares a partir da percepção que a participação da família contribui positivamente para a recuperação dos usuários de álcool e outras drogas.

As relações de amizades e relacionamentos amorosos/afetivos nos remete uma importante dimensão para a organização de vida dos usuários e sociedade em geral. O uso abusivo de substâncias psicoativas, além de outros prejuízos sociais pode acarretar em perdas de afetos conquistados ao longo da vida, dentre este afetos destacamos as relações de amizades e afetivas

constituída ao longo dos anos por grande parte da sociedade para sua organização de vida.

Dos 14 entrevistados, 4 relataram ter uma relação de amizades boas sendo que 1 corresponde ao grupo 1, 1 corresponde ao grupo 2, 2 corresponde ao grupo 3 e 0 ao grupo 4. Os outros 9 entrevistados, relataram ter poucas amizades, pois a maioria delas estão relacionadas ao uso de drogas e relatam que seus “amigos levaria ao uso das drogas ou ter contato com as drogas e assim possibilitando o descontrole da relação com a substância e até mesmo impedido que estivessem procurado tratamento. Dentre estes 1 corresponde ao grupo 1, 4 ao grupo 2, 3 ao grupo 3 e 1 ao grupo 4.

Alvarez (2007) ao analisar os dados coletados com os 105 alcoolistas que estavam internados e não internados, e que tiveram recaídas, observou que 19% de sua amostra relatou que tiveram recaídas anteriores por influencia negativa de amigos, e 13,3% relataram ter tido recaídas anteriores por frequentarem festas e celebrações. O autor supra citado, pediu que os entrevistados relatassem quais os fatores que eles consideravam mais influentes nas recaídas e a influência prejudicial de amigos bebedores assumiu o segundo lugar com 73,3%, ficando atrás somente da gana/desejo que os usuários consideram como necessidade de beber com 78,1%.

O autor ressalta que a quantidade de fatores que os entrevistados relataram como provocadores de recaídas é alta, e ele relaciona esse fato com o índice da multiplicidade de influências e pediu que os entrevistados nomeassem três fatores mais importantes que, a seu juízo, favorecia a recaída e a influencia negativa de amigos bebedores aparece entre 40 dos 105 entrevistados. Esse fato, pode ser interpretado como, atribuir ao outro a culpa de seus atos e de uma certa forma mascarar sua fragilidade em relacionar-se com a substância.

Nos relatos dos nossos entrevistados destacamos:

[Amizade] eu cortei muito, as amizades, amigo só leva a gente pro buraco ,então eu cortei muito. Meus amigos são minha família mesmo.  
( Entrevistado 4)

Amizades são muito restrita, só tenho amizades com as pessoas do NA que não usa droga, quem usa droga pra mim hoje é um liixo. Hoje, não que vou falar pra eles que não quero contato, mas ele tem uma doença igual a mim, igual na idade média, as pessoas tinham aquelas doenças contagiosas. O que eles estão fazendo, é o que eu tenho vontade de fazer, mas eu não posso. Até quando vou me testar? Eu não tenho coragem de me testar, entendeu? A droga é mais forte que

eu sozinho, e eu não dou conta eu preciso de ajuda de profissionais, eu preciso de remédio.(Entrevistado 2)

Os relatos feitos pelos entrevistados, nos remete a ideia de que as relações de amizade destes indivíduos estão ligadas com amigos que também fazem uso de substâncias psicoativas, e que a continuidade desta relação pode causar prejuízos no processo de tratamento, culpando-os os outros pelas suas falhas. Para o entrevistado 2, o contato com a droga significa potencial descontrole de sua relação com a substância e suas relações de amizade anteriores podem influenciar para que isso aconteça.

É visto que as perdas de vínculos familiares de amizade e relações afetivas com as pessoas é um fato recorrente nos relatos dos entrevistados e que são discutidos com outros autores. A retomada destes vínculos, a construção de novos ciclos se faz tarefa difícil para estas pessoas, observamos nos relatos que as amizades em sua grande maioria estão diretamente relacionadas ao consumo das substâncias. O estigma que vivem as pessoas dependentes de substâncias psicoativas, perpassam por várias fases da vida e não os deixam de uma hora para a outra, fazendo com que estes tenham dificuldades de procurar se relacionar ou de fazer novas amizades com pessoas que não vivem esta realidade e em muitos casos a vergonha por ter passado ou estar passando por estes problemas e isso impede que estes indivíduos busquem construir novas relações e retomar a confiança de familiares.

A construção de um relacionamento amoroso também é uma tarefa difícil para usuários de substâncias psicoativas, muitas vezes já existe esta relação, contudo assim como há uma quebra de confiança nos relacionamentos entre pais, também haja quebra de confiança nos relacionamentos afetivos casais. Observa em alguns relatos, que essa quebra de vínculos afetivos nos usuários de substâncias psicoativas.

Relação amorosa eu tenho medo de me entregar ainda, eu sofri demais, depois que separei da minha esposa eu pedi tanto pra ela me ajudar, se ela me interna num CAPS desse aqui, igual la no NA as esposas estão juntos, se ela me ajuda eu tinha sarado e ela não quis ela me abandonou. Eu abandonei um serviço que eu ganhava 3.00 euros, 3.000 euros la na Espanha na época era 12.000 reais aqui no Brasil, eu vim embora, fiz casa, fiz tudim pra ela e quando eu precisei dela de verdade, se ela me amasse de verdade ela tinha me ajudado eu acho, não sei até que grau ela tentou, eu acho que ela tentou demais também, e ela achou que eu não tinha mais jeito, não tinha mais como.(Entrevistado 2)

Quanto ao relacionamento amoroso, o meu ta um pouco gasto, por causa do que eu fiz no passado, e hoje eu não to tendo sabedoria para

manter a paz, porque eu sou um pouco nervoso, na hora que tenho que falar eu falo na cara, eu não tenho nada pra esconder, eu falo rasgado. E graças a Deus hoje eu conto muito mais em estar bem comigo, com as outras pessoas eu não to me importando muito, to pensando no meu bem estar hoje.( Entrevistado 11)

Na fala do entrevistado 2 uma confusão em relação a tomada de decisão de usa ex esposa. Ora ele o culpa por tê-lo deixado e devido ao uso da substância, ora o entrevistado reconhece que a ex esposa tentou ajuda-lo e não teve sucesso. Já o entrevistado 11 demonstra uma certa preocupação em ter contribuído para o desgaste de seu relacionamento, no entanto, preocupa-se mais consigo, deixando em segundo plano o vínculo amoroso.

Foi muito comum nos relatos dos entrevistados a ligação entre relação amorosa e o ato sexual.

[Relações] amorosa quando tem tempo ainda sai alguma coisa, mas ta difícil. (Entrevistado 8)

[Relação] amorosa ta complicado, a mina ta grávida, a senhora sabe, ta num estresse, a situação as vezes é complicada né? Ela não depende assim...ela depende do meu carinho, mas...as vezes sou ignorante e se alguém tem que pagar, tem que ser eu né? então eu tenho que correr atrás né? não é ela. Aí fica complicado, não tem como eu te explicar a situação.(risos). Nesse momento é difícil eu te explicar essa pergunta dona. ( gargalhadas) (Entrevistado 10)

As ligações entre relacionamento amoroso e o ato sexual, foi comum entre os entrevistados. Com isso é possível refletir que essa ligação pode estar atrelada ao uso da substância durante o ato sexual, ou até mesmo o usuário enxerga o outro de uma forma como se relacionasse com a droga, usa a pessoa como se estivesse usando a substância. As vezes esses fatos podem estar atrelados na construção de valores, para muitos usuários de álcool e outras drogas essa construção desses valores os vínculos familiares não permitem que os usuários tenham um olhar para além disso.

#### **4.3.5 A dimensão do lazer e substâncias psicoativas**

O esporte e o lazer são variáveis distintas que estão diretamente interligadas. Na sociedade em geral as atividades envolvendo modalidades esportivas em sua grande maioria é desfrutada pelas pessoas como atividade de lazer. Dessa forma os dados que serão apresentados a seguir, são referente as linhas de análises identificadas a partir das respostas dos entrevistados, sobre suas percepções de atividades de lazer e/ou esportivas que relataram praticar no momento da entrevista ou gostariam de praticar. Também fora identificadas

linhas de análises a partir da percepção dos entrevistados no que diz aos possíveis locais onde possam ter contatos com álcool e outras drogas.

As atividades de lazer ou esportivas dos 14 entrevistados 3 relataram praticar algum esporte, no entanto o esporte no qual estão relacionando em sua maioria é a caminhada. Relataram praticar esporte grupo 1= zero (0), grupo 2= um (01), grupo 3= dois (02) e grupo 4= zero (0).

Os outros 11 entrevistados relataram não fazer nenhuma atividade esportiva. Sendo que grupo 1= três (03), grupo 2= quatro (04), grupo 3= três (03) e grupo 4= um (01).

Dos 14 entrevistados, 8 relataram praticar alguma atividade que consideram como atividades de lazer, sendo que: grupo 1= zero (0), grupo 2= dois (02), grupo 3= cinco (05) e grupo 4= um (01).

Os outros 6 entrevistados relataram não praticar nenhuma atividade que consideram lazer, sendo que grupo 1= três (03), grupo 2= três (03), grupo 3= zero (0) e grupo 4= zero (0).

Em relação aos locais de contato com a substância psicoativa, em sua maioria relataram evitar locais que tenham esse consumo, ou eventos que costumam ter consumo de bebidas alcólicas, pois consideram que o álcool pode levá-los a recaída e o uso de outras substâncias. Dentre os 14 entrevistados, 9 relataram evitar locais que tenha consumo de substâncias psicoativas, dos quais grupo 1 = um (01), grupo 2= quatro (04), grupo 3= quatro (04) e grupo 4= zero (0). Os outros 5 entrevistados, dois (02) do grupo 1 relataram frequentar distribuidoras de bebidas, um (01) do grupo 2, relatou ter bebidas alcólicas em seu ambiente de trabalho, mas ele não consome e um (01) do grupo 3 um (01) grupo 4 relatou frequentar bares . Ou seja, podemos observar a partir das respostas dos entrevistados que alguns usuários conseguem manter- se afastados do uso de substâncias. Outros por medo de recair, preferem abster do contato com álcool e outras drogas.

Meu trabalho utiliza bebida, mas droga ilícita não.. mas o... como fala assim, saindo da barbearia meu tempo é mais sossegado, como assim, evito ir pros locais, claro fumo cigarro as vezes paro no barzim pra comprar meu cigarro, mas entro e saio sem preocupação eu sei o que eu to fazendo eu tenho consciencia do que eu faço, eu...eu....coloco qualquer atitude que eu vou fazer é minha responsabilidade eu assumo qualquer coisa que eu faço. (Entrevistado 11)

O usuário nos diz claramente que mantém contato diário com o álcool, no entanto é seu local de trabalho e o mesmo tem consciência que a substância quando usada por ele pode desencadear uma série de problemas, sendo assim

mantém-se fora do uso. Também é possível perceber que o usuário evita locais onde tem consumo de álcool e outras drogas, tendo somente o contato necessário para comprar seu cigarro. É possível relacionar este controle do uso da substância com o trabalho, o usuário reconhece o trabalho como sendo algo superior ao uso da droga e dessa forma consegue manter-se limpo e evitar locais onde possibilita o uso.

O esporte e o lazer são duas variáveis consideradas importante para o convívio social e assim contemplando aspectos necessários para uma organização de vida. Em muitos casos o esporte e o lazer estão atrelados um ao outro, dessa forma para a sociedade em geral é complexo compreender essa diferença entre um e o outro. Para Romera e Marcellino (2010), o lazer e o uso de drogas são temas que exigem uma composição de olhares de diferentes áreas do conhecimento, pois quando são debatido separadamente, geralmente acompanham olhares preconceituosos e moralistas, e quando se apresentam reunidos para a discussão, a discriminação e os falsos moralistas aparecem ainda mais intensificados. A autora ressalta ainda que, o aumento do número de usuários de substâncias psicoativas e as consequências sociais, provocada pelo uso abusivo destas substâncias, representam problemas que não podem ser tratados somente dentro de uma esfera/área do conhecimento que se propõe a fazer de forma isolada e que desconsidere o contexto sociocultural do indivíduo. Bastos et al (2008) realizaram uma revisão bibliográfica, comparando um estudo de âmbito nacional realizado em 2005 com outro que foi realizado em 1998, com o objetivo de descrever e mensurar os padrões de consumo de álcool e drogas em uma amostra representativa da população brasileira e constatou que indivíduos cuja principal atividade de lazer foi a frequência a festas, bares, boates e afins tiveram 73,3% mais chances de consumir drogas do que os que frequentavam atividades culturais, esportivas e religiosas

Estudos realizados na Europa, apontam que as festas com músicas eletrônicas são os locais onde o consumo de drogas ilícitas é mais comum e, geralmente ocorre a utilização de mais de um tipo de substância, podendo chegar consumir até 5 tipos diferentes na mesma festa. Nesses locais, os efeitos do uso se ampliam devido ao sentimento de euforia, conexão com a música, potencialização dos sentimentos e melhor comunicação (CALAFAT et al 2008, CALDERON et al 2012 apud ROMERA, 2014).

Esse tipo de festa é realizada em locais de difícil acesso, geralmente longe dos grandes centros urbanos. A relação do consumo de álcool nos diferentes espaços de lazer mostram que, na maioria das vezes, o uso ocorre para se obter vantagens em relação a prática sexual, “facilitar o encontro sexual, envolver-se em experiências mais arriscadas, aumentar a excitação e prolongar a relação sexual” (ROMERA, 2014, p. 312).

No Brasil, estes eventos são muito comuns e o consumo da droga ecstasy assume a preferência entre os que frequentam os eventos. É um público de jovens adultos que pertencem a uma classe social privilegiada, com boa formação escolar e a maioria está inserida no mercado de trabalho. Assim como na Europa, no Brasil, o álcool é a droga mais consumida em eventos noturnos e até mesmo em eventos ditos sociais. O elevado consumo dessa substância pode ser associado a legalização do álcool, o que faz com que ele passe despercebido como não psicoativo (BAPTISTA et al 2002 apud ROMERA, 2014).

Dessa forma os modo de lazer a as vivências do tempo livre do individuo, ganha um rótulo e torna-se estigmatizado como influência para o consumo de substâncias psicoativas. Para Marcellino (2008 apud Romera 2010), o lazer não deve ser entendido de modo insulado, deve-se considerar as diversas influências que podem ocorrer durante a vida causando diversos equívocos e conclui que quanto mais complexa se torna a sociedade aumenta as necessidades de inter relação em vários componentes da vida social. Romera e Marcellino (2010), realizaram uma revisão bibliográfica para entender através de um olhar sociológico as aproximações de determinadas áreas do conhecimento em relação ao lazer e o consumo de substâncias psicoativas e consideram que uma grande parte das discussões feitas em relação ao consumo de substâncias psicoativas, estão relacionadas ao jovens e que o principal contexto para o uso dessas substâncias é o lazer.

FREITAS et al (2016) ressalta que a droga é considerada como um elemento de integração, e seus aspectos negativos são pouco percebidos e explicitado. A problemática do consumo de drogas não está como facilitador de desempenho nas modalidades esportivas realizadas nos momentos de lazer, mas é entendida como facilitador da sociabilidade dentro dos grupos onde os indivíduos estão inseridos.

A procura pela liberdade, expressão de emoções reprimidas e a obtenção de prazeres, estão como as possíveis explicações para o consumo de drogas nos momentos de lazer. (ROMERA; MARCELLINO,2010)

Observamos em nossa pesquisa que para a maioria dos entrevistados, não há prática de modalidades esportivas para fins recreativos ou de lazer. E aqueles entrevistados que relataram praticar alguma atividade de lazer, estas, estão atreladas a eventos e locais onde costumam ter consumo de substâncias psicoativas. O acesso aos serviços públicos de esporte e lazer que são oferecidos em Goiânia em muitos casos não são permitidos para pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, talvez pelo estigma que vivem estas pessoas muitos nem procuram adentrar ao serviço. A falta de divulgação desses espaços para a comunidade em geral também pode ser um fator que impede o acesso da comunidade em geral nestes espaços.

A saúde, pode ser associada a atividades física de lazer, permitindo que os direitos dos sujeitos a vivência de atividades de livre escolha. Nesse sentido, podemos inferir este conceito no que tange as atividades de lazer desenvolvidas na saúde mental. Aquino e Cavalcanti (2004 apud Pasquim e Soares 2015), consideram que o lazer só passou a fazer parte do vocabulário psiquiátrico no Brasil com a reforma psiquiátrica brasileira e a partir de denúncias de abandono terapêutico pautado no modelo asilar. Para os autores, o lazer tem dois formatos complementares na saúde mental: a ambiência e o lazer assistido.

“ambiência é a organização do espaço físico, sendo que a institucionalização do lazer nos serviços de saúde mental é parte dessa ambiência e o lazer assistido que é o preenchimento ativo do tempo de não-trabalho, portanto o lazer assume a forma de atividades práticas” (2015, p. 331).

A falta de espaços adequados faz com que os profissionais de Educação física inseridos nos CAPSad tenham que dispor de outras estratégias, como, por exemplo, trabalhar em conjunto com outros profissionais que coordenam grupos terapêuticos, ficando de certa forma a intervenção da Educação Física em segundo plano.

O que normalmente acontece na instituição é o chamado lazer assistido que não exige muito espaço e pode ser realizado apenas como mais um remédio para o tratamento. Neste caso, o profissional de educação física atua junto com outros profissionais, nos grupos terapêutico por meio de atividades que estimulem o interesse pela continuidade do tratamento e a importância do autoconhecimento.

Romera (2008), defende que para estudar e entender o usuário de substâncias psicoativas deve-se considerar três elementos básicos: o tipo de substância, o indivíduo e o contexto social em que ele se insere. Esses fatores implicam nos mais diferentes modos de uso de substâncias psicoativas e revela significados para o usuário.

“Considerar a inter-relação entre o tipo de substância procurada, o indivíduo e o modo como este irá relacionar-se com a droga significa contemplar o usuário valendo-se de uma abordagem biopsicossocial preocupada com o ser humano e seu bem-estar” (ROMERA, 2014, p. 305).

Considerando que o uso de substâncias psicoativas é uma prática milenar, é importante compreender os diferentes modos de uso por diferentes grupos e com diferentes finalidades, em contextos sociais também diferentes. Observando-se, também, a classificação em substâncias lícitas e ilícitas (ROMERA, 2014).

Os usuários atendidos no CAPSad apresentam uma série de doenças desenvolvidas ao longo do uso de drogas, que por vezes, limita a ação do profissional de educação física. Contudo foi possível observar o incentivo por parte de profissionais que compõe a equipe do CAPSad para a participação dos usuários em eventos de lazer, passeios em parques, piqueniques, também foram ações percebida dentro do serviço.

## 5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de compreender o cenário que vive as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, os diferentes meios de tratamentos oferecidos para estes usuários partindo do princípio que o uso abusivo de substâncias psicoativas podem acarretar em sérios prejuízos causando uma desorganização nas diferentes dimensões consideradas importantes para a organização de vida em geral, o presente estudo pretendeu compreender qual a percepção de usuários de substâncias psicoativas que tiveram baixa adesão ao tratamento em um CAPSad, sobre sua (re)organização de vida.

O estudo objetivou, comparar a organização de vida atual, com o período em que estiveram no CAPSad, analisar a percepção das pessoas que tiveram baixa adesão ao tratamento em um CAPSad, no que tange as diferentes dimensões da vida, como relações familiares, relações afetivas, amizades, relação com a substância psicoativa, e condições gerais de saúde, compreender porque as pessoas deixaram de frequentar o CAPSad, estimular o reestabelecimento de vínculos entre usuários e o serviço, vislumbrar potenciais articulações intersetoriais de cuidados para o CAPSad.

A (re) organização de vida, parte da compreensão que os usuários de substâncias psicoativas sofrem importantes desorganização de diferentes dimensões da sua vida, em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas. Dessa forma buscamos compreender de que forma os usuários estão organizando ou até mesmo mantendo-se desorganizados essas dimensões da vida, mesmo estando afastados do CAPSad.

Para isso foi realizado uma entrevista semi- estruturada com perguntas que contemplavam dimensões, do lazer, saúde em geral, relações familiares e trabalho, com isso foi possível perceber que a descontinuidade do tratamento de usuários de álcool e outras drogas de fato é um problema experienciado por profissionais do CAPSad. Isso fica claro quando comparamos o total de pessoas que buscaram atendimento pela primeira vez em 2015 no CAPSad e que permaneceram ativos. Foram identificados que apenas 7,23% dos usuários permaneceram ativos até janeiro de 2017. Quando comparado com o momento atual, junho de 2017 esse número fica ainda menor com apenas 3,73% de usuários ativos. Foi possível observar ainda, que os usuários que buscaram atendimento pela primeira vez no CAPSad em 2015, aproximadamente 75% dos

usuários tiveram apenas o acolhimento realizado. Com isso, podemos levantamos a discussão de que no momento da entrevista de acolhimento deve ser realizada por um profissional que tenha clareza das políticas de humanização e seus objetivos.

Identificamos que os principais argumentos dos usuários para a descontinuidade do tratamento estão relacionadas às recaídas, trabalho e transporte. Com esses dados levantamos o questionamento sobre, de que forma o CAPSad, pode intervir junto aos usuários para que os mesmos ao recaí não sintam vergonha de retomar o tratamento? Ou de que forma o CAPSad pode contribuir para ajudar que o usuário tenha recaídas? Uma possibilidade, seria a implantação de CAPSad tipo III, o que talvez possibilitasse que o usuário no momento de fissura pela droga recorresse ao local.

Um ponto que está diretamente relacionado as recaídas, são a falta de perspectiva de trabalho dos usuários. Uma das dimensões de organização de vida está relacionada a capacidade do indivíduo de realizar suas atividades de trabalho, com essas perdas o indivíduo poderá ficar em situações vulneráveis, acarretando no uso da substância e até mesmo chegando a situação de rua. A falta de trabalho por sua vez está relacionado ao transporte, dessa forma os usuários alegam não ter condições financeiras de custear suas idas ao CAPSad.

Outro ponto que destacamos nos relatos dos entrevistados, foram as condições de saúde em geral dos usuários, dessa forma concluímos que o uso/abuso de álcool e outras drogas, acarretaram em sérios danos a saúde dos usuários, desde danos a saúde física até sérios danos fisiológicos. É notável nos relatos da maioria dos entrevistados que houve uma redução do uso da substância o que podemos relacionar com a redução de danos.

As diferentes tipos de ajuda para o tratamento de usuários de drogas surgem como opções nos relatos dos entrevistados, a busca por locais que apregoam a abstinência total surge como uma das formas buscadas pelos usuários, todavia é possível perceber que os próprios usuários apregoam que deve partir do mesmo o desejo de se tratar e deixar de usar a substância. Destacamos que o CAPSad é um serviço de portas abertas onde o usuário pode buscar o tratamento, contudo deve demonstrar o desejo buscar e continuar o tratamento.

A busca pelo tratamento junto a família aparece nos relatos dos nossos entrevistados como sendo uma forma de ajuda para diminuir o uso/abuso de

álcool e outras drogas. Contudo, destacamos que a participação da família durante o tratamento de usuários independente do local onde esteja fazendo se faz importante, e ressaltamos que o tratamento oferecidos nos CAPSad contemplam familiares, visando um maior tempo de permanência dos usuários em tratamento.

Outros aspectos que apresentados pelos entrevistados como potencial para a descontinuidade ao tratamento, são as relações de amizades dessa forma os mesmos relatam que diminuíram suas amizades em função de permanecer limpo, pois estas estão relacionadas ao uso de drogas.

A partir dos dados obtidos, concluímos que apesar da descontinuidade do tratamento no CAPSad ser alta, os usuários de substâncias psicoativas, buscam diferentes formas de tratamento a partir de dispositivos que os auxiliam na sua (re)organizar de vidas.

## **6- Apêndice**

Apêndice A - Roteiro de entrevista

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Apêndice C- Termo de Compromisso

## **7.Anexos**

Anexo A- Carta de Anuência da Escola Municipal de Saúde Pública

Anexo B – Documento de Aceite do Comitê de Ética e Pesquisa da UFG.

## Referências

ALBUQUERQUE, C.S. NOBREGA, M.P.S.S. Barreiras e Facilidades Encontradas por Mulheres Usuárias de Substâncias Psicoativas na Busca por Tratamento Especializado. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drog.** v.12n.1.p 22-29.2016.

ANDRADE, A. T., SOUSA, M. L. T., & QUINDERÉ, P. H. D. Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP** – v.8.n.2. julho/dezembro/2013

ARAUJO, N B. MARCON, S R. SILVA, N G. OLIVEIRA, J R T. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. **J Bras Psiquiatr.** V.61n.4.p.227-34.2012

ALMEIDA, R. A. Fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas em João Pessoa.. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão em Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

ALVAREZ. Armando M.Alonso. Fatores de Risco que Favorecem a Recaída no Alcoolismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** V.56.n.3 p.188-193.2007

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; (org.) DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V. A. e BARROSO, L. P. Brasília: SENAD, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP; organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010. P.284

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; (org.) DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V. A. e BARROSO, L. P. Brasília: SENAD, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARDOZO, A. R. Aproximações entre Redução de Danos e Dependência Química. Grupo hospitalar Conceição S/D

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

Caminhos do cuidado: caderno do tutor/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, p.180; 2013.

CLARO, H G. OLIVEIRA, M A F; ALMEIDA, M M ; VARGAS, D ; PAGLIONE, H B. Adaptação cultural de instrumentos de coleta de dados para mensuração em álcool e drogas. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. Ed. port.v.7 n.2 p.71-7-2011.

CARVALHO, J. E. S. LIOTTI, D. B. M. LENZI, M. C. R. Capsad e Alcoólicos Anônimos: O Processo de Tratamento Sob o Ponto de Vista dos Usuários. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis**. v.7 n. 16, p.41-61.2015

CAMPOS, E A. Porque os alcoólicos são anônimos? Anonimato e Identidade no Tratamento do Alcoolismo. **Interface**. Botucatu, SP. v.13, n.28, p. 19-30. 2009

CHAGAS M. et al. O alcoolismo e o Grupo de Alcoólicos Anônimos: o Conhecimento de Alcoolistas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 2, p.190-212. 2010.

DELIJAICOV, C. Álcool e Drogas in: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F B. (Cord.) *Psicopatologia: aspectos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 74-87, 2009.

FARIA E A F. Perfil do consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes escolares de uma capital brasileira. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v.10.n.2 p.78-84. 2014.

FARIA, J. G. e SCHNEIDER, D. R. "O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental" **Psicologia & Sociedade**; v.21 n.3.p. 324-333, 2009

FERREIRA,A,C,Z. CZARNOBAY,J. BORBA,L.O.CIPSTRANO,F.C. KALINKE,L.P. MAFTUM,M.A. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. Revista Eletrônica Enfermagem.[internet].2016. acesso em 19.12.2016.

FERNANDES,K. R. ZANELLI,J.C.O Processo de Construção e Reconstrução das Identidades dos Indivíduos nas Organizações. **RAC**, v. 10, n. 1, Jan./Mar. P.55-72.2006.

FIDALGO,T. M,NETO,P.M.P.SILVEIRA,D.X.Abordagem da dependência química Caso Complexo 12 - Vila Santo Antônio. UNA SUS. S/D

FIGLIE,N.B;BORDIN,S. Motivação."in".Figlie.Bordin.Laranjeira.Aconselhamento em Dependência Química. 3 ed. São Paulo. Roca,2015. 249-290.

GONÇALVES, A.M.S; SANTOS,M.A. PILLON,S.C. Uso de Álcool e/ou Drogas: Avaliação dos Aspectos da Espiritualidade e Religioso.**Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v.10n. 2.p.61-9.2014

Heloisa,H. F.,CASSANI,A.C.M.MACHADO,G.J. ROMERA, L.A. *Skate* Sociabilidade e Consumos no Lazer: A Percepção do Lícito e ilícito. **Licere, Belo Horizonte**, v.19, n.1.P.85-107. 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do escolar (PeNSE)** 2009. Rio de Janeiro; 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais - uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro; 2012.

LEITE S N, VASCONCELLOS, M P C. Adesão a terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Cienc Saude Coletiva**.v.8n.3:p.775-82.2003

MARQUES, ACPR. O adolescente Usuário de Drogas Psicotrópicas no Brasil. In: Silva GL, organizador. **Drogas: Políticas e Práticas**. São Paulo: Roca; p. 27-36. 2010.

MAÇANEIRO,A.Percepção do Dependente Químico Quanto ao Processo de Recuperação. TCC. Universidade Vale do Itajaí.2008

MASCARENHAS, E. Alcoolismo, Drogas e Grupos Anônimos de Mútua Ajuda. São Paulo: Siciliano. 1990.

MARCON.S.R;SENE.J.O;OLIVEIRA,J. R. T.Contexto Familiar e Uso de Drogas entre Adolescentes em Tratamento.**Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v.11.n.3: p.122-8,jul.-set. 2015

Métodos de pesquisa / [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira ; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

NIMTZ,M. A. TAVARES,A. M. F..MAFTUM, M. A.FERREIRA, A. C. Z..BORBA, L. O. CAPISTRANO, F. C. Impacto do Uso de Drogas nos Relacionamentos Familiares de Dependentes Químicos. **Cogitare Enferm.** V.19.n.4.p.667-72. Out-Dez. 2014.

Narcóticos Anônimos. Uma outra perspectiva. Tradução de literatura aprovada pela irmandade de NA. s/d

O GLOBO. <https://oglobo.globo.com/brasil/no-inss-pedidos-de-auxilio-doenca-para-usuarios-de-drogas-triplicam-em-oito-anos-11555129>> acesso em> 28.05.2017.

Paiva, F. S., Ferreira, M. L., Martins, M. Z. F., Barros, S. L. C. F., & Ronzani, T. M. A Percepção Profissional e Comunitária Sobre a Reinserção Social Dos Usuários de Drogas. **Psicologia & Sociedade**; v.26.n.3.p. 696-706. 2014.

PASQUIM, H.M, SOARES, C. B. Lazer, Saúde Coletiva e Consumo de Drogas. **Licere**, Belo Horizonte,v.18, n.2, jun/2015.

PINSKY I. **Publicidade de Bebidas Alcoólicas e os jovens.** São Paulo (SP): Fapesp; 2009.

PEIXOTO, C. PRADO, C. H. O. RODRIGUES, C. P. CHEDA, J.N.D. MOTA, L. B. T. VERAS, A.B.Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr.** V.59.n.4 p.317-321.2010

PILLON,S. C. Uso e abuso de álcool e tabaco: os caminhos da Prevenção.**Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga.**n.12.v.4.p.198-9.Out-Dez.2016

RIBEIRO.D. R.CARVALHO. D. S..O Padrão de Uso de Drogas por Grupos em Diferentes Fases de Tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). **J Bras Psiquiatr.**v.64n.3.p.221-9. 2015

ROMERA, Liana Abraão. As drogas e os cenários de lazer. **Licere, Belo Horizonte**, v.17, n.3, set/2014

ROMERA, Liana Abraão. Juventude, lazer e uso abusivo de álcool. Tese de doutorado.2008. R664j. Tese (Doutorado Educação Física e Sociedade). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo,2008.

RUI,.T. FIORE,M.TÓFOLI. Pesquisa preliminar de avaliação do programa de braços abertos. Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais( IBCCRIM). São Paulo.2016

WHO.Informe mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud. Disponível em:  
[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=841:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-&Itemid=340](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=841:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-&Itemid=340). Acesso em: 01.06.2017



**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Da: Escola Municipal de Saúde Pública		
Ao: <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>		
Protocolo: <b>EMSP/SMS</b>	<b>39.2016</b>	
Título da pesquisa:	<b>(RE) ORGANIZAÇÃO DA VIDA DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: AS PERCEPÇÕES DE PESSOAS QUE TIVERAM BAIXA ADESÃO A UM CAPSad</b>	
Objetivo geral:	<b>Analisar a percepção de usuários de substâncias psicoativas que tiveram baixa adesão ao tratamento em um CAPSad sobre a sua (re)organização de vida</b>	
Pesquisador responsável:	Prof. Dr. Felipe Wachs	
Orientador	Não se aplica	
Período de coleta: 01/01/2017 a 31/03/2017		
Instituição:	Universidade Federal de Goiás	Curso: Educação Física
Natureza:	<b>Graduação</b>	

Após análise do projeto de pesquisa acima citado, a Secretaria Municipal de Saúde informa a viabilidade de execução do mesmo junto às unidades de saúde. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades no presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela inseridos, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Entretanto, a execução deste projeto dependerá da aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa, mediante apresentação do parecer ético consubstanciado junto à Escola Municipal de Saúde Pública. Ressaltamos que os princípios ético-legais devem ser seguidos, conforme a Resolução CNS 466/2012.

Goiânia, 09 de Novembro de 2016.

Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenadora da Esc. Mun. de Saúde Pública  
**Cristiane O. C. de Albuquerque**  
Coordenadora

Cristiane Oliveira Cavalcanti de Albuquerque  
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia  
Portaria 027/2014



SERVICO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DANÇA  
Fone: (62) 3521-1141  
HP: [www.fefd.ufg.br](http://www.fefd.ufg.br)

---

## CARTA DE APRESENTAÇÃO

Venho, através desta, apresentar minha proposta de pesquisa e solicitar anuência da Escola Municipal de Saúde Pública (EMSP) para sua realização. Sou Elizabeth Campos, estudante de Educação Física na modalidade Bacharelado pela Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás.

Fazem 15 anos que foi aprovada a Lei 10.216/2001, que regulamenta o processo de Reforma Psiquiátrica na Brasil. Durante esse período, pudemos visualizar avanços, dificuldades e, algumas vezes, até retrocessos no cuidado oferecido aos usuários de saúde mental. É fundamental que discursões acadêmicas e teóricas acompanhem a implementação de políticas públicas para que a Reforma Psiquiátrica se concretize.

Meu projeto de pesquisa será orientado pelo Professor Doutor Felipe Wachs (FEFD/UFG) e seus dados serão base para minha monografia de conclusão de curso. O foco da pesquisa está centrado na seguinte questão: Qual a percepção de usuários de substâncias psicoativas que tiveram baixa adesão ao tratamento em um CAPSad sobre sua (re)organização de vida? O objetivo principal é analisar a percepção de usuários de substâncias psicoativas que tiveram baixa adesão ao tratamento em um CAPSad sobre a sua (re)organização de vida. Como objetivos secundários espera-se: comparar a organização de vida atual com a do período em que estiveram no CAPSad de usuários de substâncias psicoativas que tiveram baixa adesão ao serviço; analisar a percepção das pessoas que tiveram baixa adesão ao CAPSad durante 2015 sobre suas condições de vida (relações familiares, trabalho, lazer, relações afetivas, amizades, relação com a substância psicoativa e condições gerais de saúde); compreender por que as pessoas deixaram de frequentar o CAPSad; estimular o reestabelecimento do vínculo entre os usuários e o CAPSad; e vislumbrar potenciais articulações intersetoriais de cuidados para o CAPSad.

Conforme detalhado no projeto, para o desenvolvimento da pesquisa solicito acesso aos prontuários do usuários que iniciaram tratamento durante o ano de 2015. Alguns destes usuários serão selecionados através de sorteio e convidados para realização de uma entrevista. Ressalto que o projeto já foi apresentado em reunião de equipe da CAPSad Casa e que, caso a equipe tenha disponibilidade e interesse, estão convidados a participar das entrevistas potencializando um possível resgate do vínculo entre usuário e serviço.

Seguem em anexo o projeto de pesquisa e o termo de consentimento para os usuários.

Grata,  
Elizabeth Campos  
Estudante de Bacharelado em Educação Física

Prof. Dr. Felipe Wachs  
FEFD/UFG



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Meu nome é Elizabeth Campos da Silva e sou estudante de Educação Física na modalidade bacharelado, pela Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás. Meu orientador é o Professor Dr. Felipe Wachs e ele será o pesquisador responsável por essa investigação. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma em seu tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o(s) pesquisador responsável através do telefone (062) 3521.1025 Ramal 1965 ou através do e-mail [felipewachs@hotmail.com](mailto:felipewachs@hotmail.com). Em casos de dúvidas **sobre os seus direitos** como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3521-1075 ou 3521-1076.

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA

- O título da pesquisa é “(RE) ORGANIZAÇÃO DA VIDA DE USUARIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: AS PERCEPÇÕES DE PESSOAS QUE TIVERAM BAIXA ADESÃO A UM CAPSad”. Seu principal objetivo é analisar a percepção de usuários de substâncias psicoativas que tiveram baixa adesão ao serviço sobre sua (re)organização de vida.
- Esta pesquisa, esta vinculada a um projeto mais amplo que tem como autor principal o Professor Dr. Felipe Wachs e trás como título de seu projeto “A Educação Física e o contexto de cuidado em saúde mental” e seu principal objetivo é investigar de que forma a Educação Física contribui no tratamento oferecido pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Ainda existem poucas pesquisas feitas sobre a atuação de profissionais da Educação Física na saúde mental. Espera-se que os resultados da pesquisa ajudem a qualificar a as atividades conduzidas por esses profissionais e melhorar o tratamento oferecido aos usuários dos CAPS.
- A pesquisa pretende entre seus objetivos, comparar a organização de vida atual com a do período em que estiveram no CAPSad de usuários de substâncias psicoativas que tiveram baixa adesão ao serviço. Analisar a percepção das pessoas que tiveram baixa adesão ao CAPS ad durante 2015 sobre suas condições de vida no que tange aos seguintes aspectos: relações familiares, trabalho, lazer, relações afetivas, amizades, relação com a substancia psicoativa e condições gerais de saúde. Compreender por que as pessoas deixaram de frequentar o CAPS ad. Estimular o



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/CEP**



reestabelecimento do vínculo entre os usuários e o CAPS ad. Vislumbrar potenciais articulações intersetoriais de cuidados para o CAPS ad.

- A pesquisa será realizada através da participação de um estudante de graduação onde o mesmo irá utilizar de perguntas semi-estruturadas direcionadas aos eixos específicos das informações que pretende obter. O estudante utilizará de um gravador e realizará anotações no decorrer da entrevista. Essas gravações e anotações e o TCLE serão guardadas em local protegido e serão discutidas apenas pelo estudante e por seu orientador.
- A partir destas gravações e anotações, o estudante escreverá seu Trabalho de Conclusão de Curso e, eventualmente, algum outro texto para que outras pessoas interessadas no assunto possam ler sobre os resultados da pesquisa. Os nomes dos participantes serão trocados por nomes falsos, para evitar que sejam identificados.
- A participação na pesquisa é voluntária. A pesquisa não oferece qualquer tipo de remuneração, auxílio transporte ou auxílio alimentação. Todavia, ressaltamos que as entrevistas serão agendadas em local e horário de modo que o participante não tenha nenhum gasto para participar da pesquisa. Informamos, ainda, que é direito do participante receber ressarcimento ou indenização por prejuízos decorrentes de sua participação na pesquisa.
- Você pode se negar a responder qualquer pergunta que lhe seja feita e pode retirar seu consentimento a qualquer momento que desejar contatando o pesquisador responsável sem que haja qualquer prejuízo no tratamento oferecido pelo CAPS.
- O pesquisador realizará um encontro no CAPS para apresentar os resultados da pesquisa e uma cópia de cada texto produzido sobre a pesquisa será deixado no CAPS. Caso seja de seu interesse receber convite para o encontro e cópia digitalizada dos textos, pedimos que registre um e-mail de contato abaixo de sua assinatura neste termo.
- O estudante pesquisador também apresentará publicamente o resultado da pesquisa em sua defesa do Trabalho de Conclusão de Curso. Caso seja de seu interesse receber convite para o encontro e cópia digitalizada dos textos, pedimos que registre um e-mail de contato abaixo de sua assinatura neste termo.
- A entrevista terá duração de aproximadamente quarenta minutos, sendo que poderá ser estendida em casos onde o participante considerar que o pesquisador possa estender suas perguntas advindas das informações que ele mesmo tenha dito.

---

Prof. Dr. Felipe Wachs  
Faculdade de Educação Física e Dança - UFG

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA  
PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
documento \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “A Educação Física e o contexto de cuidado em saúde mental”, como sujeito. Fui devidamente

*Comitê de Ética em Pesquisa/CEP*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFG, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1,  
Campus Samambaia (Campus II) - CEP:74001-970, Goiânia – Goiás, Fone: (55-62) 3521-1215.

E-mail: cep.prppg.ufg@gmail.com



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/CEP**



informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) Elizabeth Campos da Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a

qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento, se for o caso).

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

E-mail para contato (opcional): \_\_\_\_\_

Registro de aceite por impressão datiloscópica.



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** (Re)Organização da vida de usuários de substâncias psicoativas: as percepções de pessoas que tiveram baixa adesão a um CAPSad

**Pesquisador:** Felipe Wachs

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 62908216.3.0000.5083

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Goiás - UFG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.017.349

#### **Apresentação do Projeto:**

A pesquisadora tem por objetivo geral analisar a percepção de usuários de substâncias psicoativas que tiveram baixa adesão ao tratamento no CAPS no período de 2015. Para tanto serão escolhidos usuários a partir dos prontuários do CAPS Casa, uma instituição municipal em Goiânia. Após o mapeamento serão escolhidas 20 pessoas para a realização de entrevistas semi-estruturadas. As 20 pessoas serão escolhidas para 4 grupos distintos, sendo 5 de cada um desses grupos: 1 – pacientes que participaram apenas do acolhimento; 2 – pacientes que participaram, de forma descontínua, de no máximo 5 dias de atendimento; 3 – pacientes que frequentaram o serviço de 3 a 6 meses de forma regular; 4 – pacientes que frequentaram o serviço por mais de 6 meses de forma regular.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisadora propõe como objetivo geral: “analisar a percepção de usuários de substâncias psicoativas que tiveram baixa adesão ao tratamento do CAPS e sua re-organização de vida após o tratamento”. São objetivos secundários: 1) comparar a organização de vida atual com a do período em que estiveram no CAPS; 2) analisar a percepção das pessoas que tiveram baixa adesão ao CAPS durante 2015 sobre suas condições de vida nas relações familiares, trabalho, lazer, relações afetivas, amizades, relação com a substância psicoativa e condições gerais de saúde; 3)

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

**Bairro:** Campus Samambaia

**CEP:** 74.001-970

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3521-1215

**Fax:** (62)3521-1163

**E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



compreender por que as pessoas deixaram de frequentar o CAPS; 4) estimular o restabelecimento do vínculo entre os usuários e o CAPS; 5) vislumbrar potenciais articulações intersetoriais de cuidados para o CAPS.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As considerações da pesquisadora sobre os riscos e benefícios foram reescritas nesta versão da pesquisa, são considerados 'riscos' o desconforto causado pelas perguntas, e apresentado a retirada ou possibilidade de não resposta. A pesquisadora também incluiu nos riscos a realização das entrevistas em si, e sua própria segurança ao realizar a entrevista em domicílio, dando como solução a presença de mais apoiadores na realização da entrevista.

Sobre benefícios, ele aponta a execução da pesquisa, a possibilidade de reestabelecer vínculos entre CAPS e pacientes e em visualizar quais estratégias e quais outras formas de apoio existem para reorganização social das participantes que saem dos CAPS.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A proposta de apresentação da pesquisa, feita pela pesquisadora, está bem delimitada e é de extrema importância para avaliação de prestação de serviços da saúde mental referente a uso de psicoativos em Goiânia e em Goiás. No entanto, por estar destinada ao estudo de um grupo em alto risco algumas etapas da pesquisa precisaram ser modificadas e foram requeridas em relação a realização das entrevistas, escrita sobre o tema, retorno da pesquisadora ao CAPS. Informações sobre o CAPS que será pesquisado foram inseridas, bem como descrita a metodologia em etapas e reconsiderado o processo de realização das entrevistas, seja em relação ao lugar, seja em relação a segurança. Nesse sentido a pesquisadora foi solicitada em apontar descrições sobre vários pontos sobre as perguntas que podem ser invasivas bem como sobre o acesso aos pacientes. Em relação a apresentação dos dados, a pesquisadora aponta no TCLE que serão registradas informações com nomes fictícios, para garantir o anonimato.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos:

1. PB de informações básicas.

O PB é o único documento que traz as informações sobre riscos e benefícios, que não estão presentes nem no TCLE, nem no projeto geral.

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

**Bairro:** Campus Samambaia

**CEP:** 74.001-970

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3521-1215

**Fax:** (62)3521-1163

**E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.017.349

2. Folha de rosto com assinatura do diretor da FEFD

3. Termo de compromisso.

A pesquisadora e o orientador declaram conhecer e respeitar o CNS 466/12.

4. TCLE

O TCLE é bem descrito nas informações sobre a pesquisa e auxílio aos participantes. Foram adicionadas informações e descrição sobre os riscos e benefícios, o termo sujeito foi trocado por participantes, conforme CNS, apresenta a possibilidade de ligação a cobrar. No TCLE também é informado que serão utilizados trechos da entrevista, mas que os nomes serão trocados.

5. Roteiro de entrevista aberta / semi-estruturada

O roteiro é bem descrito, e as perguntas consideradas invasivas foram justificadas como 'importantes para o estudo da reorganização' social das participantes.

6. Projeto completo, TCC.

7. Calendário / Cronograma

Foi reestruturado com data de início para maio.

8. Tabela para coleta de dados

É um documento para mapear os prontuários de pacientes que entrarão na pesquisa e contém informações como endereço e telefone.

9. Termo de anuência da Escola Municipal de Saúde Pública, assinada por Cristiane Oliveira Cavalcanti.

10. Carta de ajuste de pendências.

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

**Bairro:** Campus Samambaia

**CEP:** 74.001-970

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3521-1215

**Fax:** (62)3521-1163

**E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.017.349

Nesse documento a pesquisadora aponta as modificações realizadas após o primeiro envio da pesquisa ao CEP.

#### Recomendações:

Todas as pendências foram atendidas. Foram inseridos no TCLE informações sobre a pesquisa, riscos e benefícios. Foi justificado a importância de participação de terapeutas na realização de entrevista, e permitida apenas com consentimento das participantes. Foram reconsiderados os 'lugares em que as entrevistas serão realizadas', e pontuado que em caso de "entrevistas em domicílio" a pesquisadora contará com a presença de uma equipe, distante da casa, para dar suporte. A pesquisadora informa ainda que a pesquisa será compartilhada com o CAPSad Casa, mas diz apenas sobre os resultados e não os dados primários de entrevista, o que garante a segurança das participantes.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos postados somos favoráveis à aprovação do presente protocolo de pesquisa, smj deste Comitê.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para junho de 2017.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TCLE_corrigido.docx	17/04/2017 10:06:53	João Batista de Souza	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_834483.pdf	23/03/2017 15:42:29		Aceito
Outros	carta_ajuste_pendencias.docx	23/03/2017 15:40:34	Felipe Wachs	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	TCC_ElizabethCampos_para_CEP.docx	23/03/2017 15:39:30	Felipe Wachs	Aceito

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

**Bairro:** Campus Samambaia

**CEP:** 74.001-970

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3521-1215

**Fax:** (62)3521-1163

**E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.017.349

Investigador	TCC_ElizabethCampos_para_CEP.docx	23/03/2017 15:39:30	Felipe Wachs	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/03/2017 15:39:19	Felipe Wachs	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	23/03/2017 15:38:49	Felipe Wachs	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.docx	09/12/2016 09:12:11	Felipe Wachs	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso.pdf	09/12/2016 09:00:58	Felipe Wachs	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia_EMSP_GYN.pdf	05/12/2016 20:34:05	Felipe Wachs	Aceito
Outros	Tabela_para_coleta_de_dados_prontuarios.pdf	05/12/2016 20:14:22	Felipe Wachs	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.docx	05/12/2016 20:12:46	Felipe Wachs	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 17 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**  
**João Batista de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

**Bairro:** Campus Samambaia

**CEP:** 74.001-970

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3521-1215

**Fax:** (62)3521-1163

**E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

ROTEIRO DE ENTREVISTA  
(RE) ORGANIZAÇÃO DA VIDA DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS: AS PERCEPÇÕES DAS PESSOAS QUE TIVERAM BAIXA  
ADESAO A UM CAPSAd.

DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:

Nome:

Data de nascimento:    /    /

Sexo: ( ) masculino    ( ) Feminino

Endereço:

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

1. Durante quanto tempo você ficou em tratamento no CAPSAd?
2. Você se lembra de quais atividades você participou e quais profissionais te acompanharam no CAPSAd?
3. O período em que você esteve em tratamento no CAPSAd contribuiu para sua reorganização de vida em relação ao uso de álcool e outras drogas? De que forma?
4. Por que você deixou de frequentar o CAPSAd?
5. Como você acha que está a sua saúde?
6. Como atualmente você se relaciona com o álcool ou com outras drogas?
7. Você procurou e/ou encontrou ajuda em alguma outra instituição e/ou pessoa?
8. Existe alguma coisa que você gostaria de fazer e não está conseguindo?
9. Como está sua situação profissional atualmente?
10. Como você avalia seu relacionamento familiar atualmente?
11. Como você avalia que estão suas relações de amizades e suas relações amorosas atualmente?
12. Quais são as atividades de lazer e/ou esportiva que você pratica atualmente?
13. Os locais que você frequenta, costuma ter consumo de álcool e outras drogas? Como você lida com isso?

Nome do Entrevistador:

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Grupo:

(RE)ORGANIZAÇÃO DE VIDA DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS: A PERCEPÇÃO DE PESSOAS QUE TIVERAM BAIXA ADEÇÃO  
A UM CAPSad

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial  
para obtenção do título de Bacharel  
em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Wachs

**Esta monografia foi revisada após a defesa em banca e está aprovada.**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS MONOGRAFIAS  
ELETRÔNICAS REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DE MONOGRAFIAS DA UFG – RIUFG**

**1. Identificação do material bibliográfico monografia:**

Graduação | | Especialização

**2. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso**

Autor (a):	<i>Lilybeth Laura da Silva</i>
E-mail:	<i>lilybeth.laura@portais.uef.ufg.br</i>
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não
Título:	<i>Me lorgonizandã de vida de mulheres de substâncias psicoativas</i>
Palavras-chave:	<i>as pessoas de drogas que tiveram baixa adesão à sua dependência</i>
Título em outra língua:	
Palavras-chave em outra língua:	
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	<i>07/07/2017</i>
Graduação/Curso Especialização:	<i>graduação</i>
Orientador (a)*:	<i>Felipe Uebech</i>

\*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

**DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO-EXCLUSIVA**

O referido autor:

a) Declara que o documento em questão é seu trabalho original, e que detém prerrogativa de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento em questão contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal de Goiás os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento em questão.

**Termo de autorização**

Na qualidade de titular dos direitos do autor do conteúdo supracitado, autorizo a Biblioteca Central da Universidade Federal de Goiás a disponibilizar a obra, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional de Monografias da UFG (RIUFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data, sob as seguintes condições:

Permitir uso comercial de sua obra?  Sim |  Não

Permitir modificações em sua obra?

Sim  
 Sim, contando que outros compartilhem pela mesma licença.  
 Não

A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.

Local e Data *goiânia 14/07/2017*

*Lilybeth Laura da Silva*  
 Assinatura do Autor e/ou Detentores dos Direitos Autorais