



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

RENATA DE ALMEIDA MORAES POSSATO

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO
TRATAMENTO EM PORTADORES DE TRANSTORNO
POR USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS: UM
ESTUDO LONGITUDINAL**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutor(a) em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima

Botucatu

2021

Renata de Almeida Moraes Possato

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO
TRATAMENTO EM PORTADORES DE
TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS
DROGAS: UM ESTUDO LONGITUDINAL**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutor(a) em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima

Botucatu

2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Possato, Renata de Almeida Moraes.

Fatores associados à adesão ao tratamento em portadores de transtorno por uso de álcool e/ou outras drogas : um estudo longitudinal / Renata de Almeida Moraes Possato. - Botucatu, 2021

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Cristina Pereira Lima

Capes: 40602001

1. Serviços de saúde mental. 2. Abuso de substâncias. 3. Drogas - Abuso. 4. Alcoolismo. 5. Cooperação e adesão ao tratamento. 6. Estudos longitudinais.

Palavras-chave: Adesão; Centros de tratamento de abuso de substâncias; Estudo longitudinal; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

**Para Hugo, meu mais leal companheiro, eterno
amor e para sempre minha melhor escolha!**

**Para minha família, pelo amor,
apoio e confiança incondicionais!**

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

A Profa. Maria Cristina Pereira Lima pela orientação minuciosa, competente e carinhosa.

Aos meus Pais, Guaracil e Carmen; Avó Theresinha; Mãe do coração Maria Peréti; Irmãos, Daniel e Mariane, por toda nossa história de vida, constituíram minha subjetividade e contribuíram para quem sou hoje, me amaram e acreditaram incondicionalmente. Em especial a minha Mãe, exemplo de Psicóloga, Profissional e Cientista, meu primeiro e maior modelo!

A minha também família, José, Elizete, Isabele, Fábio e Natália Possato, pelos incentivos e orações.

A equipe do CAPS-AD em exercício entre os anos de 2018 e 2020, sem o apoio, a acolhida, disponibilidade e carinho de cada uma de vocês este trabalho não teria sido possível.

Ao Lucas F. Arantes, por toda dedicação e profissionalismo no desenvolvimento do software utilizado na presente pesquisa.

A Luciene Tobias, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por toda disponibilidade e eficiência em atender e auxiliar e a Rosemary Cristina da Silva, pela revisão das citações e referências.

Aos meus amigos, Mariana Matias, Mariana Corvino, Mariana Gaspar, Aladiston (Tom), Érika e Igor Taborda, Michele e Everton Tavella, Mirela Ferreira, Alexandre Rodrigues, Giovana Boconcelo, Francisco Fernandes, Daniela Poli, Camila Tomasetti, Daniel Roberto, Paulo Godoi e Murilo Peres por todas as palavras de incentivo e momentos de descontração durante essa longa jornada.

E aos homens e mulheres, que mesmo vivendo momentos de tristeza e desesperança em consequência do abuso de substâncias, foram sensíveis, humanos e empáticos e aceitaram participar da pesquisa e ajudar os demais dependentes químicos, através da Ciência.

“ Os principais problemas enfrentados hoje pelo mundo
só poderão ser resolvidos se melhorarmos nossa
compreensão do comportamento humano”
(SKINNER, 1974)

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo identificar fatores associados à adesão ao tratamento, de pessoas com transtorno por uso de álcool e outras substâncias em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). Trata-se de um estudo observacional, de corte longitudinal e prospectivo, no qual os sujeitos foram avaliados no início do tratamento, com instrumentos validados no país. Os participantes do estudo foram acompanhados através de seus prontuários individuais, para controle da frequência no serviço, até a alta, abandono do tratamento (trinta dias consecutivos de ausência) ou seguimento por três meses. Foram investigadas as seguintes variáveis explanatórias: sócio demográficas, saúde física, relacionamento familiar e afetivo, história do uso de substâncias (tempo e tipos), padrão de consumo e/ou abstinência (em dias) durante o tratamento, envolvimento atual com a justiça, histórico criminal, saúde mental, motivação para o tratamento e abstinência, apoio social e frequência ao tratamento. O apoio social foi investigado por meio da Escala de Apoio Social e a prontidão para mudança (estágios motivacionais) a partir dos escores dos instrumentos: ASI-6, URICA e SOCRATES. O desfecho do estudo foi a adesão ao tratamento definido pelo tempo de tratamento. Foi considerado abandono à falta por trinta dias consecutivos, sem justificativa ao serviço de saúde. O cálculo do tamanho amostral estimou que 200 sujeitos, permitiriam a detecção de diferenças absolutas na incidência de falha de, no mínimo, 20%. As variáveis contínuas foram descritas na forma de médias ou medianas, com intervalo de confiança de 95% ou intervalo interquartilico. No total foram entrevistados 171 sujeitos, a amostra foi descrita separadamente para homens (133) e mulheres (38). Procedeu-se a análise univariada, identificando-se as variáveis a serem inseridas no modelo multivariado. A análise multivariada foi conduzida por meio dos modelos de Regressão Logística para o desfecho binário caracterizado por adesão e não adesão. Permaneceram no modelo final as variáveis, ter feito uso de crack, nos 30 dias que antecederam a coleta de dados (OR=2,83 com IC= 1,32- 6,05) associada a não- adesão e ter vivenciado problema devido dificuldades para pensar, compreender ou lembrar, nos 30 dias que antecederam ao estudo (OR=0,51 com IC= 0,26- 0,99) e ter duas ou mais comorbidades físicas (OR=0,42 com IC= 0,19- 0,94) associadas à adesão. A associação entre o uso de crack nos 30 dias que antecederam o início do tratamento e a não adesão, ressalta a importância de repensar ações específicas para o tratamento dessa população nos CAPS-AD, visando incrementar a política pública, embora mais estudos sejam necessários investigando a temática.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias, Centros de Tratamento de abuso de substâncias, Estudo longitudinal e Adesão.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Prevalência.....	7
1.2 Impacto econômico e social do uso de álcool e outras drogas	9
1.3 Política sobre Drogas no Brasil.....	10
1.4 Tratamento para portadores de Transtornos por uso de substâncias.....	12
1.5 Adesão ao tratamento	15
1.6 Fatores associados à adesão ao tratamento em portadores do transtorno por uso de substâncias.....	18
1.7 Desafios	21
2. OBJETIVO GERAL.....	23
2.1. Objetivos Específicos	23
3. HIPÓTESES	23
4. MÉTODO.....	24
4.1. Desenho	24
4.2. Participantes.....	24
4.2.1. Critérios de inclusão	24
4.2.2. Seleção dos participantes	25
4.2.3. Cálculo do Tamanho Amostral.....	25
4.3. Local.....	25
4.3.1. Descrição da admissão no CAPS-AD	26
4.3.2. Descrição dos procedimentos oferecidos nos PTSs do CAPS-AD	28
4.4. Procedimentos para Coleta de Dados.....	28
4.5. Instrumentos.....	29
5. ANÁLISE ESTATÍSTICA	31
5.1. Desfecho	32
5.2. Variáveis explanatórias	33
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
7. RESULTADOS	36
7.1. Descrição da amostra segundo sexo e demais variáveis	39
7.2. Análise Univariada.....	63
7.3. Análise Multivariada	80
8. DISCUSSÃO	82
8.1 Diferenças entre sexos.....	82
8.2 Fatores preditivos de adesão	91
8.3 Implicações para pesquisa e assistência	99
8.4 Limitações e Contribuições do estudo.....	101
9.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
10 REFERÊNCIAS	104
ANEXOS.....	122

1. INTRODUÇÃO

1.1 Prevalência

Em 2016, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso nocivo de álcool foi relacionado a cerca de 3 milhões de mortes em todo o mundo e 132,6 milhões de anos perdidos por incapacidade (Disability- adjusted life years- DALYs). A OMS estima, ainda, que a mortalidade resultante do consumo de álcool seja maior que aquela causada pela tuberculose e pela AIDS (WHO, 2018).

No Brasil, em 2001, foi realizado o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas. Neste estudo constatou-se que dentre a população pesquisada 11,2% era dependente de álcool e, com relação a uso na vida, 6,9% já haviam feito uso de maconha, 5,8% de solventes, 0,1% de heroína e 4,3% de orexígenos (medicamentos utilizados para estimular o apetite) (BRASIL, 2002). Em 2006, o II Levantamento Domiciliar foi realizado e obteve como resultados: 22,8% já haviam feito uso de drogas na vida (exceto tabaco e álcool), correspondendo a uma população de 10.746.991 pessoas. A estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3% o que corresponde a 5.799.005 pessoas. O uso de maconha apareceu em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8% seguida por solvente 6,1%, e orexígenos, 4,1%. A prevalência do uso de cocaína, crack e merla foi, respectivamente, 2,9%, 0,7% e 0,2% (BRASIL, 2006a).

Foram realizados Levantamentos Nacionais de Álcool e Drogas (I LENAD e II LENAD). O I LENAD, conduzido em 2006, constatou que 65,0% dos homens e 41,0% das mulheres entrevistadas relataram haver feito uso de álcool no ano anterior (BRASIL, 2007). O II LENAD, conduzido em 2012, estimou que cerca de 5,7% da população de brasileira utilizaram álcool e/ou maconha e/ou cocaína no ano anterior ao da pesquisa, representando mais de 8 milhões de pessoas. Comparado ao I LENAD, este último levantamento obteve percentuais semelhantes: 62,0% entre homens e 38,0% entre as mulheres entrevistadas haviam feito uso de álcool no ano anterior (LARANJEIRA *et al.*, 2014). Analisando o tipo de consumo da população investigada, foi possível observar mudanças significativas nas quantidades de álcool ingerido. Em 2006, 29,0% dos entrevistados (homens e mulheres) consumiam cinco doses ou mais de bebida em um dia regular de consumo. Já no estudo de 2012, observou-se que 39,0% dos entrevistados relataram o uso de cinco doses ou mais (BRASIL, 2007; LARANJEIRA *et al.*, 2014).

Ainda no Brasil, em 2017 foi realizado um III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas (III LNUD) na População Brasileira, investigando o consumo na vida, nos 12 meses e 30 dias anteriores à coleta de dados (BRASIL, 2017).

Em relação à prevalência do uso de álcool na população, nos últimos 30 dias, constatou-se que 30,1% haviam feito uso, representando aproximadamente 46 milhões de habitantes. Sendo que, 16,5% (25 milhões de habitantes) consumiram no padrão “binge”¹. A dependência do álcool foi identificada em 2,3 milhões de pessoas (1,5 %) dos indivíduos entre 12 e 65 anos, nos 12 meses anteriores ao levantamento (BRASIL, 2017).

Estima-se que o consumo de drogas ilícitas ao longo da vida no país, aumentou de 19,4% em 2001 para 22,8% em 2005 (BRASIL, 2006).

Em publicação do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), o Brasil foi apontado como uma das nações emergentes onde o consumo de estimulantes como a cocaína – seja na forma intranasal (“pó”) ou fumada (crack, merla ou oxi) – está aumentando, enquanto na maioria dos países o consumo está diminuindo (LARANJEIRA *et al.*, 2014).

Vale salientar que a substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira é a maconha. Do total da população adulta, 5,8% declararam já ter usado a substância alguma vez na vida (LARANJEIRA *et al.*, 2014). A dependência de álcool e drogas está associada com o aumento do risco de doenças físicas e mentais, baixa produtividade laboral, problemas financeiros, violência acidentes e morte, o que reforça a importância de políticas públicas para estes problemas (LOPES - QUINTEIRO *et al.*, 2011).

De acordo com o III LNUD, ao investigar o uso de alguma substância ilícita na vida, este uso foi relatado por 15 milhões e nos 30 dias anteriores ao levantamento por 2,5 milhões de indivíduos da população brasileira. A substância mais utilizada no mês anterior ao levantamento foi a maconha (2,2 milhões), seguida pela cocaína em pó (461 mil) e em terceiro lugar, pelas cocaínas fumadas (172 mil) indivíduos. A dependência de alguma substância ilícita foi constatada em aproximadamente 1,2 milhões de indivíduos (0,8%), entre 12 e 65 anos, nos 12 meses anteriores ao levantamento (BRASIL, 2017).

¹ O padrão de consumo em “binge” se refere ao beber se embriagando. É relativo a quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas, para mulheres e cinco ou mais para homens, em uma única ocasião (NIAAA, 2004).

1.2 Impacto econômico e social do uso de álcool e outras drogas

Ronzani e Furtado (2010), apontaram que o uso de álcool é um comportamento presente em diversas culturas, sociedades e história humana, mas com a modernização e a reorganização social, bem como com as transformações econômicas, houve uma mudança na forma como os indivíduos e grupos passaram a utilizar o álcool. Do comportamento associado principalmente ao uso recreativo tem havido uma mudança para o uso em grandes quantidades numa única ocasião. Isto faz do consumo do álcool um dos principais problemas de saúde pública atualmente no mundo (BYE; ROSSOW, 2010; FORMIGA *et al.*, 2015; WHO, 2018).

O Relatório Brasileiro sobre Drogas apresentou informações a respeito das internações por uso de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) e as substâncias responsáveis pelo maior número de mortes. O maior número de internações ocorridas em 2007 deveu-se a transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso do álcool (69,0%), sendo este responsável por 90,0% das mortes relacionadas ao uso de drogas. Em segundo lugar, encontram-se as internações pelo uso de múltiplas drogas (23,0%), responsáveis ainda por 0,7% das mortes, e em terceiro lugar estão as internações em decorrência do uso de cocaína em 5% dos casos, responsável por 0,4% dos óbitos. Sobre as características da população alvo das internações, constatou-se que, a maioria (89,0%) tem entre 20 e 59 anos e 88,0% são do sexo masculino. Em relação a faixa etária que apresenta maior mortalidade pelo uso de drogas em geral, observou-se que 30,0% dos óbitos ocorreram entre 40 e 49 anos e 87,0% entre homens (BRASIL, 2009).

Também chama a atenção o número de indivíduos afastados do trabalho ou aposentados, devido a acidentes e problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, indicando que, ocorreram 56.561 afastamentos no período de 2001 a 2007. O álcool é a substância psicoativa mais frequentemente associada a afastamentos do trabalho, em indivíduos do sexo masculino (90,0%) e em sua maioria (40,0%) na faixa etária de 40 a 49 anos (BRASIL, 2009).

A intoxicação por cocaína é a segunda maior causa de afastamento do trabalho, no que diz respeito aos afastamentos associados ao uso e dependência de substâncias, sendo metade destes casos de indivíduos na faixa etária de 20 a 29 anos e 90,0% do sexo masculino. O uso de substâncias também impacta nas aposentadorias: 5.024 foram concedidas em decorrência do consumo de substâncias psicoativas. Em todos os anos, a maior porcentagem destas ocorreu por uso de álcool (75,3%), seguido do uso de opiáceos (10,6%) (BRASIL, 2009).

Outra consequência econômica e social do uso de álcool está relacionada com o trânsito, o número de acidentes com vítimas (cuja ocorrência envolveu o consumo de álcool) no período de 2004 a 2007, totalizaram 4.092, sendo 392 o número de óbitos e 5.485 o número de feridos (BRASIL, 2009).

Dados mais atuais identificaram que, durante o ano de 2015, aproximadamente 11,5 milhões de pessoas, acima de 18 anos, dirigiram sob o efeito de álcool e 1.060 (0,7%) relataram envolvimento em acidentes. Destaca-se também que aproximadamente 604 mil pessoas relataram ter dirigido sob o efeito de drogas ilícitas (BRASIL, 2017).

A violência é também relatada na literatura como uma consequência social associada ao uso/abuso de álcool e das demais substâncias ilícitas. No III LNUD, a forma de violência mais praticada e relatada dentre a população brasileira, nos 12 meses anteriores ao levantamento, foi ter discutido com alguém, 4,4 milhões de pessoas o fizeram sob o efeito de álcool e 5,6 mil sob o efeito de alguma substância ilícita. Ter sido vítima de violência, por um agressor sobre efeito de álcool e de demais substâncias foi apontado por 1,9 e 1,1 milhões de pessoas, respectivamente (BRASIL, 2017).

1.3 Política sobre Drogas no Brasil

Os dados anteriormente descritos salientam a importância de se abordar o abuso de álcool e outras drogas, e para tal é fundamental entender o histórico e as características das Políticas que abordam essa questão na atualidade.

Em 1998, foi elaborada a Política Nacional sobre a Redução da Demanda e da Oferta de Drogas, criando-se simultaneamente o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Anos mais tarde, em 2002, a SENAD por meio do decreto presidencial nº 4.345, criou a primeira versão da Política Nacional Antidrogas (PNAD). Em 2004, esta foi realinhada de acordo com transformações sociais e passou a se chamar Política Nacional sobre Drogas (PNAD).

Entre os aspectos abordados na PNAD (BRASIL, 2005), pode-se citar dotação orçamentária específica para suas ações, entre as quais se destaca a capacitação continuada de todos os setores envolvidos com o tratamento. Os principais aspectos referentes ao tratamento incluem: o papel central do estado em promover ações integradas; a oferta de diferentes modalidades de tratamento, recuperação e reinserção social, alicerçadas em pesquisas científicas; ações voltadas à reinserção familiar, social e ocupacional (BRASIL, 2005).

No ano de 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho que teve como consequência a aprovação da Lei 11.343/2006, bem como a instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). A principal mudança trazida por esta Lei foi o reconhecimento das diferenças entre o traficante e o usuário/dependente de drogas, sendo que a penalidade para estes últimos não deveria mais ser a privação da liberdade, mas sim a justiça retributiva, objetivando a ressocialização por meio de penas alternativas (BRASIL, 2006).

Além da PNAD, a Política de Saúde Mental, regularizou os tratamentos e a rede de apoio e assistência aos indivíduos com esta demanda também de acordo com o Ministério da Saúde (2004). A política nacional de atenção à saúde, deste modo, deve resultar na implementação da assistência, ampliando a cobertura e o espectro de atuação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral aos Usuários de Álcool e/ou outras Drogas e Familiares.

A assistência aos usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial para portadores de transtornos relacionados a dependência de álcool e drogas (CAPS-AD). A assistência deve também estar inserida na atuação da Estratégia de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde. O Ministério da Saúde (2004) destaca a importância de aperfeiçoar a assistência dos casos de maior gravidade nos dispositivos de saúde que demandem por cuidados mais específicos, como os serviços de emergências médicas (geral e psiquiátrica), principalmente para o atendimento de urgências como os quadros de intoxicação ou abstinência graves.

Dentro da nova rede de assistência à saúde mental dos indivíduos há uma série de dispositivos integrados como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Ambulatórios, Centros de Convivência e Cultura (Cecos), Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais, Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2013).

Os CAPS são considerados fundamentais, visando à modificação do modelo de atenção a Saúde Mental. Conforme descreve Zampieri (2013), estes são instrumentos de assistência públicos e gratuitos que podem ser regionais ou municipais e comunitários. Oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso

ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Contribuindo especificamente para a regulamentação e padronização dos tratamentos oferecidos para usuários de álcool e/ou outras drogas, foi instaurada a Portaria nº 336 (BRASIL, 2002), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, estabelecendo que os Centros de Atenção Psicossocial se constituíssem nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Este documento discorreu a respeito das características dos municípios, necessárias para a prestação de serviço, população atendida, funcionamento, atenção integral ao usuário, equipe e estrutura física mínima, implantação e tipologia do serviço prestado, por cada uma dessas modalidades (BRASIL, 2002).

Ribeiro (2004) aponta diferentes ambientes de tratamento na atualidade, dentre eles: rede primária de atendimento à saúde, unidades comunitárias de álcool e drogas, unidades ambulatoriais especializadas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda, hospitais-gerais, hospitais-dia, moradias assistidas, hospitais psiquiátricos, sistema judiciário e serviços de aconselhamento na comunidade (escolas, albergues, empresas, etc.). A maioria desses ambientes faz parte de uma rede de assistência à saúde integral do indivíduo, sendo de âmbito público e uma tentativa de atender o maior número possível da população que tenha tais necessidades, sendo que no âmbito privado e filantrópico destacam-se as comunidades terapêuticas (CTs).

A resolução nº 32 (BRASIL, 2017), promulgada no Brasil em 2017, entre outras medidas, aprovou a criação da nova modalidade do Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas do tipo IV (CAPS-AD IV). Este serviço deve funcionar 24 horas por dia, prestando assistência de urgência e emergência em situação de cenas de uso de drogas, em especial o crack.

1.4 Tratamento para portadores de Transtornos por uso de substâncias

A maior parte dos estudos concentra-se no tratamento para os transtornos relacionados ao uso de álcool e parte significativa avaliou o uso de medicamentos, embora haja um consenso sobre a menor eficácia do uso isolado de fármacos (TESTINO *et al.*, 2015). A literatura aponta que a melhoria do resultado do tratamento pode ser obtida, por meio da combinação de intervenções psicossociais e farmacológicas (GARCIA *et al.*, 2015).

Rehm *et al.* (2015a) realizaram um estudo na União Europeia que objetivou investigar quem são os portadores de transtorno por uso de álcool que recebem tratamento. Para este fim foram selecionados 8.476 usuários de serviço de cuidados primários de saúde e 1.762 usuários dos cuidados especializados de saúde, de oito diferentes países Europeus. Os pesquisadores consideraram as terapias de grupo, realizadas por profissionais de saúde, como formas de tratamento profissional, porém excluíram as que consideraram apenas de suporte social (família, amigos), bem como aquelas realizadas por pessoas que não eram profissionais de saúde (ex. Padres).

As instituições de tratamento objetivam, de um modo geral, a recuperação do indivíduo, porém diferem no que se refere à recuperação. Alguns tratamentos visam à abstenção total da utilização de álcool e/ou drogas, enquanto outros apoiam-se na melhoria de aspectos diversos como, por exemplo, estabelecimento e manutenção de vínculos afetivos e familiares, desenvolvimento de atividades laborais, etc.

Outra abordagem conceitual e prática de tratamento envolve o paradigma de redução de danos. Andrade e Friedman (2006) conceituam este paradigma como um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Tal paradigma se afirma como possibilidade de trabalhar para melhorar a qualidade de vida e o autocuidado de usuários problemáticos de álcool e/ou outras drogas, mesmo sem a prescrição da abstinência como objetivo principal.

Um estudo de revisão sistemática (KHAN *et al.*, 2016), levantou os principais tipos de tratamento psicossociais e apontou-os: terapia de reforço motivacional, terapia cognitivo-comportamental, entrevista motivacional, terapia de suporte e psicoeducação isoladamente ou em combinação com grupo de intervenção e educação para a saúde em geral. Os resultados encontrados apoiam o efeito positivo de terapias integradas (terapia cognitivo-comportamental, de aprimoramento motivacional e compreensão dos cuidados médicos) na obtenção da abstinência do álcool, independentemente de os estudos incluírem pacientes com níveis de doença leve ou avançados.

Os dados sobre tratamento na população brasileira apresentaram que, 1,6 milhões de indivíduos (1,1%) relataram ter recebido algum tipo de tratamento em algum momento da vida, o que equivale a 1,4% dos indivíduos que relataram ter utilizado, tabaco, álcool ou alguma outra substância ilícita no III LNUD. Dentre as modalidades de tratamentos, as mais

citadas foram as comunidades/fazendas terapêuticas, seguidas pelas unidades de acolhimento CAPS-AD (BRASIL, 2017).

No Brasil, as várias redes sociais de apoio e vínculos também foram investigadas em um estudo qualitativo. Souza *et al.* (2006), pesquisaram os dependentes de substâncias psicoativas em tratamento em um CAPS-AD da Região Sul do Brasil. Os resultados apontaram para um grave comprometimento da rede de suporte desses sujeitos. As autoras concluíram que, as intervenções que objetivam a reabilitação psicossocial desses indivíduos devem ser priorizadas com mais cuidado (SOUZA *et al.*, 2006).

Xavier e Monteiro (2013) investigaram o tratamento para o uso de crack, no contexto nacional, e também utilizaram o método qualitativo. Os pesquisadores objetivaram caracterizar as intervenções terapêuticas. Foram sujeitos oito psicólogos inseridos nos CAPS-AD, da região metropolitana de Porto Alegre (RS). Os resultados encontrados apontam que, não há ações específicas para o tratamento do crack nos CAPS-AD estudados, diversas atividades visam à reinserção social dos pacientes e a abordagem psicoterapêutica mais utilizada é a terapia cognitivo comportamental. As dificuldades no tratamento da dependência química consistem dos processos e condições de trabalho e da retaguarda de rede. Por fim, as autoras concluíram que o número de CAPS-AD é insuficiente e que os usuários de crack possuem peculiaridades em seu quadro, sendo importante diferenciar o tratamento destes, dos usuários de outras drogas.

Visando conhecer e descrever dois tipos distintos de intervenção Carvalho *et al.* (2015), investigaram qualitativamente o tratamento sob o ponto de vista de um grupo de indivíduos dependentes de álcool vinculados ao CAPS-AD e outro aos Alcoólicos Anônimos (AA). Foram encontrados como resultado que a decisão e busca por tratar-se ocorre de maneira individual e subjetiva somada ao apoio familiar. Os integrantes dos AA encontram no grupo, na abstinência total e na espiritualidade sua fonte de recuperação, já os usuários do CAPS-AD apoiam-se na equipe do serviço e na medicação. O desafio de tratamento apontado por ambos os grupos consiste no ambiente social, influências negativas e estigma relacionado ao uso de álcool e/ou outras substâncias.

Os variados ambientes de tratamento oferecem diferentes diretrizes terapêuticas, tempo de tratamento, equipes e estratégias. Frente à problemática do abuso de álcool e/ou drogas, não existe consenso em relação à efetividade de apenas uma modalidade de tratamento. Pesquisadores defendem a ideia de que cada tipo de tratamento possui vantagens e

desvantagens, não existindo um melhor do que o outro, mas sim, pacientes mais indicados para cada serviço (RIBEIRO, 2004).

1.5 Adesão ao tratamento

A compreensão de adesão a tratamentos na atualidade abrange tanto aspectos medicamentosos, quanto outros comportamentos relacionados à saúde. Seu conceito foi definido pela Organização Mundial de Saúde, como os comportamentos de uma pessoa relacionados à ingestão medicamentosa, seguimento de dieta e/ou execução de mudanças no estilo de vida, que são emitidos a partir de recomendações acordadas com o prestador de cuidados à saúde, que pode ser um profissional da medicina, enfermagem, ou qualquer outro da área da saúde (WHO, 2003).

Para Camargo (2016), a adesão relaciona-se com um acordo entre usuários e profissionais de saúde, incluindo aspectos fundamentais para o cumprimento dos cuidados de saúde sugeridos, tais como estabelecimento de vínculo, explicitação da responsabilidade de cada um no processo de cuidados, acesso a informação, comunicação adequada e empática, etc.

O termo adesão engloba muitas variáveis subjetivas e individuais de difícil mensuração, e inclui a emissão de alguns comportamentos mais objetivos, tais como, buscar atendimento médico, tomar medicamentos da maneira prescrita, obter imunização, comparecer a consultas de acompanhamento e modificar padrões comportamentais, incluindo higiene pessoal, autogestão de doenças crônicas, do tabagismo, anticoncepção e comportamentos sexuais de risco, dieta não saudável e pouca atividade física (WHO, 2003).

Dentre as variáveis subjetivas, pode-se citar as cognitivas, como a auto eficácia, as atitudes, crenças e expectativas dos pacientes sobre a medicina, os resultados dos medicamentos e tratamentos. Estas influenciam no desempenho, esforço, perseverança dos indivíduos, demonstrando ao final a capacidade dos mesmos de engajar-se em comportamentos de adesão, focando a obtenção do resultado desejado (ADEFOLALU *et al.*, 2014).

Segundo Moraes *et al.* (2009) existem duas possibilidades de definições para a adesão, à relativa ao seguimento de orientações proporcionadas pelos profissionais de saúde, tais como: ingestão medicamentosa, etc. e outra que vai além dessas ações, implicando mudanças

no repertório comportamental e cognitivo dos indivíduos, por ex. deixar de fumar, beber moderadamente, prevenir situações evocadoras de estresse, etc.

De acordo com a WHO (2003), referir-se exclusivamente a adesão como a ingestão medicamentosa e o seguimento de instruções médicas, foi importante inicialmente, para uma conceituação do termo, porém na atualidade essa definição é limitada, o termo abrange ainda, muitos outros aspectos, inclusive a relação entre o paciente e o Profissional de Saúde.

A adesão possui divergências conceituais e empíricas na literatura (SCADUTO; BARBIERI, 2009; CRUZ, 2017). Dentre as definições do fenômeno da adesão, a compreensão deste como multideterminado e influenciado pela interação do indivíduo com seu meio, especialmente nos aspectos socioeconômicos, equipe e sistema de saúde, doença, tratamento e características do indivíduo, aparenta ser mais ampla e completa (WHO, 2003).

Para Cruz (2017), a inexistência de consenso em torno da definição de adesão e dos critérios que se deve adotar como medida desse fenômeno dificulta a realização de estudos que objetivam investigar as causas da não adesão aos tratamentos e, conseqüentemente os impactos clínicos da mesma. As diversas definições e medidas para adesão inviabilizam comparação dos resultados dos estudos e uma análise geral e conjunta desse fenômeno.

Diante da ausência de uma medida “padrão ouro” para a mensuração da adesão a WHO (2003), sugere solicitar aos profissionais de saúde e pacientes o relato (a partir da própria percepção) dos comportamentos associados à adesão. Outra possibilidade de mensuração é a auto aplicação de questionários padronizados, porém ambas, também são descritas como subjetivas para alcançar tal objetivo. Não existem traços de personalidade estáveis que preveem a adesão e em consequência, não existe uma única estratégia para mensuração da mesma de maneira confiável.

Para além da dificuldade atual de definição e mensuração da adesão, a não adesão aos tratamentos, medida pelos critérios comumente adotados alcança altos percentuais em diversas enfermidades. Referente às doenças crônicas, a literatura aponta que, entre 30 e 50% dos doentes não aderem à terapêutica independentemente da especificidade da enfermidade, do tratamento ou prognóstico (VERMEIRE, 2001).

A cronicidade da doença requer a continuidade do tratamento por longos períodos, quando os tratamentos envolvem medicamentos, estes podem apresentar efeitos colaterais e a necessidade de readequação de padrões de comportamentos dos pacientes. Para Camargo (2016) muitos dos procedimentos propostos para tratamentos interferem na rotina das pessoas, fato que também dificulta o total cumprimento dos mesmos.

De acordo com Ferreira e Pereira (2014), a não adesão pode estar associada também a dificuldade de um envolvimento ativo, em um processo complexo de mudança, dos indivíduos que precisam planejar todos seus comportamentos em função das recomendações da equipe para tentativa do reestabelecimento da saúde. O âmbito familiar e os relacionamentos afetivos do paciente, no sentido de possuir ou não rede de apoio, e a estrutura e acessibilidade aos serviços de saúde são também associados a não adesão (MORAES, et al., 2009).

Cruz (2017) descreve que a não adesão está associada a aumento da mortalidade de forma geral, é prejudicial e associada a piores prognósticos (DELIC; PREGELJ, 2013; HALPERN, 2017). Hser *et al.* (2004) e Meirelles *et al.* (2015), destacaram ser evidente a associação entre maior permanência em tratamento e a obtenção de melhores resultados.

De acordo com Monteiro *et al.* (2011) e Ferreira *et al.* (2015) a adesão possibilita também o gerenciamento do transtorno por uso de substâncias, dentre várias outras doenças, influenciando a qualidade de vida, o sucesso das intervenções terapêuticas, a remissão e a redução de possíveis doenças relacionadas e agravos, a motivação e a recuperação, prevenção e/ou diminuição de recaídas e por fim a reinserção social.

Segundo Fernandes *et al.* (2017), de forma geral nos tratamentos médicos, a permanência por curto período de tempo é uma dificuldade, em especial quando se refere aos tratamentos para transtornos por uso de substâncias. A variável tempo de permanência em tratamento está associada com a obtenção de melhores resultados. Faz-se então, fundamental mensurar a correlação entre períodos de tempo e resultados das intervenções, analisando as variáveis que podem estar relacionadas à adesão.

A literatura indica que, mesmo com a evidente importância da adesão para o tratamento da dependência química, é baixo seu índice, muitos dependentes químicos começam o tratamento, contudo, poucos permanecem (MONTEIRO *et al.*, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2013). Iniciar o tratamento é uma decisão difícil e multideterminada e a permanência no mesmo caracteriza-se como um processo complexo e contínuo, que envolve obstáculos, tais como a recaída, sendo que poucos indivíduos conseguem aderir ao tratamento e se manter abstinente (MONTEIRO *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2015).

Estudos apontam para os desafios presentes na adesão ao tratamento para transtornos crônicos, ex. por uso de substâncias, que devido à cronicidade exige comumente, uma intervenção prolongada, o que traz como dificuldade na atenção a esta população e o não seguimento do tratamento de forma regular e sistemática, por parte dos indivíduos. Mesmo

sendo fundamental, aderir ao tratamento não é um comportamento fácil de ser adquirido (RAINERS *et al.*, 2008).

1.6 Fatores associados à adesão ao tratamento em portadores do transtorno por uso de substâncias

A literatura descreve a dependência química como, uma doença multifatorial e complexa, desta maneira diversas variáveis estão associadas à adesão ao tratamento para o transtorno de substâncias. O percentual de não adesão, especificamente em tratamentos para esse transtorno, pontuam para até 50% de desistência antes de completar o primeiro mês de tratamento (DELIC; PREGELJ, 2013; FERNANDES *et al.*, 2017).

Ferreira *et al.*, (2015) destacam alguns fatores relacionados a adesão, os intrínsecos, por ex. motivação para modificação comportamental, para o tratamento e a falsa crença de que apenas os medicamentos possibilitam a reabilitação. Dentre os extrínsecos aos indivíduos estão, sistema familiar e participação dos membros no tratamento, condições socioeconômicas, laborais e aspectos do serviço de saúde, como o acolhimento, vínculo entre profissional e pacientes, infraestrutura e capacitação dos profissionais de saúde (MELO, 2020; HALPERN, 2017; MALVEZZI *et al.*, 2016; VASTERS *et al.*, 2011).

As variáveis sócio demográficas são também apontadas como relacionadas com a adesão, por exemplo, etnia, emprego regular, nível educacional (HALPERN, 2017), sendo que pouca escolaridade está associada ao abandono do tratamento e maior idade associa-se a permanência (LEITE *et al.*, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2012; MONTEIRO *et al.*, 2011; PEIXOTO *et al.*, 2010). Autores em suas investigações apontaram ainda relação, entre ausência ou insuficiência de renda e abandono do tratamento (LEITE *et al.*, 2018; MONTEIRO *et al.*, 2011).

Segundo Araújo *et al.* (2012), a origem do encaminhamento é mais um aspecto que tem associação com adesão, de modo que, o encaminhamento por meio de instituições sociais ou judiciais aumentaram a probabilidade de permanência em tratamento. Em concordância os achados de Gonçalves *et al.* (2019), pontuaram que pessoas encaminhadas por meio de ordem judicial, tiveram maior frequência no tratamento.

Há também estudos que indicam que a adesão ao tratamento está relacionada com o funcionamento, estrutura e qualidade de relacionamento familiar, a capacidade da família do portador de transtorno por uso de substâncias, de reorganizar seus hábitos e incentivar o

tratamento e em contrapartida, a existência de relações familiares conflituosas (MELO, 2020; ARAÚJO *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2015; CAPISTRANO *et al.*, 2019). A rede social e vínculos afetivos familiares e de amizade, associaram-se por Leite *et al.* (2018) e Peixoto *et al.* (2010), com prognóstico de tratamento nos transtorno por uso de substâncias.

Pesquisadores investigaram a relação da saúde física e tipos de comorbidades clínicas que estiveram possivelmente associadas a maior adesão ao tratamento (FERREIRA, *et al.* 2015). As comorbidades psiquiátricas foram pontuadas como possivelmente associadas a adesão, pesquisas encontraram indícios dessa relação e sugerem a investigação (CAPISTRANO *et al.*, 2013b; DELIC; PREGELJ, 2013; FERNANDES *et al.*, 2017).

Mairini, (2011), em referência as variáveis psiquiátricas, destacou que ter se submetido a maiores números de consultas com Médico Psiquiatra, teve associação com a adesão ao tratamento. O histórico e/ou sintomas atuais de insônia/dificuldades para dormir, depressão, ansiedade, nervosismo, ideação e/ou tentativas de suicídio, foram também investigados (ARGIMON, *et al.*, 2013; DELIC; PREGELJ, 2013; CAPISTRANO, *et al.*, 2013a; CAPISTRANO, *et al.*, 2013b; FERNANDES *et al.*, 2017).

Pesquisadores constataram que, mais da metade dos indivíduos que iniciaram tratamento para o transtorno por uso de substâncias relataram um histórico de abuso físico ou sexual (PIRARD *et al.*, 2005). Para Rosen *et al.*, (2002), tais indivíduos possuem maior dificuldade em estabelecer alianças/ vínculos de tratamento, sendo então o histórico de abuso uma variável relacionada a não adesão.

A gravidade da dependência é apontada como possivelmente relacionado à adesão, sendo que, quanto mais tempo de uso de álcool e o histórico de uso pesado de drogas ilícitas, maior a adesão (permanência) em tratamento (LEITE *et al.*, 2018; CAPISTRANO *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2012; MONTEIRO *et al.*, 2011; PEIXOTO *et al.*, 2010). Em contrapartida, o histórico de tratamentos anteriores especificamente para o alcoolismo esteve associado a não adesão ao tratamento atual (RIBEIRO, *et al.*, 2008).

As recaídas, fissuras (*craving*), os tipos de substâncias utilizadas e medicações excessivas, são especificidades relativas a subjetividade dos indivíduos e ao uso de substâncias. Na literatura, estão também associadas à adesão e manutenção dos indivíduos em tratamento (FERREIRA *et al.*, 2016; HALPERN, 2017; CAPISTRANO *et al.*, 2019).

Estudos investigaram a relação entre o histórico prisional e os impactos sociais causados nos indivíduos em tratamento, pelo uso de álcool e/ou drogas (REIS, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2012; CAPISTRANO *et al.*, 2013b).

Ainda, a motivação, foi apontada como relacionada ao comportamento de adesão ao tratamento, em investigações identificou-se que, sujeitos com baixa motivação no momento da entrevista, desistiram mais do tratamento (LEITE *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2015).

No contexto nacional, alguns estudos que investigaram a adesão ao tratamento em portadores do transtorno por uso de substâncias, e seus principais resultados estão sintetizados abaixo.

QUADRO 1: Estudos Brasileiros sobre adesão ao tratamento de portadores de Transtorno por uso de substâncias

Autor, data	Local	Desenho	Serviço	Desfecho investigado	Fatores associados à adesão
Peixoto <i>et al.</i> (2010)	Campo Grande (MS)	Retrospectivo	CAPS-AD	Adesão, por 3 meses de presença no serviço	Sexo masculino, mais idade, ser registrados por pai e mãe, ser usuários de álcool e com maior tempo de uso.
Marini (2011)	Interior (RS)	Coorte retrospectivo	CAPS-AD	Adesão, pela diminuição do uso de substâncias ou abstinência total.	Menor gravidade na dependência e maior presença de comorbidades psiquiátricas.
Monteiro <i>et al.</i> (2011)	Teresina (PI)	Descritivo	CAPS-AD	Adesão, por presença ao tratamento por 3 meses.	Mais idade.
Araújo <i>et al.</i> (2012)	Cuiabá (MT)	Transversal	CAPS-AD	Adesão, pela frequência do usuário por 3 meses consecutivos no serviço.	Sexo masculino, uso pesado de substâncias psicoativas, encaminhamento pelos setores social e judicial, possuir relação familiar conflituosa e participação frequente da família no tratamento.
Freitas <i>et al.</i> (2012)	Picos (PI)	Transversal	CAPS-AD	Adesão, pelo seguimento do tratamento farmacológico	Não praticar a automedicação e não utilizar álcool durante o tratamento.
Santos (2014)	Ceilândia (DF)	Qualitativo	CAPS-AD	Adesão, pela presença em atividades do PTS	Menor grau de dependência química; Possuir sintomas depressivos e maior qualidade de vida.
Ferreira <i>et al.</i> (2015)	Curitiba (PR)	Qualitativo	CAPS-AD	Percepção profissionais sobre fatores que interferem na adesão	Intrínsecos (motivação, uso de medicamentos e tipo de substâncias) e extrínsecos (família, situação socioeconômica, serviços de saúde).

Reis (2016)	São Paulo (Capital)	Qualitativo	CAPS-AD	Adesão, por 3 meses de tratamento.	Não foi possível identificar nenhum, sujeitos não localizados para etapa final.
Fernandes <i>et al.</i> (2017)	Sul do Rio Grande do Sul	Transversal	Ambulatório de Dependência Química	Não adesão, por falta por período mínimo de 3 semanas no serviço	Fator de proteção: ser atendido por Assistente social e Psicóloga, Fator de risco: coincidência dos horários de atendimento e trabalho, descontentamento com a instituição e a ideia que o tratamento é desnecessário.
Leite, <i>et al.</i> (2018)	Sul do Brasil (RS)	Coorte prospectiva	CAPS-AD	Adesão ao tratamento por 2 meses, sem ausência ao serviço por 30 dias consecutivos.	Pouca escolaridade, ausência ou insuficiência de renda e baixa motivação.
Gonçalves <i>et al.</i> (2019)	Minas Gerais	Qualitativo	CAPS-AD	Percepção de adolescentes sobre a adesão	Vínculos estabelecidos, atividades desenvolvidas e apoio familiar facilitam a adesão ao tratamento, e a ordem judicial auxilia a frequência no serviço.
Paiano <i>et al.</i> (2019)	Maringá (PR)	Qualitativo	CAPS-AD	Adesão, critério não especificado.	Disponibilidade dos profissionais de saúde no atendimento aos pacientes, e facilidades de acesso ao serviço.
Melo (2020)	13 cidades (SP)	Qualitativo	CAPS-AD	Não adesão como desistência repentina do tratamento, sem ter sido discutida com equipe e apontada no PTS.	Profissionais pouco receptivos, burocracia e superficialidade, falta de sigilo nos relacionamentos, retorno ao mercado de trabalho e estudos, novas interações sociais, acesso a outro local/tipo de cuidado.

1.7 Desafios

Alguns desafios são apontados para a implementação de políticas e também referentes ao tratamento do abuso de álcool e outras drogas. O primeiro pode ser descrito como um problema histórico, e refere-se à concepção sobre o fenômeno do consumo de álcool e drogas, que esteve por muito tempo limitada a uma relação linear de causa e efeito, negligenciando assim a complexidade das relações envolvidas no fenômeno (ASSIS *et al.*, 2013). Tal dificuldade pode ser explicada, em parte, pela maneira como o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas têm sido abordadas, sob uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica.

Frente à complexidade dessa problemática, o Ministério da Saúde afirma que, as políticas de prevenção, tratamento e educação para o consumo de álcool e outras drogas

necessariamente devem ser construídas na interface de programas do Ministério da Saúde, com outros Ministérios, bem como com setores da sociedade civil organizada. Trata-se aqui, de afirmar que o consumo de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, e por isso o planejamento de estratégias de controle da problemática deve contemplar grandes parcelas da população (BRASIL, 2004a).

Somando-se a essa dificuldade, tem-se outro desafio a coexistência das diversas concepções da dependência química, levando à propostas terapêuticas diferentes. De todo modo, o cuidado a dependentes e usuários de substâncias, se mantém como um desafio, com graves consequências para os usuários. Agrava ainda mais este panorama, o fato de que nem todo usuário com transtorno em decorrência do uso de substâncias, tem acesso ao tratamento.

Rehm *et al.* (2015b) em pesquisa conduzida em seis países europeus chamam atenção para o baixo percentual de indivíduos acometidos de transtorno em decorrência do uso de álcool, que recebem tratamento. As razões para este baixo percentual, são variadas e podem estar relacionadas aos indivíduos (atitudes, conhecimento sobre a doença, tempo de uso da substância, etc.); aos sistemas de tratamento (disponibilidade, acessibilidade, habilidades e conhecimentos dos membros da equipe) e ao ambiente. Üstün *et al.* (1995) e Rehm *et al.* (2015b) identificaram que, o reconhecimento da dependência alcóolica nos pacientes, por parte dos médicos da atenção primária, é baixa. Além disso, mesmo quando diagnosticados, a maior parte desses não recebe intervenção profissional (REHM *et al.*, 2012). Os autores apontam duas hipóteses para este fato: os pacientes não quererem tratamento para suas condições e os médicos não se sentirem competentes para iniciarem o tratamento dos mesmos (REHM *et al.*, 2015b).

Frente ao panorama descrito e aos desafios apontados na literatura para o tratamento da dependência do álcool e/ou outras drogas, entende-se como relevante identificar aspectos que possam apontar para adesão ao tratamento dos indivíduos portadores de transtorno por uso de substâncias. Este estudo foi concebido com o intuito de contribuir com a investigação acerca dos fatores que podem afetar a adesão de pacientes em tratamento em um CAPS-AD.

A investigação sobre tais aspectos pode possibilitar que sejam identificados pacientes com menor e maior probabilidade de aderir ao serviço de saúde, permitindo que sejam apoiados em seus tratamentos. Estas informações poderão contribuir ainda, para a elaboração de projetos terapêuticos, que favoreçam a permanência e conclusão dos tratamentos, aumentando assim a possibilidade de recuperação e reinserção social dos indivíduos portadores do transtorno por uso de substâncias.

2. OBJETIVO GERAL

Identificar fatores associados à adesão ao tratamento de portadores de transtorno por uso de substâncias em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

2.1. Objetivos Específicos

- Identificar fatores sócio demográficos associados à adesão;
- Identificar aspectos da prontidão para mudança (motivação) associados à adesão;
- Investigar a associação entre o apoio social e adesão;
- Descrever características do uso de substâncias (tipos, tempo de uso, maneiras de administração das substâncias, dias abstinentes durante o tratamento, comportamentos de risco entre outros) e a possível associação com a adesão.

3. HIPÓTESES

Estas hipóteses foram estabelecidas a partir da revisão da literatura. Deverão associar-se à adesão ao tratamento:

- História de uso de drogas (tempo e quantidade de uso) (HSER *et al.*, 2004; PEIXOTO, 2010; MARINI, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2012);
- Presença de rede de apoio social ou familiar (PEIXOTO, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2019);
- Envolvimento com a justiça (HSER *et al.*, 2004; ARAÚJO *et al.*, 2012);
- Níveis de motivação (FERREIRA, *et al.*, 2015; LEITE *et al.*, 2018).

4. MÉTODO

4.1. Desenho

Trata-se de uma pesquisa observacional, longitudinal e prospectiva (WEICH; PRINCE, 2003), na qual usuários de um CAPS-AD foram avaliados com o intuito de identificar fatores de adesão ao tratamento por um período de três meses.

4.2. Participantes

Todos os sujeitos que iniciaram acompanhamento pela 1ª vez (casos novos/ triagem) e que retornaram para o 1º procedimento terapêutico, de acordo com o Plano Terapêutico Singular (PTS) no CAPS-AD foram previamente informados quanto aos objetivos da pesquisa e convidados a participar, assinando, no caso de haver concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

4.2.1. Critérios de inclusão

Participaram da pesquisa indivíduos que:

- Possuíam 18 anos ou mais e residam na cidade de Botucatu ou até 100 km do CAPS-AD;
- Possuíam diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F10 a F19) de acordo com Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008) realizado pela equipe do serviço de saúde.
- Possuíam condições cognitivas para fornecer respostas à entrevistadora¹;
- Iniciaram (pela primeira vez) o tratamento no CAPS-AD, no período compreendido entre abril de 2018 e janeiro de 2020;
- Aceitaram participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

¹ Possuir condições cognitivas, refere-se a não estar intoxicado por uso de álcool e/ou demais substâncias, demonstrando comportamento alterado e possuir condições de responder a pesquisa, segundo avaliação da pesquisadora e/ou equipe de saúde.

4.2.2. Seleção dos participantes

Para a seleção dos participantes a pesquisadora realizou o acompanhamento dos livros de acolhimento às segundas, terças e quintas-feiras e, diariamente os de triagem, entre 04/2018 e 01/2020: elencando indivíduos de 1ª admissão. A entrevistadora retornou no 1º dia de procedimento, no horário determinado e convidou os indivíduos para participar da pesquisa. Caso estivesse presente mais de um indivíduo, que atendesse aos critérios de inclusão, realizou-se sorteio para determinação de quem seria primeiramente convidado a participar, visando respeitar o critério de aleatoriedade da amostra.

4.2.3. Cálculo do Tamanho Amostral

Supondo amostragem aleatória simples, erros tipo I e II iguais a 0,05 e 0,20, respectivamente, seguimento de igual tamanho para todos os sujeitos, incidência de falha no tratamento estimada em 56,9% (MONTEIRO *et al.*, 2011), razão entre os níveis de um fator binário potencialmente determinante da falha igual a 1:1 e ausência de demais exposições, estimou-se que 200 sujeitos permitiriam a detecção de diferenças absolutas na incidência de falha de, no mínimo, 20%.

4.3. Local

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, no qual foi realizado este estudo, localiza-se na cidade de Botucatu- SP e é um serviço ambulatorial, de base comunitária, que fornece atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas (DAL POGETTO, 2016).

Os CAPS-AD são os serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. É critério para sua implantação que o município tenha população superior a 70.000 habitantes (ZAMPIERI, 2013).

Em 2004, foram divulgadas as atribuições do CAPS-AD, sendo: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a

integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias; atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2004b).

A equipe técnica do CAPS-AD, no qual a pesquisa foi realizada, conta atualmente com 23 profissionais: um diretor técnico de saúde I, um médico psiquiatra, três médicos clínicos gerais, duas enfermeiras, duas psicólogas, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, cinco auxiliares de enfermagem, três técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de saúde. No ano de 2018 atendeu 654 pacientes, sendo 315 casos novos/ triagem e 339 egressos (já haviam realizado tratamento no serviço anteriormente). Os dados relativos a 2019 demonstram que 702 pacientes foram atendidos, sendo 294 casos novos/triagem e 408 egressos. Em Janeiro de 2020, um total de 67 pacientes foram atendidos, sendo 29 casos novos e 38 egressos.

4.3.1. Descrição da admissão no CAPS-AD

Devido ao CAPS-AD ser um serviço de nível secundário e pautado no modelo psicossocial, possui autonomia para adequação de seus procedimentos de acordo com sua demanda (Borba *et al.*, 2012), desde que embasado pela Portaria n. 336 (BRASIL, 2002).

Existem quatro possíveis vias de admissão ou readmissão no serviço: encaminhamento através de tratamentos anteriores (comunidades terapêuticas, hospitais, etc.), das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), demanda espontânea (chegar ao serviço sem encaminhamento formal) ou podendo ser egresso (já ter realizado atendimento no serviço anteriormente).

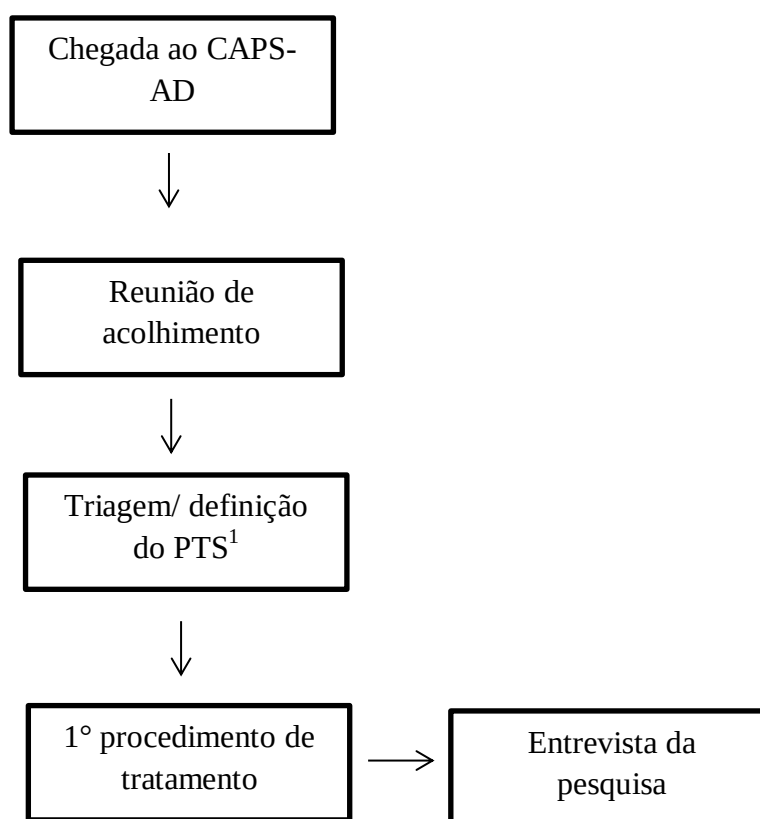
Para ser admitido no serviço, logo após sua chegada, o indivíduo participa de um procedimento de “acolhimento”, onde um responsável (técnico ou profissional de saúde) da instituição realiza a hipótese diagnóstica. São critérios de admissão possuir diagnóstico de Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F10 a F19) de acordo com Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (Organização Mundial de Saúde, 2008) realizado pela equipe do serviço de saúde. Quando não atende a esses critérios é encaminhado para outro serviço de referência.

Quando admitido, o responsável preenche um prontuário individual para esse usuário com informações a respeito de: dados pessoais, motivação e queixa para procura do serviço, histórico escolar, profissional, de internação e/ou outros tratamentos, vida afetiva, apoio em tratar-se, renda, ideação e tentativa de suicídio, gravidade do quadro, descrição da

infância/adolescência, outros transtornos mentais e/ou neurológicos, histórico de abuso de substâncias próprio e de familiares, problemas com a justiça e expectativas em relação ao tratamento. É elaborado ainda, o PTS, que consiste da seleção de quais procedimentos terapêuticos serão executados pelo indivíduo, bem como qual frequência, horários e dias da semana.

O processo decorrido desde a admissão dos indivíduos ao serviço de saúde, até a etapa que se tornaram sujeitos da pesquisa, está apresentado no diagrama a seguir.

Figura 1: Etapas vivenciadas pelos participantes desde o ingresso no CAPS-AD, até o momento do convite para participação na pesquisa.



¹ Projeto Terapêutico Singular

4.3.2. Descrição dos procedimentos oferecidos nos PTSs do CAPS-AD

Todos os PTSs determinam uma frequência mínima de participação no serviço, uma vez por semana, para todos os indivíduos. A seleção dos procedimentos terapêuticos é elaborada de maneira individual, estando dentre as modalidades oferecidas: acolhimento; medicação; atendimento individual; oficina terapêutica, pedagógica; grupos de qualidade de vida, apoio (álcool ou drogas), ação (álcool ou drogas), temático, familiar e mulheres (álcool ou drogas) (BRASIL, 2002). Vale destacar que, todos os procedimentos do PTS são coordenados por um (a) profissional de referência, que é membro da equipe técnica do serviço.

4.4. Procedimentos para Coleta de Dados

As entrevistas ocorreram no dia do 1º procedimento terapêutico, de acordo com o PTS estabelecido para o usuário do serviço de saúde quando do acolhimento. Logo após o procedimento terapêutico, o usuário era convidado a participar da pesquisa.

Após o aceite e assinatura do TCLE foram realizadas as entrevistas, que tiveram duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos cada e ocorreram em uma sala reservada, com a presença apenas do entrevistador e do participante, objetivando respeito e sigilo às informações cedidas.

Todas as entrevistas foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora responsável e quando ocorreu a contiguidade de mais de um sujeito a ser entrevistado, no mesmo horário, realizou-se um sorteio para a determinação de quem seria o primeiro a ser convidado para participar.

No caso de recusa do primeiro sorteado, o próximo era convidado e assim sucessivamente. Caso o próximo sorteado, aceitasse participar da pesquisa e aguardar a entrevista anterior, então a segunda entrevista era realizada na sequência.

A entrevista consistiu da aplicação do questionário com os instrumentos padronizados aos sujeitos, investigando aspectos potencialmente associados à adesão e ao tratamento de portadores de transtorno por uso de substâncias. O questionário, bem como os instrumentos que foram nele inseridos, estão descritos a seguir.

Sendo a presente pesquisa uma investigação longitudinal, o principal viés é perda de seguimento dos participantes. Assim sendo, algumas medidas foram adotadas no intuito de minimizar este possível viés, para tal, era realizado semanalmente, o seguimento via

prontuário e registro de cada um dos procedimentos realizados no serviço, para cada um dos sujeitos de pesquisa.

A entrevista inicial foi estruturada e realizada, buscando apresentar comportamentos empáticos, que pudessem otimizar o estabelecimento de vínculo entre pesquisadora e participante, na coleta de dados e redução das desistências dos participantes.

Para o seguimento foi realizado, entre 04/2018 e 04/2020 a conferência semanal dos prontuários e registros de presença dos indivíduos em planilha de controle de frequência. O controle de comparecimento de cada um dos participantes da pesquisa ocorreu por três meses, até a alta ou abandono do tratamento, caracterizado por trinta dias consecutivos de ausência aos procedimentos de tratamento descritos no PTS, e/ou o encerramento do prontuário.

4.5. Instrumentos

4.5.1. Questionário

O questionário possui uma primeira seção na qual são investigados dados sócio demográficos, meios de transporte utilizados para chegar ao CAPS-AD, origem do encaminhamento ao serviço. Demais informações foram investigadas por meio de instrumentos estruturados e descritos a seguir (Anexo 2).

4.5.2. Addiction Severity Index¹ (ASI 6)

Esta escala foi desenvolvida em 1979, por McLellan *et al.* (1980), teve inicialmente objetivos e propósitos referentes a pesquisa, estando atualmente em sua sexta versão (MCLELLAN *et al.*, 1980). A ASI6 no Brasil é conhecida como “Escala de Gravidade de Dependência” e foi traduzida inicialmente por dois psiquiatras bilíngues especialistas em álcool e outras drogas. Em seguida, as duas traduções foram comparadas e as questões discordantes, quanto à semântica, foram discutidas em conjunto com mais duas psiquiatras bilíngues que serviram como “juízas” na elaboração de uma versão preliminar traduzida (BRASIL, 2006b).

¹ A seção 7 da ASI, “tratamentos médicos/ psicológicos”, investiga sintomas denominando-os psiquiátricos, no presente trabalho, os mesmos foram denominados psíquicos.

De acordo com Kessler (2011), trata-se de uma entrevista semiestruturada, multidimensional, desenvolvida para obter informações sobre os problemas de abuso de substâncias e outros aspectos da vida como: saúde física, ocupacional, aspectos legais, sócio familiar e psiquiátrico. Os primeiros resultados apresentaram boa confiabilidade e validade da Escala de Gravidade de Dependência para a cultura brasileira, com o alfa de Cronbach para as subescalas variou de 0,64 a 0,95. Correlações entre os escores da área Álcool e Drogas e o instrumento concorrente (ASSIST) foram altas (0,72 e 0,89, respectivamente) (Anexo 2).

4.5.3. Escala de Apoio Social (EAS)

Elaborada originalmente para o Medical Outcomes Study (MOS) por Sherbourne e Stewart (1991) e traduzida e adaptada para o Brasil por Faerstein *et al.* (1999) e Chor *et al.* (2001). A escala contempla cinco dimensões funcionais de apoio social: material (provisão de recursos práticos e ajuda material); afetivo (demonstrações físicas de amor e de afeto); emocional (expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); interação social positiva (disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem) e informação (disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos ou orientações). Em estudo utilizando este instrumento Griep *et al.* (2003), encontraram as seguintes medidas como resultado de sua aplicação: a consistência interna foi elevada, excedendo o padrão de 0,70 recomendado na literatura, sendo que a estabilidade foi elevada para todas as dimensões, variando de “substancial (0,60 a 0,80) a quase perfeita (0,80 a 1,00)” (Anexo 2).

4.5.4. Escala University Rhode Island Change Assessment (URICA- adaptação brasileira para drogas ilícitas)

A primeira versão desta escala foi criada por McConaughy, DiClemente, Prochaska e Velicer (1989), ela é um instrumento que busca avaliar em qual dos quatro estágios motivacionais (pré-contemplação, contemplação, ação ou manutenção) o indivíduo encontra-se. Castro e Passos (2005), referem que, em um primeiro momento esta escala foi desenvolvida para investigação de tabagismo, porém, atualmente, é utilizada para avaliar a motivação de indivíduos que buscam tratamentos para diferentes problemas comportamentais, uso, abuso e dependência de substâncias, comportamentos compulsivos, etc. Esta escala é composta por vinte e quatro perguntas, em sua versão reduzida, não necessitando de treinamento prévio para sua aplicação, que dura em média de cinco a dez minutos.

Szupszynski e Oliveira (2008) realizaram estudo de validação desta escala para população brasileira, com 214 indivíduos, homens e mulheres usuários de substâncias ilícitas. Estudo cujos resultados indicaram boa consistência interna com alfa de Cronbach de 0,657, também em cada subescala. A partir das análises estatísticas, foi construído o escore T, possibilitando que esta escala fosse normatizada em sua versão brasileira, com bons resultados psicométricos (Anexo 2).

4.5.5. Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale¹ (SOCRATES) versão 8A

Este instrumento foi desenvolvido por Miller e Tonigan (1996), para avaliar a prontidão para mudança em indivíduos com consumo nocivo de álcool. A versão aqui utilizada possui 19 perguntas com possibilidades de respostas no formato Likert, subdivididas em três fatores: reconhecimento, ação e ambivalência. Em estudo de Castro e Passos (2005), essa escala apresentou boa confiabilidade com o coeficiente de relação intraclasse, variando entre 0,82 e 0,94 e a duração média de sua aplicação foi de três minutos. Foi validada no Projeto MATCH, com os seguintes valores: consistência interna para ação 83,0; reconhecimento 85,0 e ambivalência 60,0 a confiabilidade teste-reteste obteve valores entre 82,0 e 94,0 (apud RESENDE, 2003) (Anexo 2).

5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos neste estudo foram registrados e armazenados diretamente no computador, por meio de software desenvolvido por Lucas F. Arantes, sendo transportados automaticamente para planilha eletrônica. Feita a checagem da consistência, foram identificadas eventuais correções necessárias. Inicialmente conduziu-se a análise descritiva segundo sexo. As variáveis contínuas foram apresentadas como médias ou medianas, e seus respectivos intervalos de confiança de 95% ou intervalos interquartílicos. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e porcentagens e a diferença entre sexos foi testada por meio do Teste do Qui- quadrado, atribuindo-se significância se $p < 0,05$.

¹ A escala foi traduzida para o Português, contudo o nome original foi mantido para utilização no contexto Brasileiro.

Para a análise multivariada foram construídos modelos de regressão logística, tendo em vista que o desfecho é variável dicotômica, como descrito a seguir. Nos modelos construídos foram incluídas todas as variáveis com $p < 0,25$, obtidos na análise univariada (HOSMER; LEMESHOW, 1989), aplicando-se a estratégia *forward* para a seleção das variáveis, de acordo com a força de associação observada na análise univariada.

5.1. Desfecho

Na presente pesquisa o desfecho considerado foi a adesão definida como a permanência do sujeito em tratamento, por no mínimo noventa dias, respeitando seu PTS individual.

Alguns participantes da pesquisa, durante o seguimento, tiveram outros encaminhamentos, que impediram a permanência no tratamento, como por exemplo, alta do CAPS-AD ou encaminhamento para internação hospitalar. Sujeitos que tiveram alta antes de 90 dias de tratamento, por algum critério de melhora, foram considerados como tendo aderido. Sujeitos que foram internados (hospitais gerais, psiquiátricos ou especializados em tratamento para dependências químicas) e que após a alta hospitalar, retornaram na sequência ao CAPS-AD concluindo seus 90 dias de tratamento contados desde a data das entrevistas, também foram considerados como adesão. Por outro lado, considerou-se como “não adesão”, quando não retornaram ao CAPS-AD, após o período de internação ou não aderiram ao encaminhamento e também não retornaram ao serviço em até três meses após a entrevista de ingresso nesta pesquisa.

Sobre os participantes encaminhados para internação, tal classificação foi possível, pois ao analisar cada prontuário, observou-se que a internação desses participantes foi em um hospital com o objetivo da desintoxicação, por isso, o tratamento era de curta permanência e o protocolo posterior à alta era o reencaminhamento ao CAPS- AD.

Quando os participantes foram encaminhados para outro serviço, a equipe do CAPS-AD, comunicava-se com o mesmo e evoluía o prontuário dos participantes. O acesso da pesquisadora aos prontuários permitiu a classificação dos mesmos como adesão ou não.

Definiu-se abandono como falta por trinta dias consecutivos no CAPS-AD, que é a definição adotada pelo mesmo. Após trinta dias de ausência, era realizada a busca ativa, por meio de contato telefônico e visita domiciliar. Diante da não localização do usuário do serviço

ou da negativa do mesmo para o retorno para o tratamento, no início do mês subsequente, o prontuário era encerrado.

5.2. Variáveis explanatórias

Para seleção das variáveis explanatórias para análise, considerou-se aquelas que segundo a literatura estiveram associadas à adesão ao tratamento para o transtorno por uso de álcool e/ou outras substâncias, tal como descrito na Introdução. As que foram tratadas na análise como dicotômicas estão descritas no quadro 2 e como categóricas no quadro 3.

Quadro 2- Variáveis explanatórias dicotômicas incluídas na análise

VARIÁVEIS DICOTÔMICAS	CATEGORIAS
Sexo	Homem Mulher
Renda ¹	0- 500 reais 501 reais ou mais
Situações aversivas vivenciadas (agressões físicas, sexuais e traumas)	Não Sim
Existência e convívio próximo com familiares, amigos e parceiros íntimos	
Discussões ou problemas de relacionamento recentes com familiares, amigos ou parceiros	
Ter familiares, amigos e parceiros íntimos têm problemas recentes com o uso de álcool e/ou drogas	
Residir recentemente com alguém com problemas atuais com álcool e/ou drogas	
Expressão de sentimentos	
Possuir rede de apoio social	
Se precisar de ajuda pode contar com familiares, amigos ou parceiros	
Auto avaliação do uso de álcool/drogas e consequências negativas	
Histórico de envolvimento com o Conselho Tutelar	
Possui filhos afastados judicialmente	
Manifestação de sensações psicológicas negativas	
Histórico prisional	
Prisão ou detenção na menor idade	
Envolvimento atual com a justiça criminal	
Sintomas psíquicos (insônia, depressão, ansiedade, alucinação, dificuldade de memória e raciocínio, descontrole emocional, agressão física, pensamento e tentativa de suicídio) e preocupação com tais sintomas	
Tratamentos anteriores para o uso de álcool e/ou drogas	
Sintomas de abstinência e descontrole no uso de álcool e/ou drogas (últimos 30 dias)	
Reconhecimento de problemas (médico, psicológico, no trabalho, escola, em casa) devido ao uso de álcool e/ou drogas, nos últimos 30 dias	

¹ Na análise multivariada foi incluída como variável contínua

Quadro 3- Variáveis explanatórias categóricas incluídas na análise

VARIÁVEIS CATEGÓRICAS	CATEGORIAS
Idade	18-31 anos 32-39 anos 40-66 anos
Escolaridade	Até Fundamental incompleto Fundamental completo até ensino médio Técnico ou mais
Situação Laboral	Autônomo/ empregado (formal/informalmente) Cuidando do lar Estudante Desempregado/afastado Aposentado (invalidez ou tempo de serviço)
Origem do encaminhamento	Vontade própria Profissional de saúde ou social Família ou amigos Chefe Judicial ou Conselho tutelar
Meio de locomoção ao CAPS-AD	A pé ou bicicleta Carro/ moto de outros (carona) Carro/moto transporte de pessoas (uber/ táxi) Carro/ moto próprio Transporte público
Fonte de sustento financeiro	Emprego Aposentadoria (ex.pensão, seguro social,etc.) Invalidez/ Incapacidade Seguro desemprego Assistência pública ou governamental Sustento ou pensão alimentícia para criança Família, amigos, sócios Dinheiro ilegal Institucionalizado Bicos Nenhuma Outras.
Número de comorbidades físicas	Nenhuma Uma Duas ou mais
Auto avaliação da saúde física	Excelente Muito boa Boa Razoável Ruim
Idade de início do uso de álcool	0-13 anos 14-17 anos 18 anos ou mais
Número de anos que consumiu álcool ou utilizou drogas, três ou mais vezes por semana.	0 1-10 anos 11 ou mais anos
Número de anos que consumiu álcool (padrão “binge”) três ou mais vezes por semana	

Frequência do uso de álcool e/ou substância (últimos 6 meses)	Sem uso 1-3 vezes por mês 1-2 vezes por semana 3-6 vezes por semana Diariamente
Consumo diário de álcool e/ou drogas (últimos 30 dias)	0 1-7 dias 8-30 dias
Consumo diário de álcool (últimos 30 dias) com padrão “binge”	
Há quantos dias consumiu álcool e/ou drogas pela última vez	
Tipo de droga utilizada nos últimos 30 dias	Maconha Sedativos Cocaína Crack Tabaco
Número de consultas psiquiátricas	Nenhuma 1 a 5 sessões 6 a 25 sessões 26-50 sessões 50 sessões ou mais
Satisfação com relacionamento com pessoas adultas.	Nada, levemente ou moderadamente Consideravelmente ou extremamente
Preocupação com sentimentos e pensamentos relacionados aos eventos traumáticos	
Quão preocupado esteve (últimos 30 dias) com seus problemas com álcool e/ou drogas	
Quão importante é, para você, o tratamento atual para seu uso de álcool e/ou drogas.	
Quão importante é para você, alcançar ou manter a abstinência	
Motivação (Escala Socrates)	Reconhecimento do problema Ação Ambivalência
Motivação (Escala Urica)	Pré-contemplação; Contemplação Ação Manutenção Prontidão para mudança
Envolvimento atual com a justiça criminal	Investigado em inquérito policial Suspensão condicional no processo Aguardando julgamento ou sentença Sursis ou liberdade condicional Participando de um programa de justiça terapêutica Outros.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi primeiramente encaminhado e aceito pelo CAPS-AD. Após aprovação pelo Serviço de Saúde, foi também submetido e sua execução autorizada, em 07/12/2017, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu, número do parecer: 2.421.404 e CAAE: 80102017.9.0000.5411 (Anexo 1). Os dados foram coletados após o aceite e assinatura do TCLE, pelos participantes envolvidos.

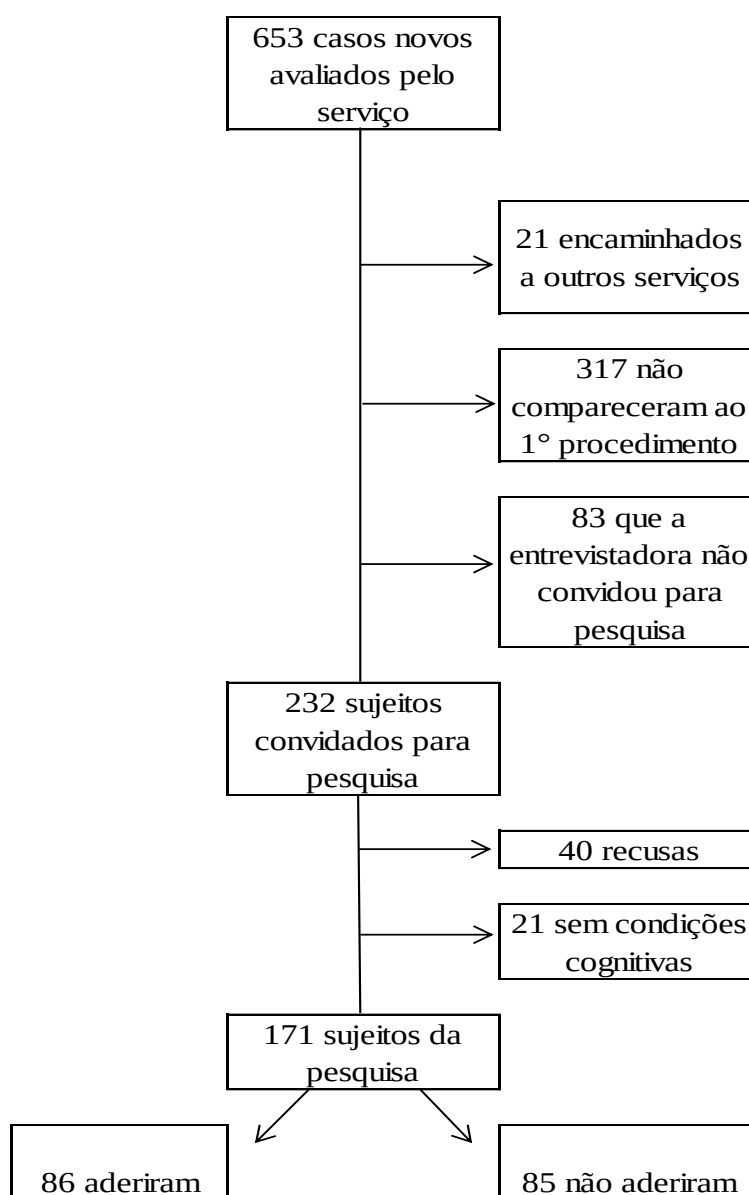
7. RESULTADOS

As entrevistas para obtenção dos dados foram realizadas entre abril de 2018 e janeiro de 2020, com o seguimento dos sujeitos estendendo-se até abril de 2020.

A partir de março de 2020, o seguimento foi prejudicado pela pandemia de COVID-19, sendo interrompido presencialmente. Assim sendo, a obtenção dos dados referentes à adesão foi efetuada, a partir desta data, pela leitura e análise dos prontuários e informações obtidas por telefone.

O fluxograma a seguir, apresenta o número de sujeitos avaliados e encaminhados pelo serviço, que compareceram ao 1º procedimento de tratamento, e tendo atendido aos critérios de inclusão, participaram da pesquisa. O fluxograma descreve também a distribuição dos participantes, em relação à adesão (Figura 2).

Figura 2: Percurso dos indivíduos (casos novos) avaliados no CAPS-AD, e distribuição dos participantes da pesquisa em relação a adesão e não-adesão.



De abril de 2018 a janeiro de 2020, 653 indivíduos procuraram pela 1ª vez, o Serviço e foram avaliados pela equipe do CAPS-AD, sendo que 21 não atenderam aos critérios de inclusão e foram encaminhados para outros serviços que atenderiam melhor as suas necessidades de tratamento.

Os 83 pacientes não convidados¹, embora preenchessem os critérios de inclusão não foram avaliados por impossibilidade (não esperaram a avaliação de pesquisa) no momento em que compareceram ao serviço de saúde.

Os participantes que permaneceram por noventa dias ou mais em tratamento e não faltaram por 30 dias consecutivos (76), compreendem o grupo de adesão.

Os três participantes que foram internados e retornaram ao CAPS-AD após a alta hospitalar, permanecendo por no mínimo três meses, desde a data de suas entrevistas de pesquisa, também compuseram o Grupo de adesão. Foram ainda incluídos neste grupo sete participantes que tiveram alta do serviço, em um período inferior a noventa dias, por preencherem critérios de melhora da funcionalidade laboral ou recuperação dos vínculos afetivos, de acordo com a avaliação da equipe do CAPS-AD.

Classificou-se como não aderentes 79 participantes que desistiram do tratamento em um período menor que noventa dias e/ou não compareceram no CAPS-AD. Considerou-se ainda como não aderentes cinco participantes da amostra inicial, que após período de internação, não retornaram ao CAPS-AD e ainda um participante que, encaminhado para outro serviço de saúde, não aderiu ao mesmo e não retornou ao CAPS-AD em até três meses após sua entrevista. A verificação da adesão ao encaminhamento foi realizada pela equipe do CAPS-AD e registrada em prontuário, a pesquisadora utilizou os registros para tal classificação na presente pesquisa.

¹ Na semana seguinte, mesmo que retornassem para o procedimento estabelecido em cada PTS, não eram mais indivíduos que realizariam o primeiro procedimento, deixando então, de atender aos critérios de inclusão da pesquisa.

7.1. Descrição da amostra segundo sexo e demais variáveis

Foram entrevistados 171 sujeitos, 133 homens (77,8%) e 38 mulheres (22,2%).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes, segundo variáveis sócio demográficas, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
		n	%	n	%	n	%	
Idade ² (em anos)	18-31	11	28,9	43	32,3	54	31,6	0,81
	32-39	12	31,6	35	26,3	47	27,5	
	40-66	15	39,5	55	41,4	70	40,9	
Escolaridade	Fundamental incompleto	20	52,6	47	35,3	67	39,2	0,15
	Fundamental completo até ensino médio	15	39,5	70	52,7	85	49,7	
	Técnico, graduado e pós-graduado	3	7,9	16	12,0	19	11,1	
Estado civil	Casado ou União estável	17	44,7	47	35,4	64	37,4	0,03
	Solteiro	13	34,2	74	55,6	87	50,9	
	Viúvo ou Divorciado	8	21,1	12	9,0	20	11,7	
Situação laboral	Autônomo/ empregado (formal/informalmente)	14	36,8	54	40,6	68	39,8	-
	Atividades domésticas	1	2,6	0	0,0	1	0,6	
	Estudante	0	0,0	1	0,8	1	0,6	
	Desempregado/afastado	23	60,6	74	55,6	97	56,7	
	Aposentado (invalidez ou tempo de serviço)	0	0,0	4	3,0	4	2,3	
Renda <i>per capita</i>	0- 500 reais	21	56,8	53	42,7	74	46,0	0,13
	501 reais ou mais	16	43,2	71	57,3	87	54,0	
Meio de transporte para o CAPS	A pé ou bicicleta	5	13,2	25	18,8	30	17,5	0,08
	Carro/ moto de outros (carona)	3	7,9	19	14,3	22	12,9	
	Carro/moto transporte de pessoas (uber/ táxi)	3	7,9	1	0,7	4	2,3	
	Carro/ moto próprio	6	15,8	23	17,3	29	17,0	
	Transporte público	21	55,2	65	48,9	86	50,3	

¹Teste Qui-quadrado

²Informações distribuídas de acordo com a frequência em tercís

A idade média foi 38,4, a mediana 36 e o desvio padrão 11,6 anos. A idade dos sujeitos variou de 18 a 66 anos, predominando a faixa etária entre 40 e 66 anos entre homens (41,3%) e mulheres (39,5%).

Em relação à escolaridade, observa-se que entre as mulheres predominam menos anos de estudo com 52,6% delas não tendo concluído o ensino fundamental, enquanto que, entre os homens, este grupo representa 35,3% e a maioria deles (52,7%) concluiu o ensino fundamental. Mesmo que a baixa escolaridade tenda a ser maior entre as mulheres, não se identificou significância estatística neste quesito.

No que diz respeito ao estado civil, nota-se que mais da metade dos homens estava solteiro (55,6%) enquanto que, a maior parte das mulheres referia estar casada ou em união estável (44,7%) seguidas de viúvas ou divorciadas (21,0%), exclusivamente nesta variável dentre as sócio demográficas, alcançou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,03$).

Referente à situação laboral, a maioria dos sujeitos estava desempregada ou afastada, tanto entre as mulheres (60,5%) como entre os homens (55,6%). A esta categoria segue-se que referiram serem autônomos ou empregados (formal/informalmente), sendo 36,8% das mulheres e 40,6% dos homens.

A renda per capita média era de R\$ 880,21, sendo que, pouco mais da metade das mulheres (56,8%) afirmaram receber até R\$ 501,00 ao mês, enquanto entre os homens 57,3 % relatou receber no mínimo esta mesma quantia. As fontes de sustento financeiro da amostra, também foram identificadas, a maioria dos sujeitos (50,3%) pontuou ser a família, amigos ou sócios, em segundo lugar os “bicos” (38,6%) e por fim, ser o emprego (33,3%).

Sobre o meio de locomoção utilizado para frequentar o Serviço de Saúde, a maioria recorria aos transportes públicos (50,3%), sendo 55,3% das mulheres e 48,9 % entre os homens.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes em relação à comorbidades e auto avaliação em saúde, (n=171).

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
		n	%	n	%	n	%	
Número de comorbidades	Nenhuma	15	39,5	66	50,4	81	47,9	0,48
	Uma	13	34,2	35	26,7	48	28,4	
	Duas ou mais	10	26,3	30	22,9	40	23,7	
Auto avaliação da saúde física	Excelente	2	5,3	14	10,5	16	9,4	0,18
	Muito boa	1	2,6	18	13,5	19	11,1	
	Boa	16	42,1	47	35,4	63	36,8	
	Razoável	16	42,1	39	29,3	55	32,2	
	Ruim	3	7,9	15	11,3	18	10,5	

¹Teste Qui-quadrado

Na amostra predominam os sujeitos sem nenhuma comorbidade física (47,9 %), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos. Dentre as comorbidades referidas pelos participantes houve relato de presença de: hipertensão arterial (27,5%),

epilepsia ou síndrome convulsiva (15,8%), problemas respiratórios crônicos (11,2%), hepatites (6,4%), diabetes (4,1%), doença cardíaca (4,1%), tuberculose (4,1%), doença renal crônica (3,5%), doença vascular cerebral (2,9%), doença hepática (2,9%), qualquer incapacidade física que prejudica seriamente a visão, audição ou movimentos (1,8%), HIV/AIDS (1,7%) e neoplasias (1,2%). Os percentuais não somam 100% porque mais de uma comorbidade poderia ser referida por um mesmo sujeito.

Em relação à auto avaliação da saúde física, aproximadamente um terço dos sujeitos (36,8%) a descreveu como boa, sendo 42,1% nas mulheres e 35,3% nos homens. Outro terço dos entrevistados pontuou como razoável (32,2%), sendo em mulheres 42,1% e em homens 29,3%.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com características do uso de álcool, (n=171).

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
		n	%	n	%	n	%	
Por quantos anos bebeu três ou mais vezes por semana (em anos)	0	10	26,3	21	15,8	31	18,1	0,31
	1-10	13	34,2	48	36,1	61	35,7	
	11 ou mais	15	39,5	64	48,1	79	46,2	
Quanto anos bebeu (padrão "binge ² "), três ou mais dias por semana (em anos)	0	1	3,5	7	6,2	8	5,7	0,85
	1-10	12	42,9	45	40,2	57	40,7	
	11 ou mais	15	53,6	60	53,6	75	53,6	
Idade que experimentou e sentiu efeitos do álcool (em anos)	0-13	17	44,7	42	31,6	59	34,5	0,09
	14-17	11	29,0	65	48,9	76	44,4	
	18 ou mais	10	26,3	25	19,5	36	21,1	
Frequência de consumo, no mês que mais bebeu (últimos 6 meses)	Sem uso	2	5,3	13	9,8	15	8,8	0,75
	1-3 vezes por mês	5	13,2	12	9,0	17	9,9	
	1-2 vezes por semana	4	10,5	12	9,0	16	9,4	
	3-6 vezes por semana	5	13,2	25	18,8	30	17,5	
	Diariamente	22	57,8	71	53,4	93	54,4	
Consumo diário nos últimos 30 dias (em dias)	0	6	15,8	34	25,6	40	23,4	0,001
	1-7	19	50,0	27	20,3	46	26,9	
	8-30	13	34,2	72	54,1	85	49,7	
Há quantos dias consumiu álcool pela última vez	0	1	3,1	2	2,0	3	2,3	0,83
	1-7	21	65,6	61	61,6	82	62,6	
	8-30	10	31,3	36	36,4	46	35,1	
Consumo diário com padrão "binge" (últimos 30 dias).	0	2	6,3	12	12,1	14	10,7	0,03
	1-7	18	56,3	24	24,2	42	32,1	
	8-30	12	37,4	63	63,7	75	57,2	

¹Teste do Qui-quadrado

² Se refere ao beber se embriagando. É relativo a quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas, para mulheres e cinco ou mais para homens, em uma única ocasião (NIAAA, 2004).

Investigando o tempo (em anos) que os sujeitos consumiram bebidas alcoólicas, por no mínimo três vezes por semana, nota-se que, praticamente metade da amostra (46,2 %) o fez por 11 anos ou mais. Uma proporção discretamente maior de homens (48,1%) do que mulheres (39,5%) referiu este uso. Vale destacar que no total de entrevistados 81,9% relatou que bebeu três ou mais vezes por semana, por um ano ou mais.

O padrão de consumo “*binge*”, também foi relatado pela maior parte da amostra (53,6%) e por, no mínimo, 11 anos de suas vidas, sendo descrito na mesma porcentagem (53,6%) homens e mulheres.

Sobre a idade em que experimentaram e sentiram os efeitos de bebidas alcoólicas, a maior parte das mulheres 44,7% relatou ter sido antes dos 13 anos, enquanto os homens 48,9% relataram ter sido entre 14 e 17 anos. Destaca-se também que, dentre todos os entrevistados apenas a minoria, 21,1% experimentaram álcool com a idade mínima de 18 anos.

A frequência do consumo está descrita de diferentes maneiras. Observa-se que, a maioria dos sujeitos (54,4%) bebeu diariamente durante ao menos um dentre os seis meses anteriores à entrevista. Seguidos por 17,5% que consumiu bebida alcoólica entre três e seis dias por semana e apenas (8,8%) dos sujeitos que não consumiram neste período.

Considerando o consumo diário, nos 30 dias anteriores a coleta, metade das mulheres (50,0%) relatou bebido entre 1 e 7 dias e a maior parte dos homens (54,1%), por 8 dias ou mais, vale destacar que entre os sexos, encontrou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$).

No que tange ao uso corrente de álcool, constatou-se que o maior percentual (62,6%) havia consumido bebida alcoólica entre um e sete dias, anteriores a entrevista, sendo 65,6% entre as mulheres e 61,6% entre os homens, não havendo diferença estatisticamente significativa.

Sobre o consumo diário com padrão “*binge*”, nos últimos trinta dias, houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,03$). De modo que, a maioria das mulheres (56,3%), fez este tipo de consumo entre um e sete dias e dos homens (63,7 %) por oito dias ou mais.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com sintomas e problemas vivenciados, devido ao uso de álcool, nos trinta dias anteriores à coleta, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
Nos últimos 30 dias		n	%	n	%	n	%	
Teve sintomas de abstinência	Não	13	40,6	38	38,4	51	38,9	0,82
	Sim	19	59,4	61	61,6	80	61,1	
Teve alguma dificuldade em controlar, diminuir, parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo	Não	10	31,2	21	21,2	31	23,7	0,24
	Sim	22	68,8	78	79,8	100	76,3	
Devido ao álcool, teve algum problema (médico, psicológico, no emprego, escola, em casa ou com a lei)	Não	10	31,2	16	16,2	26	19,8	0,06
	Sim	22	68,8	83	83,8	105	80,2	
Foi incomodado (a) por fissuras ou desejo intenso de beber	Não	14	36,8	60	45,1	74	47,3	0,36
	Sim	24	63,2	73	54,9	93	56,7	
Quão preocupado (a) ou incomodado (a) você tem estado com seus problemas com álcool	Nada, levemente ou moderadamente	6	21,4	18	18,6	24	19,2	0,73
	Consideravelmente ou extremamente	22	78,6	79	81,4	101	80,8	
Quão importante é, neste momento, o tratamento para seu uso de álcool	Nada, levemente ou moderadamente	14	36,8	33	24,8	47	27,5	0,14
	Consideravelmente ou extremamente	24	63,2	100	75,2	124	72,5	
Quão importante é para você alcançar e manter a abstinência total do álcool	Nada, levemente ou moderadamente	12	31,6	25	18,8	37	21,6	0,09
	Consideravelmente ou extremamente	26	68,4	108	81,2	134	78,4	

¹Teste do Qui-quadrado

Tendo por base, os últimos trinta dias, a maioria da amostra 61,1%, relatou ter experimentado sintomas de abstinência, sendo 61,6% homens e 59,4% mulheres. Bem como, 76,3% entre estes (79,8% homens e 68,8% mulheres), relataram ter tido dificuldade em controlar, diminuir, parar de beber ou passaram grande parte do dia bebendo. Por fim, sobre os sintomas associados ao uso de álcool, mais da metade dos sujeitos (56,7%) afirmaram ter

sido incomodados por “fissura” ou desejo intenso de beber, sendo uma discreta maioria de mulheres (63,2%) em relação aos homens (54,9%), contudo a diferença entre estes, não foi estatisticamente significativa.

Dentre as variáveis motivadoras, a importância de alcançar ou manter a sobriedade foi a que mais se aproximou da diferença estatisticamente significativa entre os sexos, porém não alcançando a mesma. A maioria dos entrevistados (78, 4 %), pontuou que deixar e se manter sem consumir álcool, tinha uma importância considerável ou extrema, dentre estes a maioria homens (81,2 %), seguidos das mulheres (68,4%).

Tabela 5 - Descrição dos participantes de acordo com o relato do uso, frequência e eleição das substâncias específicas que mais causam problemas, (n= 171).

Substância	Nunca na vida		Alguma vez		Nos últimos 30 dias		Substância que mais causa problemas	
	n	%	n	%	n		n	%
Maconha	44	25,7	76	44,4	51	29,9	12	7,0
Sedativos	137	80,2	17	9,9	17	9,9	1	0,6
Cocaína inalada	66	38,6	80	46,8	25	14,6	40	23,4
Crack/Oxi/Merla	91	53,2	37	21,6	43	25,2	15	8,8
Estimulantes	145	84,8	26	15,2	0	0,0	0	0,0
Alucinógenos	150	87,7	20	11,7	1	0,6	0	0,0
Inalantes	102	59,6	67	39,2	2	1,2	1	0,6
Álcool	0	0,0	28	16,4	143	83,6	102	59,6
Tabaco	19	11,1	29	17,0	123	71,9	0	0,0

A substância utilizada pela totalidade dos entrevistados, pelo menos alguma vez na vida foi o álcool (100%), seguido do tabaco (88,9 %), em terceiro lugar maconha (74,4%) em sequência a cocaína inalada (61,4%), e por fim, o crack/oxi ou merla (46,8 %). Vale destacar ainda que, a heroína foi utilizada alguma vez na vida, apenas por um e outros opióides, por nenhum dos sujeitos.

Dentre as substâncias apontadas como maiores causadoras de problemas para a maioria da amostra (59,6%), em primeiro lugar está o álcool, seguido pela cocaína inalada (23,4%).

Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com os tipos de drogas utilizados, nos trinta dias anteriores a coleta, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
Nos últimos 30 dias, usou:		n	%	n	%	n	%	
Maconha	Não	25	65,8	95	71,4	120	70,2	0,50
	Sim	13	34,2	38	28,6	51	29,8	
Sedativos	Não	29	76,3	125	93,9	154	90,1	0,001
	Sim	9	23,7	8	6,1	17	9,9	
Cocaína	Não	33	86,8	113	84,9	146	85,4	0,77
	Sim	5	13,2	20	15,1	25	14,6	
Crack	Não	25	65,8	103	77,4	128	74,9	0,14
	Sim	13	34,2	30	22,6	43	25,1	
Tabaco	Não	8	21,1	40	30,1	48	28,1	0,27
	Sim	30	78,9	93	69,9	123	71,9	

¹Teste Qui-quadrado

Dentre as drogas mais utilizadas, nos últimos 30 dias, primeiramente está o tabaco por 71,9% do total da amostra, sendo 78,9% mulheres e 69,9% homens, em seguida a maconha (29,8%), por 34,2 % das mulheres e 28,6% dos homens, em terceiro lugar o crack (25,1%) por 34,2% das mulheres e 22,6% dos homens, na sequência está a cocaína utilizada por 14,6%, sendo por 13,2% mulheres e 15,1% homens, nesta substância não se constatou diferença estatisticamente significativa entre os sexos. A droga menos utilizada, 9,9% da amostra, foram os sedativos, 23,7% entre as mulheres consumiram e 6,1% dos homens, com o valor (p= 0,001), apontando diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes de acordo características (tempo, frequência, padrão e tempo de recaída) do uso de drogas ilícitas, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
		n	%	n	%	n	%	
Por quantos anos utilizou drogas ilícitas, três ou mais vezes por semana (em anos)	0	0	0,0	1	1,1	1	0,9	-
	1-10	7	25,9	33	37,5	40	34,8	
	11 ou mais	20	74,1	54	61,4	74	64,3	
Frequência de consumo, no mês que mais usou drogas (últimos 6 meses)	Sem uso	3	11,1	13	14,8	16	13,9	0,39
	1-3 vezes por mês	2	7,4	10	11,4	12	10,4	
	1-2 vezes por semana	4	14,8	5	5,7	9	7,8	
	3-6 vezes por semana	1	3,7	10	11,3	11	9,6	
	Diariamente	17	63,0	50	56,8	67	58,3	
Consumo diário nos últimos 30 dias (em dias)	0	8	29,6	26	29,6	34	29,6	0,68
	1-7	5	18,5	23	26,1	28	24,3	
	8-30	15	51,9	39	44,3	53	46,1	
Há quantos dias consumiu droga pela última vez	Nenhum	4	14,8	7	7,9	11	9,6	0,62
	1-7	13	48,2	38	43,2	51	44,3	
	8-30	5	18,5	22	25,0	27	23,5	
	Há mais de 30	5	18,5	21	23,9	26	22,6	
Após iniciar o uso, já se manteve abstinente, de álcool e drogas, por um período mínimo de um ano	Não	14	51,9	51	58,6	65	57,0	0,53
	Sim	13	48,1	36	41,4	49	43,0	

¹Teste do Qui-quadrado

Sobre o tempo (em anos) que consumiram drogas ilícitas, por no mínimo três vezes por semana, observa-se que mais da metade da amostra (64,3%), utilizou por 11 anos ou mais, sendo uma porcentagem discretamente maior de mulheres, 74,1% do que de homens 61,4%. É importante salientar que, do total de entrevistados, apenas (0,9%), não consumiram drogas na frequência descrita e por um período mínimo de um ano.

Descrevendo a frequência do consumo, observa-se que, a maioria dos sujeitos (58,3%) utilizou drogas diariamente durante ao menos um dentre os seis meses anteriores à entrevista, destes o maior percentual corresponde a mulheres, 63,0%, e a menor proporção aos homens 56,8%.

O consumo de drogas ilícitas relatado, nos últimos 30 dias, por quase metade do total da amostra (46,1%) foi de no mínimo 8 dias, em maior porcentagem pelas mulheres 51,9%, quando comparadas aos homens (44,3%), contudo, sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

A quantia financeira empregada na compra de drogas, nos últimos trinta dias, foi de 468, 71 em média, com a mediana 110,00 e desvio padrão de 795,98 reais.

No quesito uso corrente de drogas ilícitas, constatou-se que o maior percentual (44,3%) havia utilizado pela última vez, entre um e sete dias, ou seja, na semana anterior a entrevista. Entre as mulheres, 48,2% e entre os homens 43,2%, não havendo diferença estatisticamente significativa.

A variável tempo (um ano) abstinente de álcool e/ou droga, demonstra que, a menor parte da amostra (43,0%), se manteve sem utilizar por este período. Dentre esse percentual, a maioria é do sexo feminino (48,1%) e na sequência do sexo masculino (41,4%).

Tabela 8 - Distribuição dos participantes de acordo com sintomas e problemas vivenciados, devido ao uso de drogas ilícitas, nos trinta dias anteriores à coleta, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
Últimos 30 dias		n	%	n	%	n	%	
Teve sintomas de abstinência	Não	10	37,0	31	36,5	41	36,6	0,95
	Sim	17	63,0	54	63,5	71	63,4	
Teve dificuldade em controlar, diminuir, parar com as drogas ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se ou tentando obter drogas?	Não	8	29,6	28	33,0	36	32,1	0,74
	Sim	19	70,4	57	67,0	76	67,9	
Devido ao uso de drogas, teve algum problema (médico, psicológico, no emprego, escola, em casa ou com a lei)	Não	5	18,5	22	25,9	27	24,1	0,43
	Sim	22	81,5	63	74,1	85	75,9	
Foi incomodado (a) por fissuras ou desejo intenso de usar drogas?	Não	8	29,6	28	32,9	36	32,1	0,74
	Sim	19	70,4	57	67,1	76	67,9	
Quão preocupado (a) ou incomodado (a) você tem estado com seus problemas com drogas	Nada, levemente ou moderadamente	1	4,8	6	8,7	7	7,8	0,55
	Consideravelmente ou extremamente	20	95,2	63	91,3	83	92,2	
Quão importante é, neste momento, o tratamento para seu uso de drogas	Nada, levemente ou moderadamente	3	11,5	20	23,0	23	20,3	0,20
	Consideravelmente ou extremamente	23	88,5	67	77,0	90	79,7	
Quão importante é para você alcançar e manter a abstinência total das drogas	Nada, levemente ou moderadamente	3	11,5	15	17,2	18	15,9	0,48
	Consideravelmente ou extremamente	23	88,5	72	82,8	95	84,1	

¹Teste Qui-quadrado

No mês anterior à coleta, a maioria da amostra 63,4% vivenciou sintomas de abstinência, em proporção muito semelhante entre homens (63,5%) e mulheres (63,0%). Neste mesmo período 67,9% experimentou dificuldades em controlar, diminuir, parar com as

drogas ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se ou tentando obter as mesmas, sendo 70,4% mulheres e 67,0% dos homens.

Problemas (médico, psicológico, no emprego, escola, em casa ou com a lei), foram vivenciados por 75,9% da amostra e em proporção maior entre mulheres (81,5%) do que homens (74,1%). Fissura e/ou desejo intenso de usar, também foram relatados pela maior parte dos entrevistados 67,9%, com percentual pouco maior entre mulheres (70,4%) do que entre homens (67,1%), porém, vale pontuar que a diferença entre estes, não foi estatisticamente significativa.

Quase a totalidade dos entrevistados (92,2%), relatou preocupação ou incomodo com o uso de drogas, nos 30 dias que antecederam a entrevista e em um nível considerável ou extremo. Destes a maior parte eram mulheres 95,2%, e em menor proporção homens 91,3%.

No aspecto tratamento 88,5% das mulheres e 77,0% dos homens o avaliaram como considerável ou extremamente importante, no momento da entrevista. Também a maior proporção (84,1%), pontuou que alcançar e/ou manter a abstinência é considerável ou extremamente importante, sendo referido por 88,5% das mulheres e 82,8% dos homens. Vale salientar que, nesses três quesitos, não encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Tabela 9 - Distribuição dos participantes de acordo com histórico prisional, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
		n	%	n	%	n	%	
Na sua vida inteira, já foi preso (a)	Não	32	84,2	87	65,4	119	69,6	0,02
	Sim	6	15,8	46	34,6	52	30,4	
Antes dos 18 anos, foi preso (a) ou detido (a) em centros de detenções ou instituições para menores infratores	Não	29	76,3	71	53,4	100	58,5	0,01
	Sim	9	23,7	62	46,6	71	41,5	

¹Teste Qui-quadrado

Dentre os entrevistados 30,4% afirmaram terem sido presos em algum momento da vida, um terço dos homens, 34,6% e 15,8% das mulheres, sobre a idade que tinham na época, 41,5 % eram menores de 18 anos, dentre estes a maior porcentagem homens (46,6%) em

relação às mulheres (23,7%). Nas duas variáveis descritas, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Ao se investigar o tipo de crime que teve como consequência a prisão na maioridade, 36,2%, pontuaram delitos relacionados às drogas (porte ou tráfico). O tempo médio de permanência na cadeia ou prisão foi de um ano, com mediana igual a 0 e desvio padrão de 2 anos.

O envolvimento atual com a justiça criminal também foi investigado, observou-se que 13 sujeitos (7,6%) estavam aguardando julgamento ou sentença, 10 (5,8%) participavam de um programa de justiça terapêutica e 8 (4,7%) cumpriam sursis ou liberdade condicional.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes de acordo com situações aversivas (agressões físicas, sexuais e traumas) vivenciadas, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
		n	%	n	%	n	%	
Foi fisicamente agredido (a) ou abusado (a) por alguém que conhecia	Não	9	23,7	60	45,1	69	40,3	0,01
	Sim	29	76,3	73	54,9	102	59,7	
Foi agredido (a) sexualmente por alguém	Não	24	63,2	122	91,7	146	85,4	<0,001
	Sim	14	36,8	11	8,3	25	14,6	
Esteve em situação de risco de vida (ex. acidente grave, incêndio)	Não	30	78,9	78	58,7	108	63,2	0,02
	Sim	8	21,1	55	41,3	63	36,8	
Viu alguém sendo morto, espancado ou muito ferido	Não	25	65,8	74	56,1	99	58,2	0,28
	Sim	13	34,2	58	43,9	71	41,8	
Quão preocupado (a) está (últimos 30 dias) com os sentimentos e pensamentos relacionados a esses eventos	Nada, levemente ou moderadamente	8	23,5	61	56,0	69	48,2	<0,001
	Consideravelmente ou extremamente	26	76,5	48	44,0	74	51,8	

¹Teste Qui-quadrado

A maioria dos sujeitos (59,7%) relatou ter sido agredido fisicamente por alguém que conhecia, dentre estes, 76,3% mulheres e 54,9% homens (p=0,01), sendo a agressão sexual descrita por 36,8% das mulheres e 8,3% dos homens (p<0,001). Na amostra, 36,8% relataram

ainda ter vivido alguma situação de risco para a própria vida, dentre os homens este percentual foi de 41,3% e nas mulheres de 21,1% ($p=0,02$), havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Metade da amostra (51,8%) citou preocupar-se considerável ou extremamente com os pensamentos e/ou sentimentos relacionados aos eventos aversivos vivenciados, dentre as mulheres 76,5% e 44,0% dentre os homens, observando-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p<0,001$).

Tabela 11 - Distribuição dos participantes de acordo com relatos de sintomas psíquicos, experimentados nos 30 dias anteriores a coleta, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
Últimos 30 dias		n	%	n	%	n	%	
² Teve Dificuldade para dormir, manter o sono ou acordou muito cedo	Não	12	31,6	53	39,8	65	38,0	0,35
	Sim	26	68,4	80	60,2	106	62,0	
² Sentiu-se deprimido (a) (quase todos os dias por duas ou mais semanas)	Não	17	44,7	88	66,2	105	61,4	0,01
	Sim	21	55,3	45	33,8	66	38,6	
² Sentiu-se ansioso (a) (quase todos os dias por duas ou mais semanas)	Não	6	15,8	39	29,3	45	26,3	0,09
	Sim	32	84,2	94	70,7	126	73,7	
² Teve alucinações	Não	27	71,1	97	72,9	124	72,5	0,81
	Sim	11	28,9	36	27,1	47	27,5	
² Teve dificuldades para pensar, compreender ou lembrar te causando problemas	Não	22	57,9	84	63,2	106	62,0	0,55
	Sim	16	42,1	49	36,8	65	38,0	
² Teve dificuldades de controlar seus impulsos de bater em alguém	Não	25	65,8	97	72,9	122	71,3	0,39
	Sim	13	34,2	36	27,1	49	28,7	
² Empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém (desde os 18 anos)	Não	22	57,9	110	82,7	132	77,2	<0,001
	Sim	16	42,1	23	17,3	39	22,8	
² Teve pensamentos sobre suicídio	Não	20	52,6	107	80,4	127	74,3	<0,001
	Sim	18	47,4	26	19,6	44	25,7	
² Tentou suicídio	Não	32	84,2	125	93,9	157	91,8	0,05
	Sim	6	15,8	8	6,1	14	8,2	
² Quão preocupado (a) está com esses problemas psicológicos	Nada, levemente ou moderadamente	5	14,3	30	27,5	35	24,3	0,11
	Consideravelmente ou extremamente	30	85,7	79	72,5	109	75,7	

¹Teste Qui-quadrado

² Avaliação realizada a partir da aplicação da Escala ASI

Ao discorrer sobre sintomas psíquicos vivenciados, 38,6% dos entrevistados relatou sentir-se deprimido por no mínimo duas semanas, no mês anterior à entrevista, a maioria foi de mulheres, 55,3%, seguidas dos homens, 38,8% ($p=0,01$) e, 22,8% agrediu fisicamente alguém, sendo a maior parte mulheres 42,1% e 17,3% dos homens ($p<0,001$). Quanto a pensamentos sobre suicídios, estes foram relatados por 47,4% das mulheres e 19,6% dos homens ($p<0,001$), enquanto a tentativa de suicídio foi referida por 15,8% das mulheres e 6,1% dos homens ($p=0,05$). Nota-se que em todas essas variáveis de sintomas psíquicos, a diferença entre os sexos foi estatisticamente significativa.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes de acordo com a origem do encaminhamento para o tratamento atual e histórico de tratamentos psicológicos ou psiquiátricos, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
		n	%	n	%	n	%	
Origem do encaminhamento	Vontade própria	4	10,5	16	12,0	20	11,7	0,05
	Profissional de saúde ou social	21	55,3	88	66,1	109	63,7	
	Família ou amigos	4	10,5	19	14,3	23	13,4	
	Chefe	1	2,6	3	2,3	4	2,4	
	Judicial ou Conselho tutelar	8	21,1	7	5,3	15	8,8	
Quantas consultas ambulatoriais teve para problemas psicológicos ou psiquiátricos	Nenhuma	3	7,9	35	26,3	38	22,2	0,01
	1 a 5 sessões	14	36,8	63	47,4	77	45,0	
	6 a 25 sessões	7	18,4	14	10,5	21	12,3	
	26-50 sessões	5	13,2	8	6,0	13	7,6	
	50 sessões ou mais	9	23,7	13	9,8	22	12,9	

¹Teste Qui-quadrado

Observa-se que a maior parte dos sujeitos chegou ao tratamento atual, encaminhados por Profissionais da saúde ou sociais (63,7%), a maioria homens 66,1%, seguidos por 55,3% das mulheres, existindo diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,05$).

Quase a metade dos sujeitos (45,0%) relatou ter tido no máximo cinco consultas psicológicas ou psiquiátricas, sendo a maior parte deles, os homens (47,4%) e em porcentagem discretamente menor, as mulheres (36,8%), existindo diferença estatisticamente significativa entre os mesmos ($p=0,01$). É importante destacar que, 22,2% afirmaram nunca ter tido, ao menos uma, consulta psiquiátrica no decorrer da vida.

Sobre o número de noites internados, nos seis meses anteriores à pesquisa, em hospital geral a média foi de 3,4 a mediana de 2 e o desvio padrão de 4 noites. Em hospital psiquiátrico, um total de 17 sujeitos referiu ter tido alguma internação na vida. Nos seis meses que antecederam a pesquisa, a média foi de 34,5 a mediana 9 e o desvio padrão de 44,5 noites e em unidade internação para o tratamento de álcool e/ou drogas a média foi de 38,9 com mediana de 20 e desvio padrão de 42,7 noites.

Sobre o histórico de tratamentos para o uso de substâncias, na vida, observou-se que dos 171 sujeitos, 93 (54,4%) referiram não terem feito tratamento nenhuma vez. Dentre os que fizeram a média de tratamentos foi de 3,4 com a mediana de 2 e o desvio padrão de 5, a idade de início do tratamento foi em média 29,7 com a mediana de 27 e desvio padrão de 12 anos.

Os sujeitos referiram também participação em programas ambulatoriais e consultas médicas para o tratamento de problemas relacionados ao uso de álcool ou drogas, nos seis meses anteriores a coleta de dados, sendo em média 6,3 consultas com mediana de 3 e desvio padrão de 20,4 consultas.

Tabela 13 - Distribuição dos participantes de acordo com relato de envolvimento afetivo, sexual e apoio social de parceiros (as) com problemas por uso de álcool ou drogas, (n=171)

Variável	Mulher		Homem		Total		p ¹	
	n	%	n	%	n	%		
² Teve qualquer forma de relação sexual (últimos 6 meses)	Não	19	50,0	74	56,9	93	55,4	0,45
	Sim	19	50,0	56	43,1	75	44,6	
Teve relação amorosa ou sexual (últimos 30 dias)	Não	13	34,2	49	36,8	62	36,3	0,76
	Sim	25	65,8	84	63,2	109	63,7	
² Seu (a) parceiro (a) afetivo (a) tem problema atual com o uso de álcool ou drogas	Não	10	40,0	66	78,6	76	69,7	<0,001
	Sim	15	60,0	18	21,4	33	30,3	
Precisou (últimos 30 dias) de ajuda e pode contar com parceiro (a) afetivo (a)	Não	9	36,0	18	21,4	27	24,8	0,13
	Sim	16	64,0	66	78,6	82	75,2	

¹ Teste Qui-quadrado

² A somatória dos sujeitos, dizem respeito aos que responderam a questão, não totalizando os 171 da pesquisa

Ter tido relações sexuais ou afetivas nos seis meses e trinta dias anteriores a pesquisa foram questões investigadas, bem como, poder contar com a ajuda do parceiro (a), em caso de necessidade. Por fim, ter um parceiro (a) com problemas atuais relativos ao uso de substâncias, foi a única variável que apontou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os sexos de modo que, a maioria das mulheres, 60,0% vivenciaram esse tipo de relação em comparação com 21,4% dos homens.

Tabela 14 - Distribuição dos participantes de acordo com apoio social de parentes adultos, nos 30 dias que antecederam a pesquisa, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
<i>Últimos 30 dias e referente a parentes adultos</i>		n	%	n	%	n	%	
Precisou de ajuda e pode contar	Não	10	26,3	22	16,5	32	18,7	0,17
	Sim	28	73,7	111	83,5	139	81,3	
Falou sobre sentimentos ou problemas	Não	24	63,2	89	66,9	113	66,1	0,66
	Sim	14	36,8	44	33,1	58	33,9	
Teve problema de relacionamento	Não	23	60,5	100	75,2	123	71,9	0,07
	Sim	15	39,5	33	24,8	48	28,1	
Teve qualquer discussão	Não	21	55,3	96	72,2	117	68,4	0,04
	Sim	17	44,7	37	27,8	54	31,6	

¹ Teste Qui-quadrado

Nota-se que, sobre a rede de apoio social relativo ao âmbito familiar, 81,3% dos entrevistados afirmaram poder contar com a ajuda de parentes. Para falar sobre sentimentos e problemas apenas 33,9% respondeu afirmativamente e 28,1% referiram ter vivenciado problemas de relacionamento, sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Contudo, 31,6% dos entrevistados pontuaram ter tido qualquer discussão, sendo quase a metade das mulheres 44,7%, seguidas de 27,8% dos homens ($p = 0,04$).

Tabela 15 - Distribuição dos participantes de acordo com o apoio social de amigos (as), nos 30 dias que antecederam a pesquisa, (n=171)

Variável	Mulher		Homem		Total		p ¹	
Últimos 30 dias, sobre seus (as) amigos (as) íntimos (as)								
	n	%	n	%	n	%		
Teve verdadeiros (as)	Não	26	68,4	57	42,9	83	48,5	0,005
	Sim	12	31,6	76	57,1	88	51,5	
Falou sobre sentimentos ou problemas	Não	5	41,7	45	59,2	50	56,8	0,25
	Sim	7	58,3	31	40,8	38	43,2	
Teve problema de relacionamento	Não	12	100	68	89,5	80	90,9	-
	Sim	0	0,0	8	10,5	8	9,1	
Teve qualquer discussão	Não	12	100	66	86,8	78	88,6	-
	Sim	0	0,0	10	13,2	10	11,4	
Tem problema atual com o uso de álcool ou drogas	Não	10	83,3	38	50,0	48	54,5	0,03
	Sim	2	16,7	38	50,0	40	45,5	
Você precisou de ajuda e pode contar	Não	2	16,7	13	17,1	15	17,1	0,97
	Sim	10	83,3	63	82,9	73	82,9	

¹ Teste Qui-quadrado

Na presente análise, contata-se que ter amigos verdadeiros foi relatado por 51,7% dos entrevistados, em sua maioria homens (57,1%), e em menor parte as mulheres (31,6%) e os mesmos apresentarem problemas atuais com uso de álcool e outras drogas (45,5%), sendo metade dos amigos (as) dos homens 50,0% e 16,7% das mulheres, apresentando diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p=0,005$ e $0,03$) respectivamente. Nas demais variáveis investigadas, falar sobre sentimentos e problemas 43,2%, não ter tido nenhum problema de relacionamento (90,9%), não ter vivenciado qualquer discussão (88,6%), bem como, em caso de necessidade poder contar com os amigos (82,9%) da amostra, não existiu diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Tabela 16 - Distribuição dos participantes de acordo com crença, religião, habilidades sociais e satisfação com as mesmas na vida e nos 30 dias que antecederam a pesquisa, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
		n	%	n	%	n	%	
Religião	Não possui e não crê em Deus	0	0,0	2	1,5	2	1,2	-
	Não possui, mas crê em Deus	6	15,8	20	15,0	26	15,2	
	Possui e crê em Deus	32	84,2	111	83,5	143	83,6	
Sente dificuldade em falar sobre seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas								
	Não	14	36,8	42	31,6	56	32,7	0,54
	Sim	24	63,2	91	68,4	115	67,3	
Sente-se nervoso (a) ou desconfortável quando está com outras pessoas								
	Não	24	63,2	86	64,7	110	64,3	0,86
	Sim	14	36,8	47	35,3	61	35,7	
Últimos 30 dias								
² Morou com alguém com problemas atuais com álcool e/ou drogas								
	Não	20	58,8	90	75,3	110	75,3	0,01
	Sim	14	41,2	22	24,7	36	24,7	
Frequentou atividades religiosas								
	Não	19	50,0	63	47,4	82	47,9	0,77
	Sim	19	50,0	70	52,6	89	52,1	
Sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar seu tempo livre								
	Não	11	28,9	48	36,1	59	34,5	0,41
	Sim	27	71,1	85	63,9	112	65,5	
Quão satisfeito (a) está com a forma com que aproveita seu tempo livre								
	Nada, levemente ou moderadamente	18	47,4	53	39,8	71	41,5	0,40
	Consideravelmente ou extremamente	20	52,6	80	60,2	100	58,5	
Quão satisfeito está com seus relacionamentos com adultos								
	Nada, levemente ou moderadamente	12	31,6	29	21,8	41	24,0	0,21
	Consideravelmente ou extremamente	26	68,4	104	78,2	130	76,0	
Quão preocupado (a) ou incomodado (a) está com quaisquer problemas com seus relacionamentos com adultos								
	Nada, levemente ou moderadamente	19	50,0	80	60,1	99	57,9	0,26
	Consideravelmente ou extremamente	19	50,0	53	39,9	72	42,1	

¹ Teste Qui-quadrado

² A somatória dos sujeitos, dizem respeito aos que responderam a questão, não totalizando os 171 participantes da pesquisa

A maioria dos sujeitos (83,6%) afirmou possuir uma religião e crer em Deus, sendo percentuais muito próximos entre homens, 84,2% e mulheres, 83,5%, afirmou também ter frequentado alguma atividade religiosa, nos 30 dias que antecederam a pesquisa (52,1%). A maior parte dos entrevistados relatou sentir dificuldades em falar sobre seus sentimentos e problemas, 67,3%, sendo 68,4% dos homens e 63,2% das mulheres, relatou ainda não sentir-se nervoso (a) ou desconfortável (64,3%) na presença de outras pessoas, sendo 64,7% dos homens e 63,2% das mulheres e, sentir-se chateado e com dificuldades para aproveitar o tempo livre (65,5%), entre mulheres 71,1% e 63,9% dos homens, em nenhuma dessas análises constatou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

A diferença estatisticamente significativa entre sexos ($p=0,01$) foi constatada na variável: terem residido com alguém com problemas atuais com álcool e/ou drogas, por 41,2% das mulheres e 24,7% dos homens.

O maior percentual dos entrevistados pontuou estar considerável ou extremamente satisfeito com a maneira que aproveita o tempo livre (58,5%) e com seus relacionamentos com adultos (76,0%). Sobre a preocupação e/ou incomodo com quaisquer problemas de relacionamentos, a maior parte 57,9%, relatou não ter experimentado ou ter experimentado de maneira leve ou moderada esses sentimentos, nos 30 dias que antecederam a pesquisa, diferenças estatisticamente significativas não foram encontradas.

Tabela 17 - Distribuição dos participantes de acordo com possuir filhos e a situação legal perante os mesmos, (n=171)

Variável		Mulher		Homem		Total		p ¹
		n	%	n	%	n	%	
Possui filhos afastados judicialmente	Não	16	66,7	53	91,4	69	84,2	0,005
	Sim	8	33,3	5	8,6	13	15,8	
Foi investigado (a) ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar	Não	22	57,9	121	90,9	143	83,6	<0,001
	Sim	16	42,1	12	9,1	28	16,4	
Teve algum filho (a) retirado de casa pelo Conselho Tutelar	Não	7	43,7	6	50,0	13	46,4	0,74
	Sim	9	56,3	6	50,0	15	53,6	
Alguma vez seu pátrio poder foi suspenso	Não	6	37,5	7	58,3	13	46,4	0,27
	Sim	10	62,5	5	41,7	15	53,6	

¹ Teste Qui-quadrado

Entre os entrevistados, 15,8% relataram possuir filhos afastados judicialmente, sendo o maior percentual entre as mulheres (33,3%) quando comparado aos homens (8,6%). Do mesmo modo, 16,4% relatou ainda, ter sido investigado (a) pelo Conselho Tutelar, destacando-se a maior porcentagem também mulheres (42,1%) quando comparadas aos homens (9,1%). Em ambas variáveis, observou-se diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p=0,005$ e $p<0,001$), respectivamente. Nas demais variáveis investigadas, 53,6% tiveram algum (a) filho (a) retirado de casa pelo Conselho Tutelar e a mesma porcentagem, relatou ter tido, alguma vez, seu pátrio poder suspenso, porém sem diferenças estatisticamente significativas constatadas.

Tabela 18 - Distribuição dos participantes de acordo as médias e intervalos de confiança identificados em cada escala aplicada (n=171)

Variável	Mulher		Homem		p ¹
<i>Escala Socrates</i> ²	Média	IC	Média	IC	
Reconhecimento do problema	29,8	28,2- 31,4	29,8	28,6- 30,9	0,98
Ação	34,1	31,6- 36,5	35,0	33,8-36,2	0,49
Ambivalência	15,4	14,2- 16,5	15,3	14,7-15,8	0,88
<i>Escala Urica</i> ³					
Pré-contemplação	14,3	12,3- 16,3	14,2	13,2- 15,2	0,88
Contemplação	23,0	21,3- 24,6	23,3	22,6- 24,0	0,67
Ação	25,4	24,1- 26,7	26,0	25,1- 27,0	0,46
Manutenção	23,0	21,0- 25,0	24,2	23,2- 25,2	0,25
Prontidão para mudança	57,1	52,2- 62,0	59,3	56,7- 62,0	0,41
<i>EAS</i> ⁴					
Material	12,0	10,4- 13,7	12,9	12,2- 13,7	0,28
Afetivo	9,4	8,1- 10,6	10,4	9,9- 10,9	0,05
Emocional	8,0	6,0- 9,9	11,0	10,1- 11,9	<0,001
Informação	10,0	8,4- 11,5	12,3	11,7- 13,0	<0,001
Interação social	9,9	8,0- 11,9	11,3	10,4- 12,1	0,18
<i>ASI</i> ⁵					
Médica	0,47	0,33-0,61	0,34	0,27-0,41	0,03
Emprego	0,46	0,28-0,65	0,23	0,12-0,34	0,04
Álcool	0,45	0,35-0,55	0,49	0,44-0,55	0,40
Drogas	0,18	0,13-0,23	0,15	0,12-0,17	0,24
Problemas Legais	0,12	0,05-0,19	0,12	0,08-0,16	0,97
Apoio social	0,30	0,21-0,39	0,25	0,21-0,30	0,35
Sintomas Psíquicos	0,46	0,28-0,65	0,22	0,12-0,34	0,04

¹ T teste

² Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

³ Escala University Rhode Island Change Assessment

⁴ Escala de Apoio Social

⁵ Escala de Gravidade de Dependência

Observa-se que nas Escala Socrates e Urica, bem como em cada uma das subescalas, não houve diferenças entre as médias de pontuação dos homens e mulheres.

O escore da Escala de Apoio Social foi de 1 a 72, com média de 53,2 (desvio padrão de 17) e mediana de 58. Nota-se que as diferenças de pontuações médias nas subescalas afetivo (10,4 homens e 9,4 mulheres), emocional (11,0 homens e 8,0 mulheres) e informação (12,3 homens e 10,0 mulheres) mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

Na aplicação da escala ASI, em algumas subescalas as mulheres apresentaram maiores médias de pontuação do que os homens, tais como: Médica ($p=0,03$), Emprego ($p= 0,04$), e Sintomas Psíquicos ($p= 0,04$).

7.2. Análise Univariada

Na análise univariada avaliou-se a associação de adesão com cada uma das variáveis pesquisadas e apontadas na literatura como potencialmente associadas com permanência no tratamento.

Tabela 19 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo características sócio demográficas dos participantes, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
		n	%	n	%	
Sexo	Mulher	19	50,0	19	50,0	0,97
	Homem	67	50,4	66	49,6	
Idade ² (em anos)	18-31	25	46,3	29	53,7	0,66
	32-39	23	48,9	24	51,1	
	40-66	38	54,3	32	45,7	
Escolaridade	Até Fundamental incompleto	36	53,7	31	46,3	0,11
	Fundamental completo até ensino médio	37	43,5	48	56,5	
	Técnico ou mais	13	68,4	6	31,6	
Estado civil	Casado ou União estável	31	48,4	33	51,6	0,92
	Solteiro	45	51,7	42	48,3	
	Viúvo ou Divorciado	10	50	10	50	
Situação laboral	Autônomo/ empregado (formal/informalmente)	37	54,4	31	45,6	-
	Cuidando do lar	1	100,0	0	0,0	
	Estudante	1	100,0	0	0,0	
	Desempregado/afastado	44	45,3	53	54,7	
	Aposentado (invalidez ou tempo de serviço)	3	75,0	1	25,0	
Renda <i>per capita</i>	0- 500 reais	39	52,7	35	47,3	0,68
	501 reais ou mais	43	49,4	44	50,6	
Meio de transporte para o CAPS	A pé ou bicicleta	13	43,3	17	56,7	0,60
	Carro/ moto de outros (carona)	10	45,4	12	54,6	
	Carro/moto transporte de pessoas (uber/ táxi)	1	25,0	3	75	
	Carro/ moto próprio	17	58,6	12	41,4	
	Transporte público	45	52,3	41	47,7	

Observa-se que nenhuma das variáveis sócio demográficas, como: sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação laboral, renda *per capita* ou o meio de transporte utilizado para locomoção até o serviço de saúde, associou-se ao desfecho.

Tabela 20 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo comorbidades e auto avaliação em saúde, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
		n	%	n	%	
Número de comorbidades	0	34	42,0	47	58,0	0,07
	1	27	56,2	21	43,8	
	2 ou mais	25	62,5	15	37,5	
Auto avaliação da saúde física	Excelente	8	50,0	8	50,0	0,56
	Muito boa	9	47,4	10	52,6	
	Boa	28	44,4	35	55,6	
	Razoável	29	52,7	26	47,3	
	Ruim	12	66,7	6	33,3	

Avaliou-se a associação do número de comorbidades e auto avaliação da saúde física com a adesão ao tratamento. Observa-se que os indivíduos que tinham duas ou mais comorbidades (62,5%) aderiram mais, quando comparado aos que tinham apenas uma (56,2%) ou nenhuma (42,0%), porém, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,07$).

Tabela 21 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo características do uso de álcool, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
		n	%	n	%	
Por quantos anos bebeu três ou mais vezes por semana (em anos)	0	16	51,6	15	48,4	0,48
	1-10	27	44,3	34	55,7	
	11 ou mais	43	54,4	36	45,6	
Quanto anos bebeu (padrão "binge"), três ou mais dias por semana (em anos)	0	4	50,0	4	50,0	0,46
	1-10	25	43,9	32	56,1	
	11 ou mais	41	54,7	34	45,3	
Idade que experimentou e sentiu efeitos do álcool (em anos)	0-13	32	54,2	27	45,8	0,60
	14-17	35	46,1	41	53,9	
	17 ou mais	19	52,8	17	47,2	
Frequência de consumo, no mês que mais bebeu (últimos 6 meses)	Sem uso	6	40,0	9	60,0	0,58
	1-3 vezes por mês	6	35,3	11	64,7	
	1-2 vezes por semana	8	50,0	8	50,0	
	3-6 vezes por semana	17	56,7	13	43,3	
	Diariamente	49	52,7	44	47,3	
Consumo diário nos últimos 30 dias. (em dias)	0	22	55,0	18	45,0	0,78
	1-7	23	50,0	23	50,0	
	8-30	41	48,2	44	51,8	
Há quantos dias consumiu álcool pela última vez	0	1	33,3	2	66,7	0,83
	1-7	41	50,0	41	50,0	
	8-30	22	47,8	24	52,2	
Consumo diário com padrão "binge" (últimos 30 dias).	0	6	42,9	8	57,1	0,42
	1-7	24	57,1	18	42,9	
	8-30	34	45,3	41	54,7	

Observa-se que, na amostra, o número de anos que consumiram, frequência semanal, quantidade diária, idade em que experimentaram ou número de dias abstêmios de bebidas alcoólicas, foram variáveis que não apresentaram associação com a adesão ao tratamento.

Tabela 22 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo sintomas, problemas vivenciados, variáveis motivacionais relacionadas ao tratamento e a abstinência do uso de álcool, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
Últimos 30 dias		n	%	n	%	
Teve sintomas de abstinência	Não	22	43,1	29	56,9	0,30
	Sim	42	52,5	38	47,5	
Teve alguma dificuldade em controlar, diminuir, parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo	Não	12	38,7	18	61,3	0,20
	Sim	52	52,0	48	48,0	
Devido ao álcool, teve algum problema (médico, psicológico, no emprego, escola, em casa ou com a lei)	Não	13	50,0	13	50,0	0,90
	Sim	51	48,6	54	51,4	
Foi incomodado (a) por fissuras ou desejo intenso de beber	Não	33	44,6	41	55,4	0,19
	Sim	53	54,6	44	45,4	
Quão preocupado (a) ou incomodado (a) você tem estado com seus problemas com álcool	Nada, levemente ou moderadamente	11	45,8	13	54,2	0,50
	Consideravelmente ou extremamente	54	53,5	47	46,5	
Quão importante é, neste momento, o tratamento para seu uso de álcool	Nada, levemente ou moderadamente	19	40,4	28	59,6	0,11
	Consideravelmente ou extremamente	67	54,0	57	46,0	
Quão importante é para você alcançar e manter a abstinência total do álcool	Nada, levemente ou moderadamente	16	43,2	21	56,8	0,33
	Consideravelmente ou extremamente	70	52,2	64	47,8	

As variáveis, sintomas de abstinência, dificuldade em controlar, problemas causados e preocupação pelo uso de álcool, desejo intenso de beber e a importância do tratamento e da abstinência total não apresentaram associação com a adesão ao tratamento.

Tabela 23 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo os tipos de drogas utilizadas, nos trinta dias anteriores à coleta, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
<i>Nos últimos 30 dias, usou:</i>		n	%	n	%	
Maconha	Não	66	55,0	54	45,0	0,06
	Sim	20	39,2	31	60,8	
Sedativos	Não	81	52,6	73	47,4	0,07
	Sim	5	29,4	12	70,6	
Cocaína	Não	74	50,7	72	49,3	0,80
	Sim	12	48,0	13	52,0	
Crack	Não	72	56,2	56	43,8	0,007
	Sim	14	32,6	29	67,4	
Tabaco	Não	26	54,2	22	45,8	0,52
	Sim	60	48,8	63	51,2	

Dentre as substâncias utilizadas, observa-se relação entre a prevalência dos sujeitos que utilizaram crack nos 30 dias anteriores a coleta de dados (67,4%) e a desistência do tratamento, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p=0,007$). Essa substância foi selecionada para posterior análise multivariada.

Tabela 24 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo características (tempo, frequência, padrão e tempo de recaída) do uso de drogas ilícitas, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
		n	%	n	%	
Por quantos anos utilizou drogas ilícitas, três ou mais vezes por semana (em anos)	0	1	100,0	0	0,0	-
	1-10	16	40,0	24	60,0	
	11 ou mais	35	47,3	39	52,7	
Frequência de consumo, no mês que mais usou drogas nos (últimos 6 meses)	Sem uso	9	56,2	7	43,8	0,53
	1-3 vezes por mês	5	41,7	7	58,3	
	1-2 vezes por semana	6	66,7	3	33,3	
	3-6 vezes por semana	5	45,4	6	54,6	
	Diariamente	27	40,3	40	59,7	
Consumo diário nos últimos 30 dias (em dias)	0	20	58,8	14	41,3	0,16
	1-7	11	39,3	17	60,8	
	8-30	21	39,2	32	60,6	
Há quantos dias consumiu droga pela última vez	Nenhum	6	54,5	5	45,5	0,10
	1-7	17	33,3	34	66,7	
	8-30	13	48,1	14	51,9	
	Há mais de 1 mês	16	61,5	10	38,5	
Após iniciar o uso, já se manteve abstinente, de álcool e drogas, por um período mínimo de um ano	Não	28	43,1	37	56,9	0,68
	Sim	23	46,9	26	53,1	

Nota-se que o tempo de uso, frequência, consumo diário, número de dias abstêmios das drogas, período mínimo de um ano sem consumir álcool e/ou drogas, consumo diário nos últimos 30 dias e o número de dias abstêmios de drogas não estão estatisticamente associados de maneira significativa com a adesão ao tratamento.

Tabela 25 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo sintomas, problemas vivenciados, variáveis motivacionais relacionadas ao tratamento e a abstinência do uso de drogas ilícitas, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
Nos últimos 30 dias		n	%	n	%	
Teve sintomas de abstinência	Não	19	46,3	22	53,7	0,89
	Sim	32	45,1	39	54,9	
Teve dificuldade em controlar, diminuir, parar com as drogas ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se ou tentando obter drogas?	Não	16	44,4	20	55,6	0,87
	Sim	35	46,1	41	53,9	
Devido ao uso de drogas, teve algum problema (médico, psicológico, no emprego, escola, em casa ou com a lei)	Não	13	48,2	14	51,8	0,75
	Sim	38	44,7	47	55,3	
Foi incomodado (a) por fissuras ou desejo intenso de usar drogas?	Não	17	47,2	19	52,8	0,80
	Sim	34	44,7	42	55,3	
Quão preocupado (a) ou incomodado (a) você tem estado com seus problemas com drogas	Nada, levemente ou moderadamente	4	57,1	3	42,9	0,44
	Consideravelmente ou extremamente	35	42,2	48	57,8	
Quão importante é, neste momento, o tratamento para seu uso de drogas	Nada, levemente ou moderadamente	11	47,8	12	52,2	0,77
	Consideravelmente ou extremamente	40	44,4	50	55,6	
Quão importante é para você alcançar e manter a abstinência total das drogas	Nada, levemente ou moderadamente	9	50,0	9	50,0	0,61
	Consideravelmente ou extremamente	42	44,2	53	55,8	

As variáveis, relacionadas com o uso de drogas ilícitas: sintomas de abstinência, dificuldade em controlar, problemas decorrentes, sentimentos de preocupação e desejo do uso, nos 30 dias que antecederam a coleta, bem como a importância do tratamento e da abstinência não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os sujeitos que aderiram ou não ao tratamento.

Tabela 26 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo histórico prisional, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
		n	%	n	%	
Na sua vida inteira, já foi preso (a)	Não	66	55,5	53	44,5	0,04
	Sim	20	38,5	32	61,5	
Antes dos 18 anos, foi preso (a) ou detido (a) em centros de detenções ou instituições para menores infratores	Não	53	53,0	47	47,0	0,40
	Sim	33	46,5	38	53,5	

Ao investigar a prevalência do histórico prisional na vida e quando menores de 18 anos, contatou-se que, ter sido preso em algum momento teve associação estatisticamente significativa ($p=0,04$) com a não adesão, sendo que 61,5% dos sujeitos que haviam sido presos desistiram do tratamento. Já a variável prisão ou detenção em idade inferior aos 18 anos, não associou-se ao desfecho.

Tabela 27 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo situações aversivas (agressões físicas, sexuais e traumas) vivenciadas, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
		n	%	n	%	
Foi fisicamente agredido (a) ou abusado (a) por alguém que conhecia	Não	34	49,3	35	50,7	0,83
	Sim	52	51,0	50	49,0	
Foi agredido (a) sexualmente por alguém	Não	74	50,7	72	49,3	0,80
	Sim	12	48,0	13	52,0	
Esteve em situação de risco de vida (ex. acidente grave, incêndio)	Não	52	48,1	56	51,9	0,46
	Sim	34	54,0	29	46,0	
Viu alguém sendo morto, espancado ou muito ferido	Não	51	51,5	48	48,5	0,64
	Sim	34	47,9	37	52,1	
Quão preocupado (a) está (últimos 30 dias) com os sentimentos e pensamentos relacionados a esses eventos	Nada, levemente ou moderadamente	34	49,3	35	50,7	0,80
	Consideravelmente ou extremamente	38	51,3	36	48,7	

Situações aversivas vivenciadas pelos participantes foram investigadas, tais como: agressões física e sexual, situação de risco de vida, presenciar alguém ser morto ou muito ferido, bem como os sentimentos experimentados, nos 30 dias anteriores a coleta, observa-se que nenhum desses aspectos associou-se à adesão ao tratamento.

Tabela 28 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo sintomas psíquicos, experimentados nos 30 dias anteriores a coleta, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
Últimos 30 dias		n	%	n	%	
Teve dificuldade para dormir, manter o sono ou acordou muito cedo	Não	31	47,7	34	52,3	0,59
	Sim	55	51,9	51	48,1	
Sentiu-se deprimido (a) (quase todos os dias por duas ou mais semanas)	Não	50	47,6	55	52,4	0,38
	Sim	36	54,5	30	45,5	
Sentiu-se ansioso (a) (quase todos os dias por duas ou mais semanas)	Não	24	53,3	21	46,7	0,63
	Sim	62	49,2	64	50,8	
Teve alucinações	Não	66	53,2	58	46,8	0,21
	Sim	20	42,5	27	57,5	
Teve dificuldades para pensar, compreender ou lembrar te causando problemas	Não	47	44,3	59	55,7	0,05
	Sim	39	60,0	26	40,0	
Teve dificuldades de controlar seus impulsos de bater em alguém	Não	61	50,0	61	50,0	0,90
	Sim	25	51,1	24	48,9	
Empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém (desde os 18 anos)	Não	65	49,2	67	50,8	0,61
	Sim	21	53,8	18	46,2	
Teve pensamentos sobre suicídio	Não	64	50,4	63	49,6	0,96
	Sim	22	50,0	22	50,0	
Tentou suicídio	Não	81	51,6	76	48,4	0,25
	Sim	5	35,7	9	64,3	
Quão preocupado (a) está com esses problemas psicológicos	Nada, levemente ou moderadamente	20	57,1	15	42,9	0,33
	Consideravelmente ou extremamente	52	47,7	57	52,3	

De todos os sintomas psíquicos investigados, apenas, “ter tido dificuldades para pensar, compreender ou lembrar a ponto de ter problemas”, associou-se com o desfecho. Na amostra, 60,0% dos que referiram este sintoma aderiram ao tratamento (p=0,05).

Tabela 29 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo origem do encaminhamento para o CAPS-AD e histórico de tratamentos psicológicos ou psíquicos (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
		n	%	n	%	
Origem do encaminhamento	Vontade própria	6	30,0	14	70,0	0,09
	Profissional de saúde ou social	63	57,8	43	42,2	
	Família ou amigos	8	34,8	15	65,2	
	Chefe	2	50,0	2	50,0	
	Judicial ou Conselho tutelar	7	46,7	8	53,3	
Quantas consultas ambulatoriais teve (na vida) para problemas psicológicos ou psiquiátricos	Nenhuma	22	57,9	16	42,1	0,26
	1 a 5 sessões	32	41,6	45	58,4	
	6 a 25 sessões	11	52,4	10	47,6	
	26-50 sessões	9	69,2	4	30,8	
	50 sessões ou mais	12	54,5	10	45,5	

A origem do encaminhamento não apresentou associação estatisticamente significativa ($p=0,09$) com a adesão, embora a adesão tenha sido de 57,8% no grupo dos encaminhados por profissionais de saúde ou sociais. A variável número de consultas psicológicas ou psiquiátricas, não apontou diferença estatisticamente significativa entre os sujeitos que aderiram ou não ao tratamento atual.

A variável formação profissional da equipe de tratamento também foi investigada, os 23 profissionais que atuam no CAPS-AD foram agrupados em profissionais de nível universitário e não-universitário, com o objetivo de identificar associação entre a formação do técnico de referência e o desfecho, porém não constatou-se associação.

Tabela 30 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo envolvimento afetivo, sexual e apoio social de parceiros (as) com problemas por uso de álcool ou drogas, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
		n	%	n	%	
¹ Teve qualquer forma de relação sexual (últimos 6 meses)	Não	50	53,8	43	46,2	0,36
	Sim	35	46,7	40	53,3	
Teve relação amorosa ou sexual (últimos 30 dias)	Não	31	50,0	31	50,0	0,95
	Sim	55	50,5	54	49,5	
¹ Seu (a) parceiro (a) afetivo (a) tem problema atual com o uso de álcool ou drogas	Não	38	50,0	38	50,0	0,88
	Sim	17	51,5	16	48,5	
Precisou (últimos 30 dias) de ajuda e pode contar com parceiro (a) afetivo (a)	Não	13	48,1	14	51,9	0,78
	Sim	42	51,2	40	48,8	

¹A somatória dos sujeitos, dizem respeito aos que responderam a questão, não totalizando os 171 da pesquisa

Ter mantido relações amorosas ou sexuais, 6 meses ou 30 dias anteriores a coleta de dados, ter um parceiro (a) com problemas atuais pelo uso de álcool e/ou drogas e ter podido contar com este (a) em caso de necessidade, foram variáveis que não tiveram associação com a adesão.

Tabela 31 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo apoio social de parentes adultos, nos 30 dias que antecederam a pesquisa, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
Últimos 30 dias, com parentes adultos		n	%	n	%	
Precisou de ajuda e pode contar	Não	17	53,1	15	46,9	0,72
	Sim	69	49,6	70	50,4	
Falou sobre sentimentos ou problemas	Não	56	49,6	57	50,4	0,79
	Sim	30	51,7	28	48,3	
Teve problema de relacionamento	Não	66	53,7	57	46,3	0,16
	Sim	20	41,7	28	58,3	
Teve qualquer discussão	Não	63	53,8	54	46,2	0,17
	Sim	23	42,6	31	57,4	

O apoio social, nos 30 dias anteriores a pesquisa e relativo aos parentes adultos, aponta que, tanto poder contar com a ajuda, falar sobre sentimentos e problemas, ter tido problemas de relacionamento quanto discussões, não foram associadas a adesão ao tratamento.

Tabela 32 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo apoio social de amigos (as), nos 30 dias que antecederam a pesquisa, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
<i>Últimos 30 dias, sobre seus (as) amigos (as) íntimos (as)</i>		n	%	n	%	
Teve verdadeiros (as)	Não	38	45,8	45	54,2	0,25
	Sim	48	54,5	40	45,5	
Falou sobre sentimentos ou problemas	Não	27	54,0	23	46,0	0,90
	Sim	21	55,3	17	44,7	
Teve problema de relacionamento	Não	43	53,7	37	46,3	0,64
	Sim	5	62,5	3	37,5	
Teve qualquer discussão	Não	41	52,6	37	47,4	0,30
	Sim	7	70,0	3	30,0	
Tem problema atual com o uso de álcool ou drogas	Não	29	60,4	19	39,6	0,23
	Sim	19	47,5	21	52,5	
Você precisou de ajuda e pode contar	Não	7	46,7	8	53,3	0,50
	Sim	41	56,2	32	43,8	

Pode-se constatar que, aspectos da rede de apoio social por partes de amigos (as) íntimos (as), como: ter verdadeiros, falar sobre sentimentos e problemas, ter problemas de relacionamento e discussões, poder contar com os mesmos e estes possuírem problemas atuais com álcool ou drogas, não tiveram associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento.

Tabela 33 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo crença, religião, habilidades sociais e satisfação com as mesmas na vida e nos 30 dias que antecederam a pesquisa, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
		n	%	n	%	
Religião	Não possui e não crê em Deus	0	0,0	2	100,0	0,34
	Não possui, mas crê em Deus	14	53,8	12	46,2	
	Possui e crê em Deus	72	50,4	71	49,6	
Sente dificuldade em falar sobre seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas	Não	27	48,2	29	51,8	0,70
	Sim	59	51,3	56	48,7	
Sente-se nervoso (a) ou desconfortável quando está com outras pessoas	Não	58	52,7	52	47,3	0,39
	Sim	28	45,9	33	54,1	
Últimos 30 dias						
¹ Morou com alguém com problemas atuais com álcool e/ou drogas	Não	59	53,6	51	46,4	0,34
	Sim	16	44,4	20	55,6	
Frequentou atividades religiosas	Não	36	43,9	46	56,1	0,11
	Sim	50	56,2	39	43,8	
Sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar seu tempo livre	Não	29	49,2	30	50,8	0,83
	Sim	57	50,9	55	49,1	
Quão satisfeito (a) está com a forma com que aproveita seu tempo livre	Nada, levemente ou moderadamente	36	50,7	35	49,3	0,93
	Consideravelmente ou extremamente	50	50,0	50	50,0	
Quão satisfeito está com seus relacionamentos com adultos	Nada, levemente ou moderadamente	18	43,9	23	56,1	0,34
	Consideravelmente ou extremamente	68	52,3	62	47,7	
Quão preocupado (a) ou incomodado (a) está com quaisquer problemas com seus relacionamentos com adultos	Nada, levemente ou moderadamente	57	57,6	42	42,4	0,03
	Consideravelmente ou extremamente	29	40,3	43	59,7	

¹ A somatória dos sujeitos, dizem respeito aos que responderam a questão, não totalizando os 171 da pesquisa.

Na tabela 33, é avaliada a associação entre crer em Deus e ter/ frequentar um religião, ter dificuldade em falar de sentimentos e problemas, sentir-se nervoso (a) na presença de

outras pessoas, ter dificuldade para aproveitar o tempo livre, morar com alguém com problemas com álcool ou drogas, satisfação com o como aproveita o tempo livre e os relacionamentos com pessoas adultas em relação a adesão. Apenas no item “Quão preocupado (a) ou incomodado (a) está com quaisquer problemas com seus relacionamentos com adultos”, houve associação estatisticamente significativa com adesão, de modo que os sujeitos mais preocupados aderiram menos ($p=0,03$).

Tabela 34 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo possuir filhos e a situação legal perante os mesmos, (n=171)

Variável		Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p
		n	%	n	%	
Possui filhos afastados judicialmente	Não	35	50,7	34	49,3	0,84
	Sim	7	53,8	6	46,2	
Foi investigado (a) ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar	Não	68	47,5	75	52,5	0,10
	Sim	18	64,3	10	35,7	
Teve algum filho (a) retirado de casa pelo Conselho Tutelar	Não	10	76,9	3	23,1	0,19
	Sim	8	53,3	7	46,7	
Alguma vez seu pátrio poder foi suspenso	Não	10	76,9	3	23,1	0,19
	Sim	8	53,3	7	46,7	

Não observou-se associação entre maior prevalência dos sujeitos da amostra que possuíam filhos afastados judicialmente ou que já haviam sido investigados pelo conselho tutelar, que tiveram algum (a) filho (a) retirado de casa pelo mesmo ou em algum momento de suas vidas tiveram o pátrio poder suspenso e a adesão ao tratamento.

Tabela 35 - Prevalência de adesão ao tratamento segundo as médias e intervalos de confiança identificados em cada escala aplicada, (n=171)

Variável	Ficou 3 meses ou mais		Desistiu até 3 meses		p ¹
<i>Escala Socrates</i> ²	Média	IC	Média	IC	
Reconhecimento do problema	30,3	29,2- 31,5	29,1	27,6- 30,7	0,23
Ação	35,4	33,9- 36,9	34,2	32,7- 35,8	0,29
Ambivalência	15,6	14,9- 16,2	15	14,8- 15,8	0,26
<i>Escala Urica</i> ³					
Pré-contemplação	14,3	12,8- 15,8	14,1	13,0- 15,2	0,87
Contemplação	24,0	23,1- 25,0	22,6	21,7- 23,5	0,03
Ação	26,2	25,0- 27,3	25,7	24,6- 26,7	0,53
Manutenção	24,0	22,7- 25,3	23,8	22,6- 25,1	0,84
Prontidão para mudança	59,8	56,1- 63,5	58	54,9- 61,1	0,44
<i>EAS</i> ⁴					
Material	12,7	11,7- 13,7	12,7	11,8- 13,7	0,95
Afetivo	10,2	9,6- 10,8	10,2	9,5- 10,7	0,99
Emocional	10,6	9,4- 11,8	10,1	8,9- 11,2	0,52
Informação	12,0	11,2- 12,8	11,6	10,6- 12,3	0,45
Interação social	11,0	9,9- 12,1	10,9	9,7- 12,1	0,92
<i>ASI</i> ⁵					
Médica	0,39	0,30-0,47	0,35	0,26-0,44	0,54
Emprego	0,24	0,10-0,38	0,32	0,19-0,45	0,41
Álcool	0,49	0,43-0,55	0,48	0,41-0,55	0,84
Drogas	0,13	0,10-0,17	0,18	0,14-0,21	0,03
Problemas Legais	0,11	0,06-0,16	0,13	0,08-0,18	0,55
Apoio social	0,23	0,17-0,29	0,30	0,24-0,36	0,05
Sintomas Psíquicos	0,42	0,37-0,48	0,41	0,36-0,47	0,78

¹ T teste

² Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

³ Escala University Rhode Island Change Assessment

⁴ Escala de Apoio Social

⁵ Escala de Gravidade de Dependência

Na Escala Urica, subescala contemplação, constatou-se que os indivíduos que atingiram maiores médias de pontuação (24,0), diferiram dos que obtiveram menores médias (22,6) de modo que, quem mais pontuou teve maior adesão, (p=0,03).

Na Escala ASI, as subescalas drogas (p=0,03) e apoio social (p= 0,05) demonstraram diferenças entre quem aderiu e não aderiu.

Nas Escalas Socrates e de Apoio Social, bem como em todas demais subescalas da Urica e ASI, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias de pontuação e o desfecho aqui investigado.

7.3. Análise Multivariada

Tabela 36 - Odds ratio brutos, ajustados e respectivos intervalos de confiança para variáveis que permaneceram no modelo final de Regressão Logística para o desfecho adesão ao tratamento, pelo período mínimo de 3 meses, (n=171)

Variável		OR bruto		OR ajustado*		p
		OR	IC	OR	IC	
Sexo	Feminino	Referência	-	-	-	-
	Masculino	0,98	0,48- 2,02	0,96	0,45- 2,08	0,93
Renda <i>per capita</i>		1,00	0,99- 1,00	1,00	0,99-1,00	0,76
Comorbidades	Nenhuma	Referência	-	-	-	-
	Uma	0,56	0,27- 1,15	0,60	0,28- 1,27	0,18
	Duas ou mais	0,43	0,20- 0,94	0,42	0,19- 0,94	0,037
Teve dificuldades para pensar, compreender ou lembrar te causando problemas (últimos 30 dias)	Não	Referência	-	-	-	-
	Sim	0,53	0,28- 0,99	0,51	0,26- 0,99	0,046
Uso de crack (últimos 30 dias)	Não	Referência	-	-	-	-
	Sim	2,66	1,29- 5,51	2,83	1,32- 6,05	0,007

Conforme mencionado em Método, foram incluídas no modelo, uma de cada vez, todas as variáveis com $p < 0,25$. Sendo essas: escolaridade ($p=0,11$); número de comorbidades físicas ($p=0,07$); dificuldade em controlar o consumo de álcool ($p=0,20$); incomodo pelo desejo intenso de beber ($p=0,19$); importância do tratamento atual para o uso de álcool ($p=0,11$); consumo de maconha ($p=0,06$), sedativos ($p=0,07$) e crack ($p=0,007$), nos 30 dias que antecederam a coleta de dados; frequência de uso ($p=0,16$) e dias abstinentes do consumo de substâncias ($p=0,10$); ter sido preso ($p=0,04$); ter tido alucinações ($p=0,21$) e ter dificuldade para pensar, concentrar-se, compreender ou lembrar das coisas a ponto de ocasionar problemas ($p=0,05$), nos 30 dias anteriores a entrevista; a origem do encaminhamento para o serviço de saúde ($p=0,09$); vivenciar problemas de relacionamento ($p=0,16$) ou discussões com parentes adultos ($p=0,17$), nos 30 dias anteriores a coleta de dados; Possuir amigos íntimos que tenham problema atual com álcool ou drogas ($p=0,23$); Sentir preocupação ou incomodo com qualquer problema de relacionamento com pessoas

adultas, nos 30 dias anteriores a entrevista ($p=0,11$); No mês antecedente a coleta, ter frequentado serviços ou atividades religiosas ($p=0,03$); Ter sido investigado pelo conselho tutelar ($p=0,10$) ou ter tido algum filho retirado de casa pelo mesmo ($p=0,19$), a suspensão do pátrio poder ($p=0,19$), o escore obtido na subescala contemplação da escala URICA ($p=0,03$) e os escores obtidos nas subescalas drogas ($p=0,03$) e apoio social ($p=0,05$) da escala ASI.

Ao final, apenas as variáveis número de comorbidades, ter referido dificuldade para pensar, concentrar-se, compreender ou lembrar-se das coisas a ponto de ocasionar problemas nos 30 dias que antecederam a coleta e o uso de crack, também 30 dias anteriores a coleta de dados, permaneceram no modelo. Foram ajustadas para sexo e renda *per capita* e mesmo assim, permaneceram associadas à adesão.

8. DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo se concentram em dois grandes grupos: as diferenças observadas entre homens e mulheres que compõem a amostra e os fatores associados à adesão. Ainda que o primeiro tópico não tenha sido objetivo original deste estudo, o achado merece ser discutido, pelas implicações para pesquisa e para organização da assistência aos portadores de transtornos por uso de substâncias. Para facilitar a leitura, a discussão está estruturada nestes dois grupos, terminando com as limitações e contribuições deste estudo.

8.1 Diferenças entre sexos

Observou-se neste estudo diferenças entre homens e mulheres, nos seguintes aspectos: estado civil, possuir relacionamentos afetivos e residir com parceiros (as) com problemas atuais por uso de substâncias, a idade de experimentação, padrão de consumo e frequência de uso de álcool e outras drogas.

A origem do encaminhamento para o CAPS-AD, suspensão de o pátrio poder e convivência com filhos (as), histórico criminal, prisional, de abuso físico e sexual, sintomas psíquicos, emissão de comportamentos violentos, frequência em consultas psiquiátricas ou psicológicas e a percepção do apoio social recebido, também foram diferentes entre os sexos masculino e feminino na presente amostra.

Especificidades relacionadas ao gênero masculino e feminino são foco de investigação de diferentes Ciências ao longo do desenvolvimento da humanidade. Identificar as variáveis biopsicossociais relacionadas ao uso de substâncias entre homens e mulheres, permite conhecer tal problemática e estruturar formas de prevenção e tratamento mais adequadas (SIMÃO, 2000; SILVA; LYRA, 2015).

Na presente amostra a maioria dos participantes eram homens e estavam solteiros como constatado em outros estudos nacionais realizados em CAPS-AD para investigar o perfil dos participantes de tratamento para o transtorno por uso de álcool e/ou outras drogas (MARINI, 2011; MONTEIRO, *et al.*, 2011; ARAÚJO *et al.*, FREITAS *et al.*, 2012; REIS, 2016). Segundo Meirelles *et al.*, (2015), este perfil majoritariamente identificado, coincide também com o perfil epidemiológico dos usuários de substâncias no Brasil.

A minoria das participantes eram mulheres e dentre estas a maior parte casada ou vivendo em um relacionamento estável. Mais da metade destas relatou vivenciar um relacionamento afetivo com um parceiro (a) que apresentava problemas atuais devido ao uso de álcool e/ou drogas, enquanto entre os homens menos de um quarto fez este relato. Nappo *et al.*, (2011) e Simão (2000), identificaram como uma variável contribuinte para iniciar e manter o uso de substâncias por mulheres, a utilização conjunta com pares afetivos.

Sobre a idade de início da utilização do álcool, os dados demonstram que, a maioria da amostra o fez com idade inferior aos 18 anos. Tais achados corroboram os dados identificados em estudo de Capistrano *et al.*, (2013). No Levantamento Nacional realizado no Brasil, a idade média do primeiro consumo, entre a população, foi também antes da maioridade legal, sendo entre os homens (15,7 anos) e entre as mulheres (17,1 anos) (BRASIL, 2017).

A fase da adolescência é demarcada por uma transição entre a infância e a idade adulta, nela a busca por autonomia influencia a emissão de comportamentos, não permitidos na infância e aceitos na idade adulta. Procura-se construir a identidade, e comportamentos como a experimentação de álcool ou drogas é comumente observado, estando associado a este processo de descoberta (SILVA; GOMES, 2019).

Outra variável possivelmente associada ao fenômeno da experimentação precoce são as práticas culturais. O uso de substâncias pelos seres humanos acontece desde os primórdios da humanidade e na atualidade é associada ao lazer e a socialização. Tratando-se especificamente do álcool que é, inclusive, legalmente permitido e socialmente aceito. Os adolescentes buscam identificação e aceitação grupal, o que também contribui para a iniciação no uso de substâncias mais cedo, quando o indivíduo objetiva fazer parte de um grupo social, em que os demais integrantes consomem álcool e/ou drogas (STARLING; GARCIA, 2016; PAIANO *et al.*, 2019).

De acordo com Starling e Garcia (2016), no início deste século, o álcool era comumente experimentado pela primeira vez entre 15 e 16 anos. Com o passar dos anos, citaram que 53% dos adolescentes iniciavam entre 10 e 12 anos. A iniciação precoce gera diferentes prejuízos para o desenvolvimento do indivíduo, tanto em aspectos biológicos, como psicológicos, familiar, social e ocupacional (CAPISTRANO *et al.*, 2013). É associada com altos níveis de impulsividade e agressividade, dificuldades escolares, comportamento sexual de risco, etc. (ALMEIDA; ROSSLER, 2014; CARDOSO; MALBERGIER, 2014; CRUZEIRO *et al.*, 2010).

A diferença no comportamento de consumo de álcool e drogas entre mulheres e homens, nos permite uma reflexão acerca das transformações que o papel social e laboral da mulher tem sofrido na atualidade. Para Bento (2011), está cada vez mais distante a ideologia de que o lugar da mulher é “em casa”. Contudo, para Ribeiro e Jesus (2016) as mulheres, ainda sofrem o estigma histórico na área profissional, pois apesar de nos dias de hoje, apresentarem maior nível de escolaridade, ainda recebem menores salários e ocupam cargos inferiores em relação aos homens.

Possivelmente esse histórico da dinâmica profissional feminina, justifica alguns dados da presente pesquisa, pois as mulheres pontuaram maiores médias em relação aos homens na escala ASI, subescala emprego, denotando maior gravidade de problemas nesta área.

Atualmente, apesar dos resquícios relativos ao retrogrado conceito do feminino na sociedade, avanços intelectuais, laborais, políticos e a independência econômica, tem transformado o espaço que a mulher ocupava. Tais transformações podem estar associadas a uma mudança nos mais diversos padrões de comportamentos, sentimentos e pensamentos, inclusive nos hábitos e comportamentos relativos ao uso de substâncias. Para Corazza (2009), o aumento do alcoolismo entre as mulheres está relacionado a causas biológicas, psicossociais e econômicas.

Os dados da presente pesquisa apontam para a maioria das mulheres tendo experimentado álcool pela primeira vez, com idade inferior aos 13 anos e dos homens entre 14 e 17 anos. Em que pese o consumo de álcool ainda ser menor entre as mulheres, a literatura aponta que, as mesmas têm modificado o padrão e frequência do consumo, fato possivelmente impulsionado por aspectos como, histórico e a realidade de exclusão social, ausência de suporte social, maiores vulnerabilidades físicas e psiquiátricas (SANTOS et al. 2018). Os Levantamentos Nacionais (I e II LNAD) constataram o aumento expressivo do beber em padrão *binge* entre as mulheres, aproximadamente 36%, entre os anos 2006 e 2012 (BRASIL, 2007; LARANJEIRA et al., 2014).

Os homens apresentam o consumo de álcool significativamente maior do que as mulheres, nos três diferentes aspectos investigados pelo III LNAD, durante a vida, nos 12 meses e 30 dias anteriores a coleta de dados (BRASIL, 2017). Os dados da presente pesquisa apontam que, sobre o padrão de consumo do álcool, nos 30 dias anteriores a coleta, metade das mulheres relatou ter bebido em padrão “*binge*” entre 1 e 7 dias e a maior parte dos homens, por no mínimo 8 dias.

Sobre as demais substâncias, também se observa diferença significativa entre os sexos. Na utilização de sedativos, porém, ocorre o inverso: quase quatro vezes mais mulheres relataram o uso nos 30 dias que antecederam a coleta. Há um consenso entre os pesquisadores, sobre os sedativos serem majoritariamente utilizados pelo sexo feminino (BRASIL, 2006a; GALDURÓZ, *et al.* 2005; SANCEVERINO; ABREU, 2003; KERR-CORRÊA *et al.* 1999). É indiscutível a efetividade dessa substância no controle de ansiedade e quando prescritos por um profissional da medicina, porém os mesmos vêm sendo utilizados de forma indiscriminada e causam prejuízos e dependência (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Homens e mulheres também se diferenciaram em relação à origem do encaminhamento. Para a maioria de indivíduos de ambos os sexos predominou o encaminhamento via profissionais de saúde. Contudo, o encaminhamento judicial ou pelo conselho tutelar, foi efetuado quatro vezes mais para mulheres do que para homens.

A obrigatoriedade de participação do tratamento, por ordem judicial ou como condição para a recuperação do pátrio poder dos filhos, muitas vezes sobrepõe o desejo de diminuir ou cessar o uso de substâncias, o que descaracteriza o real motivo que deveria nortear a participação dessas mulheres no tratamento (REIS, 2016). Favorecendo que a frequência nos serviços de saúde se restrinja apenas ao tempo determinado judicialmente, o que pode não condizer com o tempo necessário para a estabilização do transtorno por uso de substâncias e melhoria da qualidade de vida.

Para as mulheres da amostra as sanções administradas legalmente foram notoriamente maiores em relação ao pátrio poder do que aos homens, de modo que, um número quatro vezes maior delas, no momento da entrevista, possuía filhos (as) afastados (as) judicialmente e haviam sido investigadas pelo Conselho Tutelar. Aspectos culturais contribuem para essa maior cobrança sobre a mulher que é vista como a responsável pelos cuidados, criação dos filhos e zelo familiar. O atual aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas por mulheres é considerado um comportamento desviante e incompatível com tais funções (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Cultural e historicamente foram negados às mulheres os mesmos direitos que aos homens, da mesma maneira é em relação ao consumo de álcool, existe uma repressão social para que não bebam em excesso (SIMÃO, 2000).

O uso de álcool e ou drogas pelos homens é visto como, apesar de também prejudicial, não condenável socialmente. Os homens e a cultura relacionam o uso de substâncias pelos

mesmos, ao prazer, a masculinidade (SANTOS, 2018), a prática de consumo, por exemplo, do álcool e a frequência em bares, constitui o ciclo social de muitos homens, contribuindo inclusive para a constituição da identidade dos mesmos e configuração de gênero (NASCIMENTO, 2016).

Neste estudo, variáveis relacionadas à criminalidade também foram investigadas e dentre os (as) participantes que relataram em algum momento da vida terem sido presos (as), bem como os (as) que relataram terem sido detidos (as) antes dos 18 anos, a prevalência foi do sexo masculino, quase o dobro. A iniciação na criminalidade é uma prática amplamente constatada entre usuários de substâncias de ambos os gêneros (TIAGO; SANTANA, 2013). Aspectos relacionados à dependência como, por exemplo, o uso recorrente, os sintomas de abstinência e a necessidade de utilização de quantidades cada vez maiores de substâncias, para alcançar o prazer imediato têm um custo financeiro, o que pode favorecer o engajamento em práticas como o tráfico, para obtenção das substâncias.

Investigando a população carcerária brasileira que é predominantemente masculina, Miyamoto e Kroling (2012) pontuaram que, a justiça criminal, deveria reduzir e/ou eliminar a criminalidade, mas acaba por estimular a mesma quando reproduz ideologicamente às desigualdades sociais de classe, gênero e raça. Tal afirmação nos possibilita identificar que na atualidade, para além dos crimes cometidos, as desigualdades de gênero contribuem para aumentar as chances de que homens sejam mais presos do que mulheres.

Além do estigma em torno do sexo masculino e a questão criminal, para Souza (2005) os homens são culturalmente estimulados a emitir mais comportamentos violentos, e a masculinidade viril é ainda associada à violência e competição. Esses traços, de uma sociedade pautada em valores patriarcais e machistas, influenciam no comportar-se do ser humano, ensina crianças e adolescentes do sexo masculino a se comportarem com violência para “virarem homens”, o que contribui para indivíduos que poderão ser mais penalizados judicialmente no futuro.

Esse mesmo contexto histórico - social idealiza o homem como forte, resistente, independente, determina e influencia os padrões comportamentais que os indivíduos do sexo masculino devem emitir para atender ao estereótipo da masculinidade (COSTA-JÚNIOR; MAIA, 2009). Mais comportamentos de risco para a saúde são emitidos por homens na atualidade e os dados aqui apresentados corroboram tal constatação, a vivência de situação de risco para a vida, foi relatada pelo dobro de homens em comparação com as mulheres.

A predominância de homens envolvidos com a criminalidade é uma realidade atual no País. Segundo Filho e Bueno (2016) o perfil da população carcerária brasileira é produto e reflexo da relação de dominação do *Estado* sob os cidadãos, que engloba marginalização histórica, inclusive refletida na escassez de políticas sociais públicas e inclusivas e da cultura da violência que está implícita e explícita nas relações sociais até os dias de hoje (CASTEL, 1997).

Para além do histórico criminal, o presente estudo investigou outras situações possivelmente traumáticas e os dados preocupam, mais de $\frac{3}{4}$ das mulheres e metade dos homens relataram terem sido agredidos fisicamente por alguém que conheciam. Vale pontuar que, a violência e a agressão física estão presentes desde os primórdios na vida humana, o homem utilizava-se de punição física, dentre outras práticas agressivas para impor domínio e controlar os comportamentos dos demais grupos e culturas (NICOLAU *et al.*, 2020).

Soma-se a este fator, a população do presente estudo ser usuária de substâncias, o que aumenta a susceptibilidade em serem vítimas de agressão e a probabilidade de engajar-se em brigas e situações conflituosas, sendo também agentes de violência (MINAYO; DESLANDES, 1998). Quando nos referimos ao sexo feminino, quase a totalidade das mulheres da amostra pontuou ter sido vítima de agressão por algum (a) conhecido (a) e metade delas relatou ter cometido agressão física contra alguém desde os 18 anos. Enquanto que, entre os homens menos de $\frac{1}{4}$ da amostra relatou ter agredido fisicamente alguma vez na vida.

Sobre o sexo feminino ter relatado em maior frequência ter sido vítimas de agressão do que o masculino acredita-se que a cultura tem papel fundamental nesse fenômeno. Ao mesmo tempo, agredir fisicamente além de ser um comportamento condenado socialmente e amplamente discutido, em pesquisa realizada por Rosa *et al.* (2008) concluiu-se que homens que agrediam suas parceiras conjugais, não demonstraram compreender de forma ativa, seus papéis de agressores, por mais que reconhecessem seus atos de violência. Ambos aspectos podem ter influenciado o baixo número de homens, no presente estudo, admitindo comportamentos agressivos.

A agressão sexual foi relatada por $\frac{1}{3}$ das mulheres e menos de $\frac{1}{10}$ dos homens, dado semelhante aos encontrados por Santos (2018) e Pirard *et al.* (2005). A literatura demonstra que, o abuso e a violência sexual estão intimamente relacionados com a desigualdade entre gênero: em países com maior desigualdade o índice deste tipo de violência também é maior. Tal fato indica que, para além da questão do sexo em si, a violência sexual

possui importante associação com as relações de poder entre homens e mulheres (D'ABREU, 2013; DELZIOVO *et al.*, 2017; SANTOS, 2018). A sociedade brasileira é demarcada por um histórico da desigualdade e predominância do homem sobre a mulher, tanto econômica quanto politicamente, fato que, pode contribuir para esse maior número de mulheres abusadas sexualmente.

De acordo com Paludo (2012), o consumo de bebidas alcoólicas e presenciar o alcoolismo são fatores que aumentam em até 18,6% a chance de violência sexual no ambiente doméstico. Na presente amostra, sendo as mulheres portadoras do transtorno do uso de substâncias (inclusive alcoolismo) e muitas delas parceiras de um indivíduo que também faz abuso de substâncias (inclusive álcool), compreende-se os dados da alta prevalência do histórico desse tipo de violência, entre o gênero feminino.

Relativo ao menor número de participantes (homens) que relataram a violência sexual, além destes de fato, possivelmente serem menos vítimas em nossa sociedade, soma-se a dificuldade em admitir a violência sexual sofrida, levando a uma subnotificação nessa população. Para Teixeira (2020), apesar de os indivíduos do sexo masculino experimentarem muitos sintomas e sentimentos comuns a maioria das vítimas de abuso sexual, ser homem pode potencializar algumas dificuldades, pois os mesmos são calados pelos estereótipos e machismo sociais que fazem com que não relatem tal violência por sentirem-se mais inibidos e/ou humilhados.

Outro fator potencialmente associado ao uso de substâncias é residir com um (a) usuário (a). Quase o dobro do número de mulheres em comparação com o número de homens relatou terem residido (últimos 30 dias) com alguém com problemas atuais com álcool e/ou drogas. Tais dados corroboram os achados do II LENAD, de que aproximadamente 28 milhões de brasileiros residiam no ano de 2012, com algum dependente químico. Sendo que, as mulheres, (principalmente as mães) eram as principais responsáveis pelos cuidados do familiar dependente de substâncias (LARANJEIRA *et al.*, 2014). Dentre as principais consequências de residir e responsabilizar-se pelos cuidados do (a) familiar dependente, é pontuado que o (a) familiar incomoda e atrapalha a vida social da mulher que experimenta sentimento de pessimismo quanto ao futuro imediato, prejuízos financeiros, emocionais, etc. (LARANJEIRA *et al.*, 2014).

Sobre os relacionamentos familiares e sociais, nos 30 dias que antecederam a coleta de dados, quase o dobro de mulheres teve discussão com parentes adultos, a maioria não possuía amigos verdadeiros e dentre as que possuíam, para menos de ¼, tais amigos tinham

problemas atuais com álcool e/ou drogas. Em contrapartida, a maioria dos homens referiu possuir amigos verdadeiros e para metade deles, tais amigos apresentavam problemas atuais com álcool e drogas.

É sabido que consequências comuns do abuso de substâncias são prejuízos nos relacionamentos e interações sociais, inclusive em aspectos afetivos. Tais dados sobre os homens da amostra nos remetem a correlação com os aspectos anteriormente discutidos. Para Nascimento (2016), o uso de substâncias, constitui e configura a identidade do sexo masculino em nossa sociedade, além de proporcionar socialização, o que explica o maior número de homens que referiu possuir amigos e estes também com problemas relacionados ao abuso de substâncias. A cultura machista exclui, discrimina e segrega as mulheres usuárias de substâncias, o que contribuiu para que as da amostra descrevam mais discussões com familiares e menor círculo de amigos (as) verdadeiros (as).

As preocupações com os sentimentos e pensamentos aversivos relacionados aos eventos traumáticos vivenciados, foram mais relatadas por mulheres do que homens, em um nível considerável ou extremo. Na literatura encontram-se dados que associam a violência sofrida por mulheres, com maior probabilidade de sofrimento mental, inclusive a depressão, tendência ao suicídio e consumo de substâncias (OLIVEIRA; JORGE, 2007).

Em relação aos sintomas psíquicos, experimentados nos 30 dias que antecederam a coleta de dados, dentre as mulheres metade relatou sentir-se deprimida, e ter tido pensamento sobre suicídio. Entre os homens 1/3 sentiu-se deprimido e menos de 1/10 pensou em suicídio. A tentativa de suicídio foi relatada pelo dobro de mulheres em comparação com os homens. Ainda a média de pontuação das mulheres na ASI, subescala sintomas psíquicos, foi maior do que a dos homens, demonstrando maior gravidade de problemas nesta área.

Tais dados demonstram que, embora os sintomas psíquicos atinjam de forma importante a ambos os sexos, nesta amostra de usuários de substâncias, as mulheres foram mais acometidas. Pirard *et al.* (2005) corroboraram tal diferença entre os sexos, apresentando estudo em que, as mulheres no início dos tratamentos para o transtorno para o uso de substâncias também obtiveram maiores médias de pontuação na ASI, na subescala sintomas psíquicos em comparação com os homens.

Santos *et al.* (2018) pontuaram que, as mulheres apresentam maior vulnerabilidade e suscetibilidade às sequelas físicas e psiquiátricas associadas ao uso de álcool e outras drogas do que os homens. No que tange ao aspecto biológico existe uma maior predisposição para a dependência em um tempo mais curto após o início do uso.

Sobre os aspectos psicológicos e sociais foi identificado que o significado atribuído ao uso de substâncias difere entre os sexos (MARTIN *et al.*, 2014), constataram que os homens atribuem um sentido mais relacionado ao lazer e prazer (NASCIMENTO, 2016; SANTOS, 2018) e as mulheres ao sofrimento, sentimentos de depressão, isolamento social, pressões familiares e sociais, dentre outros aspectos negativos (DOW-EDWARDS, 2009).

Quando a sociedade condena e discrimina a utilização de álcool e drogas entre as mulheres, aumenta o sofrimento destas que tem as dificuldades referentes ao uso potencializadas (SIMÃO, 2000; OLIVEIRA *et al.*, 2007). As mulheres são ainda mais conseqüenciadas judicialmente em relação aos filhos e privadas do convívio com os mesmos, por serem dependentes de substâncias. A interação de todos esses aspectos contribuem para a vivência de sintomas e do sofrimento psicológico constatado na presente pesquisa.

Dados relativos aos escores das subescalas afetiva, emocional e informação, integrantes da Escala de Apoio Social, demonstram que os homens alcançaram médias maiores do que as mulheres, refletindo maior percepção do apoio social pelos mesmos, nestes três âmbitos. O apoio social positivo, estabelecido a partir de relações saudáveis, é fundamental como fator de proteção para o agravamento de transtornos, inclusive os relativos ao uso de substâncias e está também associado a maior adesão ao tratamento (CALVALCANTE *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2019).

Ao investigar a busca por ajuda profissional para os problemas pontuados, constatou-se que mais da metade das mulheres da amostra frequentaram 50 ou mais consultas psiquiátricas ou psicológicas durante a vida, enquanto que o triplo dos homens relatou nunca ter participado de nenhuma. Os cuidados com a saúde em geral e a busca por atendimentos especializados, bem como os comportamentos relativos à prevenção ao adoecimento, são mais observados no sexo feminino.

Para Costa-Júnior e Maia (2009), os homens cuidam menos da saúde geral, devido a alguns fatores como, dificuldades de afastar-se do trabalho e a fantasia de que são fortes e resistentes não precisando de ajuda para o reestabelecimento da saúde, o que contribui para o agravamento das doenças até que se submetam à tratamentos.

Apesar de as mulheres procurarem mais tratamentos, Greenfield *et al.* (2007), afirmaram que, especificamente em relação ao transtorno por uso de substâncias estas são menos propensas a buscar ajuda. Para Santos *et al.* (2018) quando as mulheres buscam tratamento, apresentam níveis mais graves da dependência de álcool e de outras substâncias e estudos (sobre a reabilitação) específicos ao gênero são escassos. Os dados da presente

pesquisa demonstraram que as mulheres obtiveram maior média de pontuação na subescala médica da ASI, apontando para essa correlação entre gênero feminino, uso de substâncias, menor busca por tratamento e a maior gravidade dos problemas na área referida.

A maioria das variáveis discutidas versa sobre os prejuízos do uso abusivo de substância para todos os indivíduos, independente do gênero. Porém, os dados apresentados enfatizam que o sexo feminino é ainda mais suscetível às consequências negativas do uso e abuso de substâncias o que agrava especialmente a condição geral das mulheres. A reflexão realizada aqui remete a necessidade de planejamento de estratégias de tratamento e de políticas que assegurem a subjetividade, os cuidados e a atenção integral à mulher portadora do transtorno por uso de álcool e/ou outras drogas no Brasil.

8.2 Fatores preditivos de adesão

As variáveis associadas à adesão no presente estudo foram: número de comorbidades clínicas, uso de crack e dificuldades relacionadas ao raciocínio e memória, nos 30 dias anteriores a coleta de dados. Outras variáveis investigadas que não foram significativas neste estudo serão também discutidas em função da relevância para políticas públicas e melhorias no tratamento para portadores (as) do transtorno por uso de substâncias.

Os indivíduos com duas ou mais comorbidades clínicas, tiveram maior adesão, quando comparado aos que tinham apenas uma ou nenhuma. Capistrano *et al.* (2013), constataram em sua amostra que 30,1% dos participantes de um tratamento para dependência química, possuíam alguma comorbidade clínica, sendo as mais comuns a hipertensão arterial sistêmica e as complicações respiratórias (13%).

Peixoto *et al.* (2010) pontuou que os usuários de álcool com maior tempo de uso, aderiram mais ao tratamento. Sabe-se que o uso de álcool, em grandes quantidades e por longos períodos está associado com prejuízos à saúde física e a manifestação de comorbidades clínicas.

O maior tempo de uso está relacionado com maior gravidade do transtorno por uso de substância. Considerando que a dependência química é um transtorno crônico e progressivo, as consequências para o usuário de substâncias de longo prazo diferem das consequências físicas (comorbidades clínicas), psicológicas e sociais, em relação a um usuário que utiliza substâncias há menos tempo (SANTOS *et al.*, 2014).

Dentre os sintomas psíquicos que foram investigados “dificuldades para pensar, compreender ou lembrar a ponto de ter problemas”, nos 30 dias que antecederam a coleta, associou-se com o desfecho. Na amostra, 60,0% dos que referiram este sintoma aderiram ao tratamento. Marini (2011) encontrou também associação significativa entre maior número de comorbidades psiquiátricas e a adesão ao tratamento, tendo como critério a abstinência, entre portadores por uso de substâncias, ainda que o prognóstico do maior número de comorbidades seja desfavorável.

Ribeiro *et al.* (2008), em pesquisa com alcoolistas, encontrou associação entre comorbidade psiquiátrica, ter tido esquecimento e a adesão ao tratamento. Sugere-se que, o contexto de tratamento deve possuir estrutura adequada para o atendimento desses indivíduos com seu quadro agravado pelos sintomas psicológicos em conjunto com o transtorno por uso de substâncias, independentemente de qual seja o transtorno primário e/ou secundário. A complexidade dos casos exige a intervenção de maneira adequada e integrada, inclusive com uma equipe interdisciplinar, para a efetividade da mesma.

No senso comum, é amplamente divulgado que, para que o usuário de substâncias consiga estabilizar seu transtorno, se mantendo em tratamento e consequentemente diminuindo ou cessando o consumo, precisa “chegar ao fundo do poço”.

O assim chamado “fundo do poço” poderia ser entendido como a gravidade do uso e os prejuízos para a saúde física, psicológica e social, de modo que, os sintomas vivenciados em função das comorbidades sejam estímulos aversivos que o indivíduo na tentativa de evitá-los ou amenizá-los, aumentam a frequência e/ou permanência em tratamento para o uso de substâncias, estando assim associada à adesão.

Outra possibilidade de compreensão teórica, com o “fundo de poço”, é a vivência de muitas consequências negativas, em função dos próprios comportamentos emitidos no longo período de uso abusivo de substâncias. É comprovado que o ser humano desenvolve seu repertório comportamental e sentimental a partir de seu intercâmbio com o meio ambiente e no decorrer de sua história de vida (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Esse meio ambiente define-se não só como o ambiente físico, mas também o ambiente social ao qual os seres humanos estão expostos (MATOS; TOMANARI, 2002). À medida que o indivíduo se comporta, seu comportamento modifica o meio e essa modificação, fruto do comportamento é chamada de consequência do comportamento.

De acordo com Moreira e Medeiros (2007), as consequências desempenham um papel fundamental na emissão futura e manutenção dos comportamentos. Três classes fundamentais

de consequências podem ser descritas, o reforço que aumenta e a punição e extinção que diminuem a probabilidade de emissão futura do comportamento.

As comorbidades clínicas e psiquiátricas envolvem a vivência de sintomas oriundos destas e podem ser entendidos, como consequências negativas do comportamento de uso de substâncias, contribuindo para a modificação dos padrões de comportamento relativos ao uso das mesmas. O efeito das consequências negativas podem aumentar a frequência dos comportamentos incompatíveis com o uso, tais como, assiduidade, participação em tratamento, bem como evitação de hábitos relacionados ao uso de drogas e álcool, estando assim relacionadas a adesão.

Contudo, para além dos efeitos e consequências negativas imediatas, o transtorno por uso de substâncias envolve variáveis mais complexas, tais como a cultura, hábitos, influências sociais, etc. Dessa forma o tratamento deve ser pensado tanto no nível de um arranjo de contingências para a adesão e manutenção no mesmo, quanto uma reestruturação e planejamento político, visando modificar as variáveis mais complexas que implicam nessa temática.

O uso de crack na atualidade é um problema de saúde pública, sendo que a ele estão associados, maiores prejuízos em curto prazo, inclusive a instalação do quadro de dependência. No momento da utilização, o crack proporciona sensação de poder, bem-estar, euforia, o que aumenta o valor reforçador da utilização da substância, porém tais efeitos estimulantes duram poucos minutos e essa curta duração aumenta a probabilidade dos usuários utilizarem novamente a substância (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Em longo prazo o uso de crack está relacionado com prejuízos psicológicos e sociais, como apontaram Nappo *et al.* (1996), Rodrigues *et al.* (2013) e Halpern (2017). Os usuários estão mais expostos a contextos de marginalização, isolamento do convívio social, perda do auto-cuidado, da rede de apoio, do emprego e emitem comportamentos violentos e sexuais de risco. São ainda mais propensos ao envolvimento com a criminalidade e atos ilícitos, para obtenção de recursos financeiros e manutenção do uso (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

De acordo com Rodrigues *et al.* (2013), usuários de crack, dentre os de todas outras substâncias, são os que mais demoram a procurar e os que menos buscam tratamento, essa morosidade agrava o quadro dos poucos que chegam aos serviços de saúde. No presente estudo, pode-se constatar que, os indivíduos que obtiveram maior média de pontuação na ASI (subescala drogas), indicando maior gravidade de problemas relativos às mesmas, desistiram mais do tratamento em comparação com indivíduos que obtiveram menores médias de

pontuação, demonstrando outra especificidade do uso do crack, a menor manutenção em tratamento. Em sua pesquisa Marini (2011), encontrou dado semelhante, em sua aplicação da ASI, constatou que a menor gravidade dos problemas com drogas foi preditora de adesão.

Soma-se a essas dificuldades, o fato de no Brasil, não existirem modalidades de tratamento desenvolvidas especificamente para usuários de crack, o que pode explicar parcialmente a pouca efetividade dos mesmos (PEREIRA, 2013).

O funcionamento, estrutura dos serviços, relacionamento e capacitação dos profissionais envolvidos, foram associados a adesão (FERREIRA *et al.*, 2015; FERNANDES *et al.*, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2019; PAIANO, 2019; MELO, 2020), contudo os dados desta pesquisa não encontraram relação entre o nível de formação dos profissionais/ técnicos de referência do CAPS-AD e os participantes que mais aderiram ao tratamento. Devido à possibilidade de outras variáveis além da formação e nível profissional influenciarem, é fundamental que futuras investigações sejam realizadas a respeito de outros aspectos da relação profissional da equipe de tratamento e usuário do serviço de saúde que, podem estar associadas à adesão ao tratamento.

Na presente pesquisa observa-se associação entre a prevalência dos participantes que utilizaram crack nos 30 dias anteriores a coleta de dados (67,4%) e a desistência do tratamento, sendo que o uso dessa substância quase dobrou a possibilidade de não adesão, mostrando-se como um importante fator de risco.

De acordo com Kleinman *et al.*, (1992) as taxas de abandono do tratamento entre usuários de crack chegam à 60%, a não adesão foi associada ao efeito do crack na fisiologia do usuário, causando intensa fissura ou *craving* (FERREIRA *et al.*, 2015).

O *craving* é definido na literatura como o intenso desejo de repetir o uso (PEREIRA, 2013) fazendo que constantemente e a cada nova utilização, os indivíduos busquem a substância em maiores quantidades, o alto custo financeiro despendido nesse processo, facilita o envolvimento dos usuários com a criminalidade e em contextos violentos (HALPERN, 2017). O ambiente e os comportamentos que os usuários de crack passam a emitir, bem como os sintomas de ansiedade, depressão e fissura em função do uso de substâncias aumentam a probabilidade de que os mesmos sejam presos ou detidos (GUIMARÃES *et al.*, 2008).

Pode-se constatar nesta amostra que, além de ter utilizado crack nos 30 dias que antecederam a pesquisa, ter sido preso em algum momento da vida, teve associação com a não adesão na análise univariada, mas não se manteve significativa na análise multivariada. A respeito do histórico prisional, Marini (2011), constatou que menor gravidade na área legal e

menor envolvimento com o sistema de justiça criminal são variáveis que relacionam-se com a adesão ao tratamento em usuários do CAPS-AD. Dessa forma, cabe aqui uma reflexão, sobre a importância de desenvolver aspectos específicos de acolhimento e tratamento, para os usuários de substância com uso recente de crack, bem como os que possuem histórico de envolvimento criminal, objetivando maior participação e manutenção desse público nos processos de cuidado e tratamento (VARGENS *et al.*, 2011).

O contexto violento que os usuários de crack estão expostos modela e estimula comportamentos também relacionados à violência, além de ser uma substância que causa oscilação de humor nos usuários. A dificuldade de relacionamento social, e o consequente isolamento fazem parte das mudanças comportamentais que ocorrem nas pessoas após iniciarem o uso. O desejo do consumo da substância faz com que os indivíduos rompam seus laços familiares de amizade e afetivos e deixem de fazer tudo o que anteriormente era importante (PEREIRA, 2013). Dessa maneira fica claro que o uso dessa substância necessariamente implica em inúmeras dificuldades sociais.

Embora na análise multivariada o apoio social não tenha se mostrado um fator de risco, vale algumas considerações a respeito desta variável. Calvetti *et al.* (2016), em estudo realizado identificaram e pontuaram a importância e associação do apoio social como fator de proteção na adesão ao tratamento.

É possível que, a maior preocupação e incomodo relatada por alguns participantes da presente pesquisa esteja relacionada com mais conflitos e uma rede de suporte social mais prejudicada. Tal interpretação apoia-se no fato de os participantes que obtiveram maiores médias de pontuações na ASI, subescala apoio social, também foram os que em maior número desistiram do tratamento, fazendo supor que, maior gravidade de problemas na rede de apoio social está associada à não- adesão. Para melhorar a adesão ao tratamento, enquanto frequência no serviço de saúde, Paiano *et al.* (2019), pontuaram que o apoio familiar interfere tanto no início, quanto na manutenção do mesmo.

A respeito da relação familiar e aspectos associados à adesão, Araújo *et al.* (2012), concluíram que possuir relação familiar conflituosa, desde que os membros da família participem do tratamento, teve associação significativa com a adesão. Dados semelhantes foram encontrados por Dakof *et al.* (2001), em que os indivíduos que mais se engajaram em tratamento eram os que mais perceberam e relataram intensos conflitos familiares. O envolvimento da família no processo de crescimento e maturidade dos indivíduos, bem como, conhecer mais o transtorno por uso de substâncias e assim, emitir mais comportamentos em

prol da estabilização da doença e da adesão ao tratamento, são fundamentais e possibilitam que o indivíduo com transtorno por uso de substância, alcance mudanças comportamentais, a partir das modificações realizadas pela e na própria família (FERREIRA *et al.*, 2015).

Os membros familiares podem contribuir tanto para o uso abusivo de substâncias, quanto para a prevenção deste (ARAÚJO *et al.* 2012; FERREIRA *et al.*, 2015; PAIANO *et al.*, 2019). Está também relacionado a adesão, o fato de que indivíduos que possuem mais dificuldades e conflitos, perceberem o ambiente familiar como aversivo, o que possivelmente, aumenta o valor reforçador do ambiente de tratamento, quando encontram profissionais capacitados, qualidade de atendimento, regras e relações estabelecidas que favoreçam a convivência saudável dos que frequentam o mesmo (SOUZA *et al.*, 2006).

A motivação é mais uma variável amplamente discutida e relacionada com a adesão ao tratamento para diferentes doenças e especialmente para o transtorno por uso de substâncias (FERREIRA *et al.*, 2015; LEITE *et al.*, 2018).

Prochaska e Di Clemente, desenvolveram um modelo transteórico de mudança de comportamento, visando identificar e classificar os diferentes estágios motivacionais em que as pessoas se encontram frente a necessidade de grandes mudanças, sendo que em alguns estágios as modificações comportamentais são mais facilitadas do que em outros. Quando se consegue identificar o grau de motivação do participante para o tratamento, logo no início do mesmo pode-se proporcionar um melhor planejamento de estratégias de acolhimento e abordagem mais adequadas, para os diferentes indivíduos (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008).

Cinco diferentes estágios motivacionais foram descritos e tem apresentado importante fundamentação para a compreensão de indivíduos em tratamento para o transtorno por uso de substâncias, são eles: a pré-contemplação, que implica em nenhuma intenção de modificar o comportamento problema e geralmente engloba a negação do mesmo e quando os indivíduos buscam tratamento, apresentam resistência. A contemplação que é um estágio em que os indivíduos admitem possuir um problema, demonstram preocupação, mas ainda vivem grande ambivalência entre as vantagens e desvantagens de se modificar (PROCHASKA *et al.*, 1994).

Existe também o estágio de determinação que implica em uma maior conscientização dos indivíduos a respeito de seu problema, construção de plano cuidadoso de ação e torna-se pública a intenção de mudar. No estágio de ação, as pessoas, iniciam efetiva e declaradamente a modificação dos comportamentos problemas e por fim, o estágio de manutenção, é o mais desafiador, pois é necessário o esforço e dedicação para manutenção de todas as habilidades desenvolvidas e ganhos dos estágios anteriores (PROCHASKA *et al.*, 1994).

O modelo transteórico explana que, a modificação de comportamentos envolve de maneira progressiva a vivência e a totalidade de cada um dos estágios. Na presente pesquisa, aplicou-se a Escala *Urlica*, com o objetivo de identificar se algum (ns) desse (s) estágio (s) esteve associado (s) à adesão. Constatou-se que, apesar da pontuação na subescala contemplação não denotar risco a partir da análise multivariada, os indivíduos que atingiram as maiores médias de pontuação (24,0) aderiram mais ao tratamento, em comparação com os que obtiveram médias menores (22,6).

Como descrito anteriormente o estágio de contemplação, envolve a conscientização, em algum grau, do problema existente, pelo portador do transtorno por uso de substância. Na presente amostra tal conscientização e admissão, possivelmente aumentou a probabilidade de manter-se em tratamento por um período mínimo de 90 dias, mesmo que esta relação não seja suficiente para explicar a modificação de todos os padrões comportamentais (inclusive de pensamentos e sentimentos) dos participantes em relação às substâncias ou ao complexo processo de adesão ao tratamento.

A adesão ao tratamento pode ser entendida como um conjunto de comportamentos, sentimentos e pensamentos que são emitidos e/ou sentidos e pensados de acordo com recomendações médicas e que sabidamente contribuem para o reestabelecimento da saúde física e/ou psicológica. Partindo dessa reflexão, aderir a um tratamento necessariamente implica na modificação de comportamentos, sentimentos e pensamentos.

Com o objetivo de realizar outro paralelo, entre os pressupostos teóricos de uma Ciência e o comportamento de adesão, destaca-se que a teoria do Behaviorismo Radical aponta para três níveis determinantes dos padrões comportamentais, o nível filogenético, ontogenético e cultural. O nível filogenético é o responsável pela seleção e variação dos comportamentos inatos e das demais características genéticas de uma espécie, a medida que um indivíduo com características mais facilitadoras para adaptação e sobrevivência ao meio se reproduz, tais genes são transmitidos às demais gerações (MELO *et al.*, 2013).

O ontogenético é relativo à história de aprendizagem dos indivíduos, a seleção nesse nível explica como são formadas as características de personalidade (ou subjetividade), como aprendemos a falar, escrever, pensar, inclusive boa parte do surgimento de algumas psicopatologias são compreendidas nesse nível. Através da interação do ser humano sua suscetibilidade às contingências de reforçamento, o meio ambiente modela o repertório comportamental básico dos indivíduos e mudanças ambientais geram a aquisição de novas respostas ou a extinção de antigas (MELO *et al.*, 2013).

O terceiro nível de seleção comportamental é o cultural, que consiste de consequências especiais de reforçamento mantidas por grupos, selecionando os comportamentos dos indivíduos (MELO *et al.*, 2013). O conjunto e a interação desses três níveis, é que determinam a capacidade do ser humano de comportar-se.

A mesma teoria ressalta que, os comportamentos são mantidos em alta frequência no repertório dos seres humanos a partir das consequências que o comportar-se produz no ambiente. Pode-se verificar que o ambiente e as contingências ambientais tem importante associação com a emissão e manutenção dos comportamentos dos indivíduos.

Aderir e permanecer em tratamentos envolve ainda o controle comportamental e a modificação de padrões de comportamentos, implicando em mais do que autocontrole autônomo e independente, fazendo-se necessário um arranjo de contingências ambientais às quais o indivíduo está exposto.

A adesão ao tratamento para o uso de substância funciona da mesma forma e o sucesso desta, a partir da modificação comportamental, implica em novas contingências ambientais, produzindo comportamentos mais saudáveis e relativos às recomendações necessárias para controlar e/ou diminuir o uso de substâncias e as consequências aversivas do mesmo.

Ferreira e Pereira (2014) pontuaram que, além de modificação de vários comportamentos por parte do indivíduo a adesão exige o envolvimento ativo em um processo trabalhoso e complexo, com alto custo de resposta e disponibilidade de quem se submete ao tratamento, em não mais realizar muitas coisas que anteriormente realizava e começar a emitir comportamentos que nunca havia realizado e não gostaria de realizar, mas que são sugeridos como comportamentos relativos a saúde.

A literatura descreve que a adesão pressupõe a emissão de muitos comportamentos que devem ser planejados e integrados, como a ingestão medicamentosa, se abster ou diminuir o consumo de álcool e outras drogas, participar de terapias grupais, expressar sentimentos, desenvolver conhecimento sobre o transtorno por uso de substâncias, evitar relacionamentos com pessoas usuárias de álcool e outras drogas, evitar determinados lugares e hábitos, etc. (COX; GONDER- FREDERICK, 1992; DELAMATER, 2006).

Para Moraes *et al.* (2009) a adesão é muito mais ampla do que seguir o recomendado, é o resultado de exposição a contextos que gerem aprendizagem e enfrentamento. São vertentes fundamentais para o desenvolvimento da aprendizagem e habilidades de enfrentamento, a valorização da relação profissional e paciente, incentivo a participação

efetiva de familiares em todo o processo de tratamento e posicionamento ético e filosófico de atenção integral à saúde dos pacientes e familiares, em sua complexidade biopsicossocial.

Conclui-se diante do exposto que aspectos culturais e sociais dos indivíduos portadores de transtorno por uso de substâncias e de seus familiares, a equipe e a organização dos serviços de saúde, além da história de aprendizagem e o desenvolvimento psicológico individual, são de alguma maneira associados à adesão. Tendo em vista a complexidade do conceito de adesão e das variáveis relacionadas a mesma, faz-se fundamental uma reflexão a respeito de como esta pode ser investigada e os aspectos associados a mesma identificados nos processos de tratamento.

8.3 Implicações para pesquisa e assistência

Frente à complexidade da conceituação do termo adesão e dos múltiplos aspectos aos quais a mesma se associa, melhorá-la implicará em estratégias multidimensionais, que exigiriam um novo enquadramento conceptual desta problemática (CRUZ, 2017).

A presente pesquisa identificou que um aumento na adesão implica em uma ampla gama de variáveis e aspectos subjetivos individuais e dessa forma, conclui-se que para avaliá-la nessa nova e complexa perspectiva, as estratégias atuais adotadas podem ser limitadas, na medida em que acessam apenas um aspecto possivelmente relacionado com a adesão.

De acordo com WHO (2003), a avaliação acurada do comportamento de aderir é imprescindível para planejar tratamentos efetivos, eficazes e para garantir que as mudanças alcançadas nos resultados de saúde dos indivíduos sejam produto do tratamento recomendado. Para ser adequadamente mensurada, propõem-se formas conjuntas de medida, objetivando identificar a adesão de maneira mais completa.

O total do número de dias que o indivíduo se submeteu ao tratamento, é amplamente utilizado como critério de adesão (PEIXOTO *et al.*, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2012; REIS, 2016; FERENANDES *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2018) e é ainda um indicativo importante da mesma. A literatura aponta que, quanto maior o tempo frequentando as instituições de saúde, maior a probabilidade de aprendizagem e adoção de comportamentos mais saudáveis e relativos à estabilização das doenças (CRUZ, 2017).

Contudo, acredita-se que apenas o número total de dias que os indivíduos estiveram vinculados a uma instituição de tratamento, é um dado limitado para medir a adesão, pois a

mesma depende também da frequência em que os mesmos participaram dos procedimentos de tratamento dentro do tempo total de vinculação com a Instituição.

Sugere-se então, que futuras pesquisas recorram a diferentes medidas a serem utilizadas em conjunto, para abranger de maneira mais adequada o fenômeno da adesão ao tratamento em portadores do transtorno por uso de substâncias nos CAPS-AD. Uma - clássica - refere-se ao tempo mínimo de participação no serviço, calculado pelo número total de dias (90) transcorridos entre a admissão do participante e a baixa de seu prontuário (alta/desistência) no serviço de saúde.

Outra possibilidade corresponderia à frequência do participante aos procedimentos de tratamento estabelecidos em seu PTS, durante os 90 dias de seguimento. O objetivo desta última seria o de identificar maior ou menor regularidade no seguimento dos participantes da pesquisa.

A presente pesquisa, além de possibilitar implicações para futuros estudos de adesão, oportuniza algumas reflexões e adequações possíveis de serem implementadas na assistência ao portador de transtorno por uso de substâncias.

Sendo importante como medida de adesão, a frequência aos procedimentos de tratamento, sugere-se o desenvolvimento e utilização de um instrumento tecnológico que possibilite a identificação de ausência nos procedimentos de tratamento programados para cada um dos usuários do CAPS-AD. Tal instrumento teria a função de registrar tanto as presenças/ ausências diárias e ao final da semana, sinalizaria para o técnico de referência, quais os usuários faltaram, em qual (is) procedimento (s) programado (s).

O objetivo dessa estratégia seria possibilitar que o técnico de referência pudesse realizar a busca dos indivíduos com pouco tempo decorrido desde a última participação do mesmo no tratamento, evitando a perda do vínculo com a Instituição/ Profissionais de Saúde, interrupção do tratamento e por fim, piora no quadro geral de saúde dos indivíduos.

Um segundo tópico importante como sugestão para assistência, consiste do fato de o uso de crack nos 30 dias que antecederam a pesquisa, ter duplicado a desistência dos indivíduos ao tratamento em um período inferior a 90 dias. A equipe de Profissionais deve ser capacitada e o serviço estruturado de modo que, durante o grupo de acolhimento (primeiro contato com os indivíduos) consigam identificar quais participantes possivelmente utilizaram crack no último mês e desenvolvam uma abordagem e estratégias individualizadas, objetivando aumentar a possibilidade de permanência desses indivíduos, por mais tempo no tratamento.

Uma terceira sugestão é relacionada ao gênero dos usuários participantes do tratamento para o transtorno por uso de substâncias. Sendo as mulheres, claramente as mais atingidas pelas consequências do abuso de álcool e/ou drogas e as que menos acessam os serviços de tratamento (SANTOS *et al.*, 2018) possivelmente devido ao preconceito social vivenciado, é fundamental planejar estratégias de acolhimento e intervenção especialmente estruturadas para elas.

O grupo de acolhimento poderia ser realizado de maneira que homens e mulheres tivessem horários e reuniões conduzidas separadamente. O objetivo de tal estratégia é que no primeiro contato com as Instituições, as mulheres possam sentir-se mais a vontade, a partir da identificação grupal por gênero, para retornar à entrevista de triagem e posteriores procedimentos interventivos.

Esta terceira sugestão, tem como pano de fundo a necessidade da elaboração e ampliação das políticas já existentes de atenção às mulheres portadoras do transtorno por uso de substâncias.

8.4 Limitações e Contribuições do estudo

A pandemia de COVID-19 contribuiu para alterações no planejamento inicial da pesquisa, uma vez que ao invés da realização de 200 entrevistas, foi possível entrevistar e obter informações de 171 usuários do serviço, e acompanhá-los pelo período de noventa dias de tratamento.

O menor número de sujeitos entrevistados diminuiu a possibilidade de generalização dos dados obtidos para outros ambientes de tratamento para portadores do transtorno por uso de substâncias e a identificação de mais associações significativas entre algumas das variáveis investigadas e o desfecho adesão, porém alcançou-se resultados relevantes sobre a amostra dos indivíduos participantes que suscitaram importantes reflexões a respeito da pesquisa sobre adesão a tratamentos e possibilidades de melhoria na assistência oferecida pelo CAPS-AD.

A presente pesquisa investigou uma ampla gama de variáveis e a associação das mesmas com a adesão, sendo um diferencial a riqueza de dados obtidos. Poucos estudos longitudinais, prospectivos e nacionais investigaram variáveis sócio demográficas, origem do encaminhamento, histórico de tratamento, número de comorbidades, sintomas físicos e psíquicos e a auto avaliação da saúde física, no país. Além destes aspectos, foi também investigado: o histórico de uso, tipos e padrões de consumo de álcool e/ou drogas, vivência de

sintomas de abstinência, histórico prisional, envolvimento com a justiça, histórico de perda de o pátrio poder, investigação pelo conselho tutelar, histórico de violência física e sexual, histórico e envolvimento atual afetivo e sexual, inclusive com parceiros (as) com problemas com o uso de álcool e/ou drogas.

Por fim, a pesquisa também avaliou rede de apoio familiar, social e afetivo, dificuldades de relacionamento interpessoal, percepção do apoio social recebido, satisfação com as relações vivenciadas e com a maneira como se aproveita o tempo livre e a motivação, no início do processo de tratamento, para modificar os comportamentos relativos ao uso de álcool e/ou drogas.

Outra contribuição da presente pesquisa consistiu de, mesmo sendo um estudo de coorte, cujo maior viés implica na perda do seguimento, a metodologia aqui adotada e as estratégias utilizadas, possibilitaram a conclusão do seguimento de todos os participantes, bem como o registro de todos os procedimentos que os mesmos se submeteram nesse período.

Acredita-se ainda que, diante do conceito da adesão e a mensuração da mesma, ser um tema tão controverso entre os diferentes autores da atualidade, a maior contribuição do estudo consiste na sugestão de adotar-se mais de uma medida, em futuras pesquisas, para mensuração da adesão ao tratamento dos portadores de transtorno por uso de substâncias.

9.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando os objetivos da presente pesquisa observou-se que estiveram associados à adesão ao tratamento possuir duas ou mais comorbidades físicas e ter vivenciado sintomas psíquicos, tais como, dificuldade para pensar, compreender ou lembrar nos 30 dias anteriores ao estudo. Enquanto que, a principal variável associada a não adesão foi a utilização de crack nos 30 dias que antecederam o início do tratamento no CAPS-AD.

Dentre as demais variáveis investigadas, tais como: aspectos sócio demográficos, prontidão para mudança (motivação), apoio social e os demais tipos de substâncias utilizadas, bem como outros padrões de uso, não estiveram associados ao desfecho.

Mais pesquisas são necessárias explorando fatores associados a adesão ao tratamento em portadores do transtorno por uso de substâncias, sendo este atualmente um grave problema de saúde pública.

10. REFERÊNCIAS

- ADEFOLALU, A.; NKOSE, Z.; OLORUNJU, S.; MASEMOLA, P. Self-efficacy, medications beliefs and adherence to antiretroviral therapy by patients attending a health facility in Pretoria. *S. Afr. Fam. Pract*, Pretoria, v. 56, n. 5, p. 281-285, 2014.
- ALVARES, A. A. Fatores que favorecem a abstinência no alcoolismo. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 60-80, 2013.
- ALMEIDA, R. M. M.; MACUGLIA, G. R. Uso de álcool, drogas, níveis de impulsividade e agressividade em adolescentes do Rio Grande do Sul. *PSICO*, Rio Grande do Sul, v. 45, n. 1, p. 65-72, 2014.
- ANDRADE, T. M.; FRIEDMAN, S. R. Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 395-400.
- ARAÚJO, 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.*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 227-234, 2012.
- ARGIMON, I. I. L.; TERROSO, L. B.; FARINA, M.; MORAES, A. A.; LOPES, R. M. F.; QUEROTTI, K. L. M. A intensidade da depressão e a internação de alcoolistas. *Aletheia*, Rio Grande do Sul, v. 40, p. 102-110, 2013.
- ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Rev. Lat. Am. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. *Critérios de classificação econômica Brasil*. São Paulo: ABEP, 2014.
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da

Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2189-2197, 2008.

BENTO, C. A. R. *Don't think pink: comunicar no feminino*. 2010. 60 f. Dissertação (Mestrado em Marketing) – Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010.

BORBA, L. O.; GUIMARÃES, A. N.; MAZZA, V. A.; MAFTUM, M. A. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 6, p. 1406-1414, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em: 24 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 239, 22 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. *III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção

social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: SENAD, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Lei%20institui%20o,de%20droga s%20e%20define%20crimes. Acesso em: 7 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília, 2009.

BRASIL. Secretária Nacional Antidrogas. *Decreto nº 4.345*. Redefine a primeira versão da Política Nacional Sobre drogas. Brasília: SENAD, 2005.

BRASIL. Secretária Nacional Antidrogas. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: SENAD, 2007.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006a.

BRASIL. Secretária Nacional Antidrogas. *Manual de aplicação da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6)*. Brasília: SENAD, 2006b.

BUY, E. K.; ROSSOW, I. The impact of drinking pattern on alcohol – related violence among adolescents: an international comparative analysis. *Drug Alcohol Rev.*, Abingdon, v. 29, n. 2, p. 131-136, 2010.

CALLEGARI-JAQUES, S. M. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CALVETTI, P. U.; GIOVELLI, G. R. M.; GAUER, G. J. C.; MORAES, J. F. D. Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicol.: Teor. Pesqui.*, Brasília, v. 32, n. 4, p. 1-4, 2016.

CAMARGO, C. C. *Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em indivíduos que vivem com HIV/AIDS*. 2016. 54 f. Tese (Doutorado em Doenças Tropicais) – Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. *Psicol. Esc. Educ.*, Maringá, v. 18, n. 1, p. 27-34, 2014.

CARVALHO, M. S.; ANDREOZZI, V. L.; CODECO, C. T.; BARBOSA, M. T. S.; SHIMAKURA, S. E. *Análise de sobrevivência: teoria e aplicações em saúde*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2005.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estud. Psicol.*, Natal, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

CARVALHO, J. E. S.; LIOTTI, D. B. M.; LENZI, M. C. R. Caps-Ad e Alcoólicos Anônimos: o processo de tratamento sob o ponto de vista dos usuários. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Florianópolis, v. 7, n. 16, p. 41-61, 2015.

CASTEL, R. A. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. *Cad. CRH*, Bahia, v. 10, n. 26, p. 19-40, 1997.

CASTRO, M. M. L. D.; PASSOS, S. R. L. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, Santiago, v. 32, n. 6, p. 330-335, 2005.

CAVALCANTE, L. P.; FALCÃO, R. S. T.; LIMA, H. P.; MARINHO, A. M.; MACEDO, J. Q.; BRAGA, V. A. B. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 321-331, 2012.

CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: Pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 887-896, 2001.

CORAZZA, P. R. *Alcoolismo e comorbidades na população feminina*. Uma revisão de literatura. São Paulo: UNIAD, 2009. Disponível em: https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2009/05/Alcoolismo_e_Comorbidades_na_populacao_feminina.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020

COSTA- JÚNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psicol.: Teor. Pesqui.*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009.

COX, D. J.; GONDER- FREDERICK, L. Major developments in behavioral diabetes research. *J. Consult. Clin. Psychol.*, Washington, v. 60, p. 628-638, 1992.

CRUZ, R. S. Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde Tecnol.*, Coimbra, v. 18, p. 11-16, 2017.

CRUZEIRO, A. L. S.; SOUZA, L. D. M.; SILVA, R. A. D.; PINHEIRO, R. T.; ROCHA, C. L. A. D.; HORTA, B. L. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1149-1158, 2010.

D'ABREU, L. C. F. Pornografia, desigualdade de gênero e agressão sexual contra mulheres. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 592-601, 2013.

DAL POGETTO, M. R. B. *Redes de atenção à saúde para gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas*. 2016. 125 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

DELAMATER, A. M. Improving patient adherence. *Clin. Diabetes*, New York, v. 24, p. 71-77, 2006.

DELZIOVO, C. R.; BOLSONI, C. C.; NAZÁRIO, N. O.; COELHO, E. B. S. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p. 1-13, 2017.

DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 938-948, 2011.

DAKOF, G. A.; TEJEDA, M.; LIDDLE, H. A. Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, Baltimore, v. 40, n. 3, p. 208-215, 2001.

DOW- EDWARDS, D. Sex differences in the effects of cocaine abuse across the life span. *Physiol. Behav.*, New York, v. 100, n. 3, p. 208-215, 2009.

FACHINI, A.; FURTADO, E. F. Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, Santiago de Chile, v. 39, n. 2, p. 68-73, 2012.

FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S.; VALENTE, K.; SOLÉ PLÁ, M. A.; FERREIRA, M. B. Pré-testes de um questionário multidimensional autopreenchível: a experiência do Estudo Pró-Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 117-130, 1999.

FEENEY, G. F. X.; CONNOR, J. P.; YOUNG, R. M.; TUCKER, J.; MCPHERSON, A. Combined acamprodate and naltrexone, with cognitive behavioral therapy is superior to either medication alone for alcohol abstinence: a single centres experience with pharmacotherapy. *Alcohol Alcohol.*, Oxford, v. 41, n. 3, p. 321-327, 2006.

FERNANDES, S. S.; MARCOS, C. B.; KASZUBOWSKI, E.; GOULART, L. S. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 131-137, 2017.

FERREIRA, G.; PEREIRA, M. G. Validação do questionário do comportamento planejado na diabetes- atividade física. *Psicol. Saúde Doenças*, Braga, v. 15, n. 2, p. 409-426, 2014.

FERREIRA, A. C. Z.; BORBA, L. O.; CAPISTRANO, F. C.; CZARNOBAY, J.; MAFTUM, M. A. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. *Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 150-156, 2015.

FERREIRA, A. C. Z.; CZARNOBAY, J.; BORBA, L. O.; CAPISTRANO, F. C.; KALINKE, L. P.; MAFTUM, M. A. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. *Rev. Eletron. Enferm.*, Goiânia, v. 8, p. e1144, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/34292/>. Acesso em: 24 jun. 2020.

FILHO, M. M. S.; BUENO, P. M. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, 2016.

FORMIGA, N. S.; SOUZA, M. A.; COSTA, D. F. M.; GOMES, M. C. S.; FLEURY, L. F. O.; MELO, G. Comprovação empírica de uma medida relacionada ao excessivo consumo de álcool em Brasileiros. *Liberabit*, Lima, v. 21, n. 1, p. 91-101, 2015.

FREITAS, R. M.; SILVA, H. R. R.; ARAÚJO, D. S. Resultado do acompanhamento dos usuários de Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD). *SMAD Rev. Eletrôn. Saúde Mental Alcool Drog.*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 56-63, 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. *III levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, p. 888-895, 2005.

GARCÍA, M. L. G.; BLASCO- ALGORA, S.; FERNÁNDEZ- R. C. M. Alcohol liver disease: a review of current therapeutic approaches to achieve long-term abstinence. *World J. Gastroenterol.*, Beijing, v. 21, n. 28, p. 8516- 8526, 2015.

GARMENDIA, M. L.; ALVARADO, M. E.; MONTENEGRO, M.; PINO, P. Importancia del apoyo social em la permanencia de la abstinência del consumo de drogas. *Rev. Méd. Chile*, Santiago, v. 136, p. 169-178, 2008.

GREENFIELD, S. F.; BROOKS, A. J.; GORDON, S. M.; GREEN, C. A.; KROPP, F.; MCHUGH, R. K.; LINCOLN, M.; HIEN, D.; MIELE, G. M. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend.*, Limerick, v. 86, p. 1-21, 2007.

GRIEP, R. H.; DORA, C.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 379-385, 2003.

GUERRERO, M. B.; FIGUEIREDO, R. A.; BRANDÃO JUNIOR, W. O.; PINTO, E. R. Consumo de drogas lícitas entre discentes da Faculdade de Matemática. *Rev. Eletrôn. Fac. Mat. Uberlândia*, Uberlândia, p. 179-184, 2007.

GUIMARÃES, C. F.; SANTOS, D. V. V.; FREITAS, R. C.; ARAÚJO, R. B. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 101-108, 2008.

HOSMER, D.; LEMESHOW, S. *Applied logistic regression*. New York: Jonh Wiley & Sons, 1989. (Wiley series in probability and mathematical statistics).

HSER, Y.; GRELLA, C. E.; HUBBARD, R. L.; HSIEH, S. C.; FLETCHER, B. M.; BROWN, B. S.; ANGLIN, M. D. An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 us cities. *Arch. Gen. Psychiatr.*, Chicago, v. 58, n. 7, p. 689-695, 2001.

KERR- CORRÊA, F.; ANDRADE, A. G.; BASSIT, A. Z.; BOCCETO, N. M. V. F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 95-100, 1999.

KESSLER, F. H. P. *Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity Index (ASI6) para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica de usuários de drogas que buscam tratamento no país*. 2011. 320 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2011.

KLEINMAN, P. H.; KANG, S. Y.; LIPTON, D. S.; WOODY, G. E.; KEMP, J.; MILLMAN, R. B. Retention of cocaine abusers in outpatient psychotherapy. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, London, v. 18, n. 1, p. 29-43, 1992.

KHAN, A.; TANSEL, A.; WHITE, D. L.; KAYANI, W. T.; BANO, S.; LINDSAY, J.; EL-SERAG, H. B.; KANWAL, F. Efficacy of psychosocial interventions in inducing and maintaining alcohol abstinence in patients with chronic liver disease: a systematic review. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, Philadelphia, v. 14, p. 191- 202, 2016.

LARANJEIRA, R. (org.). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)*. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LOPES-QUINTERO, C.; LOS COBOS, J. P.; BLANCO, C. B. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend.*, Limerick, v. 115, n. 1, p. 120-130, 2011.

MARINI, M. *Preditores de adesão ao projeto terapêutico em centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas*. 2011. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MARTIN, G.; MACDONALD, S.; PAKULA, B. R. E. A. A comparison of motivations for use among users of crack, cocaine and cocaine powder is a sample of simultaneous cocaine and alcohol users. *Addict Behav.*, Oxford, v. 39, n. 3, p. 699-702, 2014.

MATOS, M. A.; TOMANARI, G. Y. *A análise do comportamento no laboratório didático*. São Paulo: Manole, 2002.

MCCONNAUGHY, E. A.; DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. E. Stages of change in psychotherapy: a follow up report. *Psychother.: Theory Res. Pract. Train.*, Washington, v. 26, n. 4, p. 494-503, 1989.

MCGAHAN, P. L.; GRIFFITH, J. A.; PARENTE, R.; MCLELLAN, A. T. *Addiction severity index: composite scores manual*. Philadelphia: Treatment Research Institute, 1986.

MCLELLAN, A.; LUBORSKY, G.; WOODY, G.; O'BRIEN, C. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The addiction severity index. *J. Nerv. Ment. Dis.*, Hagerstown, v. 168, p. 26-33, 1980.

MCLELLAN, T. A.; CACCIOLA, J. C.; ALTERMAN, A. L.; RIKOON, S. H.; CARISE, D. The addiction severity index at 25: origins, contributions and transitions. *Am. J. Addict.*, Washington, v. 15, n. 2, p. 113-124, 2006.

MEIRELLES, J. A. C. M.; CHOIFI, M. C. F.; BASILIO, M. M.; GERALDINI, A.; ARAUJO FILHO, G. M.; LARANJEIRA, R. R.; SILVA, C. J. Nível de adesão ao tratamento ambulatorial de pacientes dependentes de substâncias psicoativas. *Rev. Espacios*, Panamá, v. 36, n. 4, p. 12-23, 2015.

MELO, L. S. *Dificuldades para adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: perspectiva do usuário*. 2020. 112 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

MELO, C. M.; DITTRICH, A.; MOREIRA, M. B.; MARTONE, R. C. O modelo de seleção pelas consequências: o nível filogenético. In: MOREIRA, M. B. (org.). *Comportamento e práticas culturais*. Brasília: Instituto Walden, 2013. p. 24-34.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 7-10, 2004.

MILLER, W. R.; TONIGAN, J. S. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol. Addict. Behav.*, Washington, v. 10, p. 81-89, 1996.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

MIYAMOTO, Y.; KROLING, A. Sistema prisional brasileiro sob a perspectiva de gênero: invisibilidade e desigualdade social da mulher encarcerada. *Direito, Estado Soc.*, Rio de Janeiro, n. 40, p. 223-241, 2012.

MONTEIRO, C. F. S. Perfil Sócio demográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.

MORAES, A. B. A.; ROLIM, G. S.; COSTA JÚNIOR, A. L. O processo de adesão em uma perspectiva analítico comportamental. *Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.*, Campinas, v. 11, n. 2, p. 329-345, 2009.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MOSS, R. H.; MOSS B. S. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, Abingdon, v. 101, n. 2, p. 212-222, 2006.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. Crack use in São Paulo. *Subst. Use Misuse*, London, v. 31, p. 565-579, 1996.

NAPPO, S. A.; SANCHES, Z.; OLIVEIRA, L. G. Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brasil. *Subst. Use Misuse*, London, v. 46, p. 476- 485, 2011.

NASCIMENTO, P. Beber como homem: dilemas e armadilhas em etnografias sobre gênero e masculinidades. *Rev. Bras. Ciênc. Soc.*, São Paulo, v. 31, n. 90, p. 57-70, 2016.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. NIAAA council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsl.*, Bethesda, n. 3, 2004.

OLIVEIRA, E. N.; JORGE, M. S. B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Rev. Rede Enferm. Nordeste*, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100, 2007.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, A. S. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 664–671, 2008.

OLIVEIRA, J. F.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. Heterogeneidade de usuários (as) de drogas. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 694-698, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. Brasília: OPAS, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas: resumo*. Genebra: OMS, 2004.

PALUDO, S. S.; DEI SCHIRÒ, E. D. B. Um estudo sobre os fatores de risco e proteção associados à violência sexual cometida contra adolescentes e jovens adultos. *Estud. Psicol.*, Natal, v. 17, p. 397-404, 2012.

PAIANO, M.; KURATA, V. M.; LOPES, A. P. A. T.; BATISTELA, G.; MARCON, S. S. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento de usuários de drogas atendidos no CAPS-Ad. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683- 693, 2019.

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 sócio demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 317-321, 2010.

PEREIRA, P. H. P. *O crack e suas consequências uma revisão bibliográfica*. 2013. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Dependência Química e Promoção de Saúde) – Faculdades Integradas de Taquara, Taquara, 2013.

PIRARD, S.; SHARON, E.; KANG, S. K.; ANGARITA, G. A.; GASTFRIEND, D. R. Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatments outcomes. *Drug Alcohol Depend.*, Limerick, v. 78, p. 57- 64, 2005.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Res. Pract.*, v. 20, p. 161-173, 1982.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. *Changing for good*. New York: Paperback, 1994.

REHM, J.; ALLAMANI, A.; ELEKES, Z.; JAKUBCZYK, A.; MANTHEY, J.; PROBST, C.; STRUZZO, P.; DELLA VEDOVA, R.; GUAL, A.; WOJNAR, M. Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Fam. Pract.*, London, v. 16, n. 90, p. 1-9, 2015b.

REHM, J.; MANTHEY, J.; STRUZZO, P.; GUAL, A.; WOJNAR, M. Who receives treatment for alcohol use disorders in the European Union? A cross-sectional representative study in primary and specialized health care. *Eur. Psychiatr.*, Paris, v. 30, p. 885-893, 2015a.

REHM, J.; SHIELD, K.; REHM, M.; GMEL, G.; FRICK, U. *Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 2012.

REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.; VIEIRA, M. A.; ARRUDA, A. L. G. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 2299-2306, 2008.

REIS, L. F. *Adesão aos dependentes de drogas psicoativas ao tratamento em CAPSs Ad.* 2016. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016.

RESENDE, G. L. O. *Prontidão e tratamento em alcoolistas: análise de um programa.* 2003. 105 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2003.

RIBEIRO, R. M.; JESUS, R. S. A inserção da mulher no mercado de trabalho. *Rev. Ciênc. Hum.*, Viçosa, v. 16, n. 1, p. 42-56, 2016.

RIBEIRO, M. S.; RIBEIRO, L. C.; GARCIA, M. A.; SOUZA, G. F.; SOUSA, K. D. C.; NOGUEIRA, R. B. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 203-211, 2008.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 50-62, 2004.

RODRIGUES, V. S.; HORTA, R. L.; SZUPSZYNSKI, K. P. R.; SOUZA, M. C.; OLIVEIRA, M. S. Revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para problemas relacionados ao crack. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 208-216, 2013.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010.

ROSA, A. G.; BOING, A. F.; BUCHELE, F.; OLIVEIRA, W. F.; COELHO, E. B. S. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 17, n. 3, p. 152-160, 2008.

ROSEN, C. G.; OUIMETTE, P. C.; SHEIKH, J. I. GREGG, J. A.; MOSS, R. H. Physical and sexual abuse history and addiction treatments outcomes. *J. Stud. Alcohol*, New Jersey, v. 63, n. 6, p. 683-687, 2002.

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

SANTOS, A. C. O. *Significado da adesão ao plano terapêutico na vida social dos usuários atendidos no CAPSad*. 2014. 98 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2014.

SANTOS, D. P. *Estudo da vulnerabilidade à violência sexual, segundo identidade de gênero, em usuários de crack no Estado de Pernambuco*. 2018. 152 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico - Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 605-614, 2009.

SHEFFER, M.; ALMEIDA, R. M. M. Consumo de álcool e diferenças entre homes e mulheres: comportamento impulsivo, aspectos cognitivos e neuroquímicos. *Neuropsicol. Latinoam.*, Calle, v. 2, n. 3, p. 1-11, 2010.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. *Soc. Sci. Med.*, Oxford, v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991.

SILVA, A. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; LIMA, M. C. P. Apoio social e transtorno mental comum entre estudantes de Medicina. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 229-242, 2014.

SILVA, K. R.; GOMES, F. G. C. Dependência química: Resultantes do uso abusivo de substâncias Psicoativas. *Rev. UNINGÁ*, Maringá, v. 56, n. 1, p. 186-195, 2019.

SKINNER, B. F. *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Ed. Cultrix, 1974.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *SMAD, Rev. Eletrôn. Saúde Mental Álcool Drog.*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 1-17, 2006.

STARLING, E. T.; GARCIA, G. C. G. O uso precoce do álcool: questão jurídica, social e de saúde pública. *Direito Cid.*, Frutal, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2016.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. S. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicol. Teor. Prat.*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 162-173, 2008.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. S. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URIKA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 13, n. 1, p. 31-39, 2008.

TEIXEIRA, R. Calados pelo machismo: meninos e homens vítimas de violência sexual. *Psicologia Viva*, maio. 2020. Disponível em: <https://blog.psicologiaviva.com.br/violencia-sexual-de-meninos-e-homens/>. Acesso em: 23 nov. 2020.

TERRA, M. B.; BARROS, H. M. T.; STEIN, A. T.; FIGUEIRA, I.; ATHAYDE, L. D.; OTT, D. R.; AZAMBUJA, R. C. S.; SILVEIRA, D. X. Predictors of relapse in 300 brazilian alcoholic patients: a 6-month follow-up study. *Subst. Use Misuse*, London, v. 43, p. 403-411, 2008.

TESTINO, G.; LEONE, S.; BORRO, P. Treatment of alcohol dependence: recent progress and reduction of consumption. *Minerva Med.*, Torino, v. 6, n. 105, p. 447-466, 2014.

TIAGO, P. R. S.; SANTANA, I. J. As drogas e sua influência no índice de criminalidade: relatos de pesquisa. *Colloquium Humanarum*, Presidente Prudente, v. 10, n. esp., p. 63-70, 2013.

ÜSTÜN, B. T.; SARTORIUS, N. (ed.). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: Wiley & Sons, 1995.

VARGENS, R. W.; CRUZ, M. S.; SANTOS, M. A. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, Ribeirão Preto, v. 19, p. 804-812, 2011.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. Drugs use by adolescents and their perceptions about specialized treatment adherence and dropout. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 317–324, 2011,

VERMEIRE, E.; HEARNshaw, H.; VAN ROYEN, P.; DENEKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of research: a comprehensive review. *J. Clin. Pharm. Ther.*, London, v. 26, n. 5, p. 331- 342, 2001.

VIEIRA, S. *Bioestatística: tópicos avançados*. Rio de Janeiro: Editora Campos, 2003.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *J. Nurs. Meas.*, New York, v. 1, n. 2, p. 165-178, 1993.

WALTER, M.; GERHARD, U.; DUERSTELER-MACFARLAND, K. M.; WEIJERS, H. G.; BOENING, J.; WIESBECK, G. A. Social factors but not stress-coping styles predict relapse in detoxified alcoholics. *Neuropsychobiology*, Basel, v. 54, p. 101-106, 2006.

WEICH, S.; PRINCE, M. Cohort studies *In*: PRINCE, M.; STEWART, R.; FORD, T.; HOTOPF, M. (ed.). *Practical psychiatric epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 155-177.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>. Acesso em: 27 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care*. Geneva: WHO, 2010.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. *Psicol. Rev.*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 61-82, 2013.

ZAMPIERI, P. R. *Qualidade de vida de mulheres alcoolistas atendidas em serviço ambulatorial*. 2013. 121 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013.

APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) _____ para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO TRATAMENTO EM PORTADORES DO TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS: UM ESTUDO LONGITUDINAL”, que será desenvolvido por mim Renata de Almeida Moraes Possato, Psicóloga, com orientação da Médica e Professora Maria Cristina Pereira Lima da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Estou estudando o transtorno por uso de álcool e/ou drogas. Solicito seu consentimento para consultar seu prontuário para coletar outras informações lá contidas como sua frequência nas consultas. Além disso o(a) Senhor (a) responderá um questionário que levará 1 hora e 30 minutos de duração.

O Senhor (a) não terá benefícios diretos em participar da pesquisa, porém estará contribuindo para futuros pacientes, após os pesquisadores terem o conhecimento dos resultados da pesquisa.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

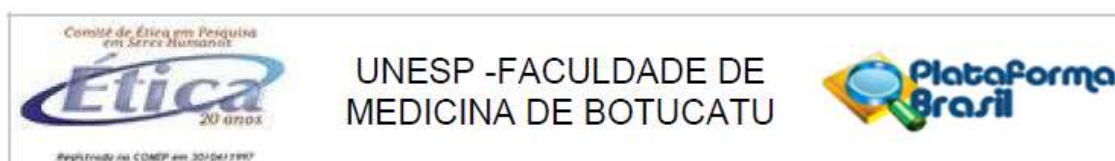
Pesquisadores:

Maria Cristina Pereira Lima– Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Renata de Almeida Moraes Possato - Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria – Faculdade de Medicina Botucatu – UNESP email: renatagarcia.moraes@gmail.com

ANEXOS

Anexo 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO TRATAMENTO EM PORTADORES DO TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS : UM ESTUDO LONGITUDINAL

Pesquisador: Renata Garcia de Almeida Moraes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80102017.9.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.421.404

Apresentação do Projeto:

Este estudo foi concebido com o intuito de contribuir com a investigação acerca dos fatores que podem afetar a adesão de pacientes em tratamento em um CAPS-AD. A investigação sobre tais aspectos pode possibilitar que sejam identificados pacientes com menor e maior probabilidade de aderir ao serviço de saúde, permitindo que sejam apoiados em seus tratamentos. Estas informações podem contribuir ainda na elaboração dos projetos terapêuticos favorecendo a permanência e conclusão dos tratamentos, aumentando assim a possibilidade de recuperação e reinserção social dos indivíduos portadores do transtorno por uso de substâncias. A hipótese do estudo é que serão fatores associados à adesão ao tratamento: história de uso de drogas por menor tempo e em menor quantidade, possuir rede de apoio social ou familiar e ter envolvimento com a justiça. Trata-se de uma pesquisa observacional, longitudinal e prospectiva, na qual usuários de um CAPS-AD II serão avaliados por um período de seis meses. Todos os sujeitos que iniciaram acompanhamento pela 1ª vez (casos novos/ triagem) e que retornaram para o 2º procedimento terapêutico, de acordo com o Plano Terapêutico Singular (PTS) no CAPS-AD II serão convidados a participar da pesquisa. Será considerado desfecho o abandono do tratamento, definido pelo não comparecimento ao serviço de saúde, quando agendados procedimentos, por quatro vezes consecutivas, sem retorno após contato dos profissionais do CAPS-AD.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

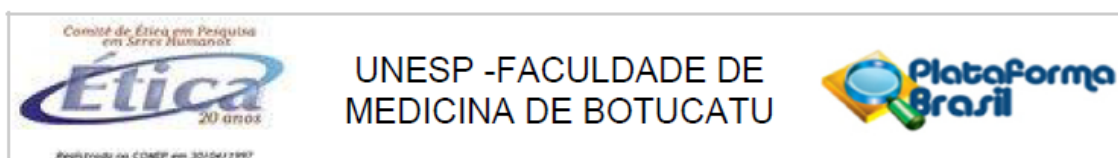
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.421.404

Objetivo da Pesquisa:

Identificar fatores associados à adesão ao tratamento de portadores de transtorno por uso de substâncias em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a presente pesquisa oferece um risco mínimo por se tratar de um único procedimento envolvendo diretamente os participantes que consiste em entrevista e será conduzida de forma empática, respeitosa e sigilosa. O risco é diminuído também pois a coleta consistirá apenas do fornecimento de respostas a pesquisadora, durante uma entrevista de aproximadamente uma hora e trinta minutos.

Benefícios: não há benefícios diretos com a pesquisa para os participantes. No entanto, entende-se como relevante identificar aspectos que possam apontar para adesão ao tratamento dos indivíduos portadores de transtorno por uso de substâncias. A presente investigação sobre tais aspectos pode possibilitar que sejam identificados pacientes com maior e menor probabilidade de aderir ao serviço de saúde permitindo que sejam apoiados em seus tratamentos além da elaboração dos projetos terapêuticos favorecendo a permanência e conclusão dos tratamentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante principalmente uma vez que o uso de álcool e drogas tem se tornado um problema de saúde pública em nosso país e este perfil de paciente tem aumentado cada vez mais. A identificação dos fatores associados à adesão ao tratamento é fundamental para a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular e consequentemente para o sucesso do tratamento. Sendo assim, este estudo tem muito a contribuir com a melhoria da qualidade da assistência à esta população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: adequada. Preenchida e assinada pelo autor e diretor da Faculdade de Medicina de Botucatu/SP.
- Projeto de pesquisa: adequado. Contém todos os requisitos de um projeto de pesquisa e está de acordo com as informações contidas na Plataforma Brasil.
- Autorização Institucional do Escritório de Apoio a Pesquisa: adequada.
- TCLE: no item 4.3.4 do projeto de pesquisa, o pesquisador deixa claro que os participantes irão participar de uma entrevista que consistirá na aplicação de questionário e instrumentos de

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

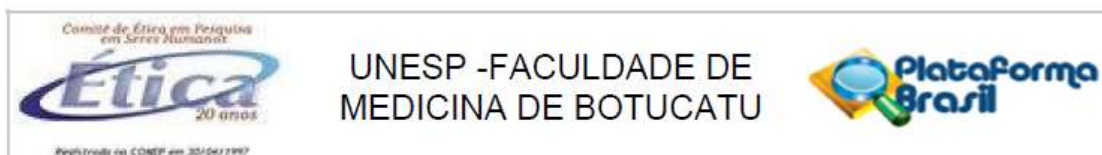
UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.421.404

avaliação (Addiction Severity Index, Escala de Apoio Social e Escala University Rhode Island Change Assessment, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale). Entretanto o TCLE informa que o participante responderá a um "questionário" com duração de 1h30.

- Autorização de Realização de Pesquisa fora do âmbito da FMB-UNESP-Botucatu: Adequada conforme o modelo disponibilizado no site do CEP e devidamente assinada pelo responsável da instituição, Sra. Marly Tieghi de Mello - Diretora Técnica Saúde III

Recomendações:

No TCLE o autor deverá deixar claro que o participante irá participar de uma entrevista e especificar se a mesma será gravada. Neste caso, especificar no texto do TCLE o que será feito com a gravação após transcrição de dados (Ex: As gravações serão destruídas ou apagadas). O autor também deverá informar ao participante que haverá a aplicação de instrumentos validados que auxiliarão na identificação de aspectos potencialmente associados à adesão e ao tratamento de portadores de transtorno por uso de substâncias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 04 dezembro de 2017, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa, no entanto, informa que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

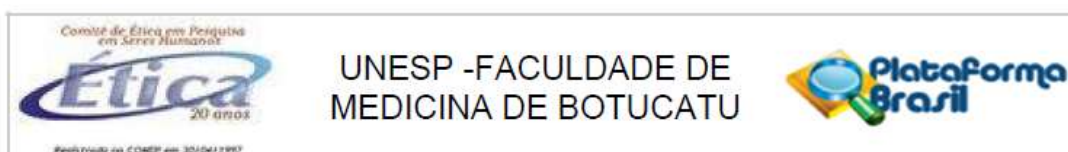
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.421.404

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1026947.pdf	20/11/2017 16:19:11		Aceito
Outros	documento.pdf	20/11/2017 16:16:39	Renata Garcia de Almeida Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecorrigido.pdf	20/11/2017 16:15:36	Renata Garcia de Almeida Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.pdf	13/11/2017 17:24:37	Renata Garcia de Almeida Moraes	Aceito
Outros	declaracao.pdf	13/11/2017 17:22:48	Renata Garcia de Almeida Moraes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	13/11/2017 17:20:16	Renata Garcia de Almeida Moraes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/11/2017 17:19:30	Renata Garcia de Almeida Moraes	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	13/11/2017 17:16:17	Renata Garcia de Almeida Moraes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 07 de Dezembro de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Anexo 2**Questionário Sócio- demográfico****1. Identificação**

Nome Completo: _____

Sexo e Gênero: _____

Telefone fixo e/ou celular: _____

Endereço Residencial: _____

Idade (anos): _____ **Data de nascimento:** _____

Escolaridade (até que ano estudou): _____

Profissão: _____

Ocupação: _____

Cor _____

Religião _____

Meio de transporte e recursos para locomoção até o CAPS- AD: _____

Origem do encaminhamento para o serviço: _____

Data de início do acompanhamento no CAPS-AD: _____

Data da entrevista: _____

Estado civil

() Casado

() Divorciado

() Relação estável/amasiado

() Viúvo

() Solteiro

Situação Laboral

() autônomo/ empregado (informalmente/ formalmente)

() Cuidando do lar

() Estudante

() desempregado/afastado

() aposentado (por invalidez e por tempo de serviço)

ASI- 6

Seção 1: Moradia/ Hospitalização (H)

		Últimos 6 meses	Últimos 30 dias
H1	Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico ou comunidade terapêutica.	000-H8	

	DESSAS NOITES QUANTAS FORAM EM:	Últimos 6 meses	Últimos 30 dias
H2	Unidade de Internação para tratamento de álcool e/ou drogas?		
H3	Hospital geral?		
H4	Hospital Psiquiátrico?		
H5	Delegacia ou prisão?		
H6	Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?		
H7	Outro tipo de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?		
H8	Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua?		
H9	Quantas noites você passou na rua, ou lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar? [NOTA: Se H8A ou H9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para próxima NOTA] [NOTA: Se H1B + H8B=30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica].	000-NOTA	

		1-Sim	0-Não
H10	Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar?		

H11	Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem estava morando? [Marque todas as que se aplicam]. Se morava sozinho pule para seção médica		
	1. Sozinho		
	2. Cônjuge/Parceiro		
	3. Filho(s) <18 anos		
	4. Pais		

5. Outros parentes adultos		
6. Outros adultos não-parentes		
7. Não respondeu		
8. Outros		
	1-Sim	0-Não
H12 Nos últimos 30 dias(quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com uso de álcool ou drogas?		

Seção 2: Médica- As questões a seguir são sobre sua saúde física

M1. Que tipo de convênio/seguro de saúde você tem? [Marque todas as que se aplicam]	
1. Nenhum	
2. Seguro privado, plano de saúde privado ex. Unimed, IPF, Golden Cross, Bradesco Saúde	
3. Convênio Público	
4. Convênio Militar	
5. Outros, especifique:	
6. Não respondeu	

[NOTA: Se homem, pule a M2]

	1-Sim	0-Não	2- Não tenho certeza
M2. Você está grávida no momento			

Alguma vez, algum médico ou profissional de saúde lhe disse que você tinha alguma dessas doenças?	1-Sim	0-Não
M3. Pressão Alta		
M4. Diabetes		
M5. Doença Cardíaca		
M6. Derrame/ Isquemia (Acidente Vascular Cerebral)		
M7. Epilepsia ou Convulsões		
M8. Câncer		
M9. HIV/Aids		
M10. Tuberculose		
M11. Hepatite		
M12. Cirrose ou doença do fígado		
M13. Doença renal crônica		
M14. Problema respiratório crônico (ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite)		
M15. Outro problema ou doença crônica (se “Sim”, especifique.....)		
M16. Qualquer incapacidade física que seriamente prejudica sua visão, audição ou movimentos? (se “Sim”, especifique.....)		
[NOTA: Se M3-M16 forem todas 0- Não, Pule a M17.]		

M17. Você já recebeu prescrição de medicação para qualquer uma dessas condições? (X)		
0- Não		
1- Sim, e ainda estou tomando todos os remédios como prescrito.		
2- Sim, e deveria estar tomando, mas não estou (ou toma apenas alguns)		
3- Sim, mas me disseram (médico) que a medicação não era mais necessária.		
	1-Sim	0-Não
M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pensão para doença física ou incapacidade? (exclua incapacidade psiquiátrica)		

M19. Nos últimos 30 dias, você diria que sua saúde física esteve?		
0- Excelente		
1- Muito Boa		
2- Boa		
3- Razoável		
4- Ruim		

(M.20- M.23) Nos últimos 30 dias: [NOTA: Não inclua problemas que são totalmente causados por estar sob efeito, intoxicado ou em abstinência de álcool ou drogas. Também não inclua transtornos psiquiátricos].		DIAS
M20. Quantos dias você teve sintomas ou problemas físicos ou clínicos? (ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade- incluir problemas dentários).		
M21. Quantos dias você esteve incapacitado para exercer atividades normais por causa de sintomas ou problemas clínicos/ físicos? [NOTA: Apresente a Escala de Avaliação ao Entrevistado]		
M22. Quanto desconforto ou dor física você experimentou? Escala 1		
M23. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico? Escala 1		
M24. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico? Escala 1		
M25. Quantas vezes na sua vida você já esteve hospitalizado (ao menos uma noite) por problemas físicos ou clínicos? (não inclua hospitalizações para o tratamento de álcool/ drogas ou psiquiátrico, ou partos não complicados).		

		Últimos 6 meses	Últimos 30 dias
M26.	Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?		
		000-M27	
M27.	Quantos dias você tomou medicação prescrita para uma doença física? (não inclua remédios para problemas com álcool/drogas e psiquiátricos)		
		000-M28	
M28.	Quantas dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde? (ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento. Cuidado para algum problema médico ou doença. Não inclua tratamento para álcool/drogas ou psíquico).		
		000-E/S	

Comentários:**Seção 3: Emprego/sustento- As questões seguintes são sobre seu emprego e finanças**

Renda familiar mensal	R\$	
Quantas pessoas sobrevivem desta renda?		

E1. Você tem algum diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal?	1- Sim, 0-Não
E2. Você prestou serviço militar?	1 – Sim, 0 – Não
E3. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?	0-Não, 1-meio-turno, 2- turno integral
E4. Você tem carteira de motorista válida?	1-Sim, 0-Não
E5. Você usa ou tem um carro ou moto?	1-Sim, 0-Não
E6. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte? [NOTA: Codifique E7. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia].	1-Sim, 0-Não
E7. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego?	1-Sim, 0-Não
E8. Seu trabalho atual é sem carteira assinada (informal)?	1-Sim, 0-Não
E9. Quanto tempo durou seu emprego de turno integral mais longo? (como um empregador ou como autônomo).	Meses. 000-E12
E10. Há quanto tempo ele terminou? [NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo]	Meses. 000-E12
E11. Qual era o seu trabalho/ocupação então? Especifique:	
E12. Nos últimos 6 meses (desde _____), quantas semanas você teve um trabalho pago? (Inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos).	Semanas máx. 26 00-E17
E13. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? (Incluir bicos)	R\$

(E14- E17) Nos últimos 30 dias:	
E14. Quantos dias remunerados você trabalhou? (Inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos).	00-E17

E15. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? (Incluir bicos)	R\$
E16. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho?(ex. baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, etc).	
E17. Você procurou algum emprego? (ex. mandou currículo, preencheu uma ficha de emprego, falou com um possível empregador).	1- Sim, 0-Não
E18. Neste momento, quão importante é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais? Escala 1	
E19. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia?	1-Sim, 0-Não

As próximas perguntas (E20- E31), são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda	R\$
Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:	
E20. Pensão, seguro social, seguro desemprego? (ex. previdência social ou INSS)	
E20b... últimos 6 meses?	
E21. Assistência pública?(ex. bolsa família/escola/moradia/roupas)	
E21b... últimos 6 meses	
E22. Outra assistência? (ex. vale alimentação ou vale-transporte)	
22b. ...últimos 6 meses	
E23. Sustento ou pensão alimentícia para crianças? (do pai ou ex-cônjuge)	
E23b... últimos 6 meses	
E24. Atividades ilegais? (ex. tráfico de drogas, prostituição, jogos ilegais, venda de objetos ilegais)	
E24b... últimos 6 meses	
E24c. bicos?	
E24d. últimos 6 meses?	
E25. Alguma outra fonte? (pediu emprestado, recebeu dinheiro da família, ou renda inesperada- herança, impostos, loteria, etc.)	
E25b... últimos 6 meses?	
E26. Você alguma vez declarou falência?	1-Sim, 0-Não
E27. Você já deixou de pagar algum empréstimo para o governo ou Instituição Privada? (ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários).	1-Sim, 0-Não
E28. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? (ex. habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos- contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais).	1-Sim, 0-Não
E29. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular? (ex. moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. Inclua pessoas que o sujeito sustente, bem como aqueles que ele(a) é obrigado(a) a sustentar).	
E30. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? (exclua dinheiro de atividades ilegais).	1-Sim, 0-Não

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]	
1. Emprego	
2. Aposentadoria – ex. pensão, seguro social (INSS)	
3. Invalidez / Incapacidade ex. pensão, seguro social (INSS), indenização	
4. Seguro desemprego	
5. Assistência pública ou governamental – ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada	
6. Sustento ou pensão alimentícia para criança	
7. Família, amigos ou sócios	
8. Dinheiro ilegal	
9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão. ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.	
10. Outras, ex. economias, etc. Especifique:	
11. Bicos	
12. Nenhuma	

Seção 4: Uso de substâncias e tratamentos (D/A)

Histórico de tratamentos		
D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para o seu uso de álcool ou drogas? - inclua avaliações para tratamento, mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA.		00-D6
D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação? - Desintoxicação não seguida por tratamento adicional.		
D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?		

Quantos dias você:	A. Últimos 6 meses	B. 30 dias
D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para o tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas?	000-D5	
D5. Tomou medicação prescrita para seu uso de álcool ou drogas? ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, Metadona, etc.- exclua medicações para dependência de nicotina.	000-D6	
D6. Participou de reuniões de auto-ajuda? (ex. A.A., N.A.)	Se nunca participou na vida: D8	

	Anos	Meses
D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana?		

Uso de Álcool		
D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + vezes por semana? - exclua os períodos sem álcool.	00-D10	
D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem e 4- mulher) drinques por dia regularmente, 3 ou + dias por semana?	>0-D11	
D10. Você bebeu pelo menos (5-homem, 4- mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida?	1. Sim	0. Não
D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu a primeira vez os efeitos do álcool?	Se nunca, codifique NN	
D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?		
0	Sem uso (- D20)	
1	1-3 vezes por mês	
2	1-2 vezes por semana	
3	3-6 vezes por semana	
4	Diariamente	
D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica?	00-D20	
D14. Quando você bebeu pela última vez? 00 se hoje, 01 se ontem, 02 se dois dias antes, etc.		
D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/ homens, 4 p/ mulheres) drinques em um dia?		
D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$		

Sintomas do álcool		
Nos últimos 30 dias:	1. Sim	0. Não
D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber?		
D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo?		
D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões; ou teve problema com a lei?		
D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber?		
D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool?	00 - D23	

	Escala 1
D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool	
D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?	
D24. Qual importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?	

Comentários:

Tabela de Uso de Drogas- Substâncias Individuais

NOTA: Entregue ao entrevistado a lista de drogas (escala 2) e diga: *Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha*

NOTA: Entregue ao entrevistado a lista de drogas (escala 2) e diga: <i>Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha</i>									
Pré - A.									
Você já experimentou ou usou (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?									
A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez?									
B. Por quantos anos de sua vida você usou 3 ou mais dias por semana?- exclua períodos sem a droga.									
C. Você já usou em 50 ou mais dias na sua vida?									
D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou?									
E. Nos últimos 30 dias, você usou ([0]- somente como prescrito, ou [1]- ilegalmente ou mais do que foi prescrito)? Tratamento=Tto									
NOTA: Se o entrevistado relata:									
1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), codifique "N" e passe para a próxima substância (D26-A).									
2. Ter usada 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex.D25-B), pule o item seguinte (D25-C), e continue.									
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D=00), passe para a próxima substância (D26-A).									
	A. Idade de 1° uso? [N-próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)?[>00- D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1- Sim, 0- Não]	D. Usou nos Últimos 30 dias ? [00-próxima A]	E. Usou como Tto (últimos 30 dias)? [0- como Tto, 1- Não Tto]				
D25. Maconha									
D26. Sedativos									
D27. Cocaína inalada									
D28. Crack / Merla / Oxi									
D29. Estimulantes									
D30. Alucinógeno									
D31. Heroína									
D32. Outros Opióides									
D33. Inalantes									

Comentários Adicionais:

Uso de Substâncias- Categorias Problemas

01. Álcool	07. Heroína
02. Maconha	08. Metadona
03. Sedativos	09. Outros Opióides
04. Cocaína/Crack	10. Inalantes
05. Estimulantes	11. Outras Substâncias (inclui nicotina)
06. Alucinógenos	12. Nenhuma

Rota(s) de Administração De que forma você já usou?	A. Categoria 12-D37		B. Na vida Marque todas que se aplicam					C. Últimos 30 dias Marque todas que se aplicam					
			1. Ingerida	2. Inalada	3. Fumada	4. Injetada	5. Outra	1. Ingerida	2. Inalada	3. Fumada	4. Injetada	5. Outra	6. Sem uso
Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas:.....													
Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas:.....													
Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas:.....													
NOTA: 4. Injeção- EV (endovenosa) ou IV (intravenosa) e não – EV/IV : ex. intramuscular, intradérmica, etc.													

Comentários Adicionais:

Uso de Drogas- Geral (exceto álcool e tabaco)

D37. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?		
	Se nunca usou drogas ou medicação – D54	

D38. Nos últimos 6 meses, durante o mês que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?		
0. Sem uso		
1. 1-3 vezes por mês		
2. 1-2 vezes por semana		
3. 3-6 vezes por semana		
4. Diariamente		

D39. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?		
D40. Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?		
	00- Se hoje, 01- se ontem, 02- se 2 dias antes, etc.	
D41. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou com drogas? Exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para as drogas, ex. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)	R\$	

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:	1. Sim	0. Não
D42. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer uso de droga?		
D43. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito recuperando-se ou apenas tentando obter drogas?		
D44. Por causa do seu uso de drogas- você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei?		
D45. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?		
D46. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?		
	00-D48	

	Escala 1
D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com seus problemas com drogas?	
D48. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?	
D49. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?	

D50. Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das drogas e do álcool por pelo menos 1 ano? Exclua medicações prescritas apropriadamente, (ex. metadona, medicações psiquiátricas)	1. Sim	0. Não
D51. Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou? (Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, coloque 00 00.)	Anos	Meses

Riscos para a Saúde

NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias			
D52. Alguma vez você se injetou drogas? (Injetou= IV (intravenosa) e não- IV)	1. Sim	0. Não	
	00 - D54		
D53. Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamentos de injeção? - Se nunca coloque N e N - Se no último mês, coloque 00 00	Anos	Meses atrás	

D54. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?		
D55. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS? - Se nunca coloque N e N - Se no último mês, codifique 00 00	Anos	Meses atrás

Tabaco- Cigarros, etc.

D56. Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma? Ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo - se nunca experimentou, codifique N		
	N-D59	
D57. Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?		
D58. Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarro (ou usou tabaco de outra forma)?		

Jogo

D59. Na sua vida, alguma vez você teve dificuldade financeira por causa de jogo?	1. Sim	0. Não
D60. Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?		
	Dias	

Comentários:

Seção 5: Legal- As próximas questões são a respeito de seu envolvimento com a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais

	Sim	Não
L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em uma delegacia, mesmo que por poucas horas?		
L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? NOTA: Se L1 e L2=0 – L18		
L3. Que idade você tinha na primeira vez?		
	>17- (L7-14)	

L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por: [marque todas as que se aplicam]	(X)
1. Crimes violentos ou crimes contra as pessoas, ex. roubo, agressão, estupro.	
2. Ato ilícito ligado a drogas, ex. porte, tráfico, manufatura de drogas.	
3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade, ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio.	
4. Infrações praticadas somente por jovens, ex. fugir de casa, infração por toque de recolher, vadiagem.	
5. Outras (especifique: _____).	

L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos?	
	vezes
L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenções ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)?	
	meses

(L7-14) Desde os 18 anos: Pré A. Você já foi preso ou detido por.... [NOTA: se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item] A.Quantas vezes no total? B.Quantas vezes nos últimos 6 meses?	A. Total	B. 6 meses
L7. Porte de drogas? - ou equipamentos de droga (parafemália)		
L8. Venda ou produção de drogas? - vender inclui traficar/distribuir		
L9. Roubo?- roubo à força, ou sob ameaça de força.		
L10. Outros crimes visando lucros? - fraude, venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio- em loja		
L11. Crime violento?- violência doméstica, estupro, assassinato.		
L12. Armas, prostituição, jogo?- inclua cafetinagem, dinheiro por sexo, pornografia.		
L13. Dirigir alcoolizado? - ou sob efeito de drogas		
L14. Alguma outra infração criminal? - violação da condicional, conduta desordeira, invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção,etc.		
L15. Há quanto tempo, foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? NOTA: [Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]	Anos	Meses
L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade?	Vezez	

L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão?		
	Anos	Meses
L18. A sua admissão ao tratamento foi ordenada pela justiça? ex. um Juiz a requisitou		
	1-Sim	2-Não

Você está atualmente envolvido com a Justiça Criminal, de alguma das seguintes formas?	1-Sim	0-Não
L19. Investigado em inquérito policial		
L20. Suspensão condicional do processo		
L21. Aguardando julgamento ou sentença		
L22. Sursis ou em liberdade condicional		
L23. Participando de um programa de justiça terapêutica		
L24. Outros. (ex. procurado pela Justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena).		
L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal? <i>Escala 1</i>		

(L26-L30) Nos últimos 6 meses: Pré A. Você...? [NOTA: Se Não, codifique 000 para A. e passe para o próximo item] A. Número de dias, últimos 6 meses B. Número de dias, últimos 30 dias	A.Últimos 6 meses	B.Últimos 30 dias
L26. Vendeu ou fabricou drogas? - traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira.		
L27. Roubou alguém?		
L28. Roubou, furtou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo?	Se L28=0-L29	
L28c. Roubou em loja?		
L28d. Praticou arrombamento?		
L28e. Roubou veículo a motor?		
L28f. Falsificou?		
L28g. Fraudou?		
L28h. Cometeu vandalismo?		
L28i. Provocou incêndio (premeditado)		
L28j. Roubou/ danificou propriedade		
L29. Ameaçou ou agrediu alguém? - com ou sem arma, inclua violência doméstica, estupro e assassinato- exclua roubo.	Se L29=0-L30	
L29c. Ameaçou sem agressão física		
L29d. Agrediu fisicamente com uma arma		
L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma		
L29f. Agrediu sexualmente		
L29g. Assassinou alguém		
L29h. OUTRO		
L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? - portou arma sem licença, envolveu-se com prostituição, cafetinagem ou jogo ilegal, etc. [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de		

Comentários:

	1. Sim	0. Não
F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas?		
F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda? Ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, Advogado, etc.		

	Escala 1	
F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com seus relacionamentos com adultos? Ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, quantidade de comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.		
F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?		
F15. Neste momento, quão importante é pra você, receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?		
	1. Sim	0. Não
F16. Você acha difícil falar sobre seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclusive parentes)?		
F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas?		
F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com as pessoas?		

Nos últimos 30 dias (F19-F22):	1. Sim	0. Não
F19. Você foi à missa/ serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação? - exclua reuniões de auto- ajuda ou AA		
F20. Você fez algum trabalho voluntário?		
F21. Você frequentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar seu tempo livre?		
	Escala 1	
F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita seu tempo livre?		

As questões a seguir são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.			
	1. Sim	0. Não	
F23. Você já foi fisicamente agredido ou abusado por alguém que você conhecia? - exclua abuso sexual pois esse será codificado em F26		0-F26	
F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?		Anos	
F25. Quando isso aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'		Anos	Meses

		atrás
F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém?	1. Sim	0. Não
	0-F29	
F27. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?		
	Anos	
F28. Quando isso aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'		
	Anos	Meses atrás
F29. Você alguma vez foi vítima de algum crime violento como ser espancado ou agredido? - exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas - exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra	1. Sim	0. Não
	0-F32	
F30. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?		
	Anos	
F31. Quando aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'		
	Anos	Meses atrás
F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? Ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra- exclua abuso, crimes, violentos como descritos acima.	1. Sim	0. Não
	0-F35	
F33. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?		
	Anos	
F34. Quando aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'		
	Anos	Meses atrás
F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? - exclua desastres/ acidentes graves ou incêndio ou guerra, como descrito acima em F32	1. Sim	0. Não
	0- Ver Nota	
F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?		
	Anos	
F37. Quando aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'		
	Anos	Meses atrás
NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e. F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0- Não), pule para o F40.		

	Escala 1
F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? - inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.	
F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual/adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?	

As questões seguintes são sobre seus filhos ou qualquer outra criança vivendo com você.	
F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem?	
	00-F45

F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?					
Filho 01				Filho 06	
Filho 02				Filho 07	
Filho 03				Filho 08	
Filho 04				Filho 09	
Filho 05				Filho 10	
NOTA: Se todos filhos tem 18 anos ou mais, F45					

F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente?	1. Sim	0. Não

	Filhos	
F43. Quantos dos seus filhos atualmente estão afastados da família por decisão judicial? - inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial		
F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo?		
F45. Nos últimos 30 dias, alguma criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.) menores de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo? - codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo.		
NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51.		

F46. Quantas das crianças (que moram com você) têm problema (s) grave (s) de saúde, comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado?	Crianças	
	0-F48	

	Escala 1
F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?	
F48. Nos últimos 30 dias, você teve problema para conviver bem com essas crianças (<18) que moraram com você?	
F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aula para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (<18) que moram com você?	

	1. Sim	0. Não
F50. Neste momento você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho?		
F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? NOTA: se 0 ou nunca teve filhos passe para a seção psiquiátrica		
F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa?		

F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso? - teve seus direitos de ser pai/mãe (poder Familiar) ou a guarda de seus filhos retirados pela justiça.		
F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado/supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças?		

Seção 7: Tratamento Médico/ Psicológico- As questões a seguir são sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas psicológicos ou psiquiátricos.

P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos/psiquiátricos? ex. em hospital ou clínica (exclua internação por álcool/drogas).	Vezez	
P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos/ psiquiátricos?	1-sim, 0-não. 0-P4	
P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos/psiquiátricos?	Últ. 6 meses	Últ.30 dias

P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos/psiquiátricos? - inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento. Inclua também atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos. [NOTA: Se P1, P2 e P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7].		
0-Nenhuma		
1-1-5 sessões		
2-6-25 sessões		
3- 26-50 sessões		
4-mais de 50 sessões		

	Últ. 6 meses	Últ.30 dias
P5. Quantas consultas ambulatoriais ou em consultório você teve?	000-P7	
P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos/psiquiátricos pela primeira vez?	Idade	
P7. Você atualmente recebe pensão ou benefício para incapacidade/invalides psicológica?	1-Sim, 0-Não	

As seguintes questões são sobre como você pode ter se sentido ou agido. Algumas questões são sobre como você já se sentiu ou se comportou em qualquer período de sua vida e outras são sobre os últimos 30 dias.

Código para A/B/C: 0-Não/ 1- Sim/ 2- Sim, mas somente sobre efeito de droga ou abstinência.

[NOTA: se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e. “SIM” pergunte: “Isso foi APENAS sob efeito de droga ou em abstinência?” e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

P8-P17: A. Na sua vida/ B. Durante qualquer um dos últimos 30 dias/ C. Há quantos dias você pela última vez?

Você (já):	A. Na vida			B. 30 dias			C. Dias atrás		
	0 -Não	1-Sim	2- Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência	0- Não	1- Sim	2-Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência	0-Não	1-Sim	2-Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência
P8. Teve dificuldades para dormir, manter o sono* ou acordar muito cedo? *dormir por toda a noite									
P9. Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior Parte do dia (quase todos os dias por pelo menos duas semanas seguidas)? - nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0-P10.									
P10. Sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? - para os últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0-P11.									
P11. Teve alucinações? Viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram.									
P12. Teve dificuldade para pensar/ concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas?									
P13. (Desde os 18 anos) Teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém?									
P14. (desde os 18 anos) empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém?									
P15. Teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)?									
P16. Tentou o suicídio (se matar)?									
P17. Passou por outro problema psicológico ou Psiquiátrico não mencionado ainda? Ex. transtorno alimentar, mania, etc. Especifique: _____									

[NOTA: Se todas P9-P17 são 0- Não, i.e. sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pule para P21].

(P18-P20) Nos últimos 30 dias: - exclua P8 (problemas com sono) para P18-P21	
P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?	
	Dias
P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos?	
	Dias
P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos? Escala 1	
P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos ou psiquiátricos? Escala 1	

Comentários: _____

SOCRATES- 8A

Por favor, ouça cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu beber. Para cada questão responda o quanto você concorda ou discorda, **neste momento da sua vida**. Por favor, escolha apenas uma alternativa de resposta para cada questão.

As alternativas são: **1- Discordo Muito; 2- Discorda; 3- Indeciso; 4- Concordo e 5- Concordo Muito.**

1. Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de beber.	
2. Às vezes, eu penso se sou um alcoólatra.	
3. Se eu não mudar logo a minha maneira de beber, meus problemas vão ficar piores.	
4. Eu já comecei fazer algumas mudanças em relação à minha maneira de beber.	
5. Estou tentando controlar a minha maneira de beber.	
6. Às vezes, eu penso se o meu beber está prejudicando as outras pessoas.	
7. Eu sou uma pessoa que tem problemas com bebidas alcoólicas.	
8. Eu não estou pensando apenas na minha maneira de beber. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.	
9. Eu já mudei o meu hábito de beber e estou buscando meios para não voltar a beber como bebia antes.	
10. Eu tenho graves problemas com a bebida.	
11. Às vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de beber.	
12. O meu hábito de beber está causando muitos transtornos.	
13. Você parou ou diminuiu seu hábito de beber? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito. () Sim - Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu beber.	
14. Antes você tinha problemas com a bebida? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito. () Sim - Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com a bebida que eu tinha antes.	
15. Eu sei que tenho problemas com bebidas alcoólicas.	
16. Às vezes eu acho que bebo demais	
17. Eu sou um alcoólatra.	
18. Eu estou me esforçando muito para mudar o meu hábito de beber.	
19. Você fez mudanças no seu hábito de beber? () Não - Coloque a resposta discordo muito. () Sim - Eu quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes.	

URICA

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comportamento com relação às drogas. Favor indicar o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em **como você se sente agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de sentir**.

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário: **1- Discordo Extremamente, 2- Discordo, 3- Indeciso, 4- Concordo e 5- Concordo Extremamente**. Fale o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

1. Eu não estou com um problema com relação ao meu uso de drogas.	
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com as drogas.	
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu uso de drogas.	
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação às drogas.	
5. Muitas pessoas usam drogas, eu não penso que isso seja um problema para mim.	
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação às drogas.	
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu uso de drogas, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.	
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu comportamento com relação às drogas.	
9. Eu tenho um problema com as drogas e eu realmente penso que eu devia trabalhar nele.	
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída.	
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação às drogas.	
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com relação às drogas, mas não estou.	
13. Eu gostaria de ter mais ideias de como solucionar o meu problema com as drogas.	
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação às drogas.	
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu uso de drogas.	
16. Talvez eu tenha problemas com as drogas, mas não creio nisso.	
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação ao meu uso de drogas.	
18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema com as drogas.	
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas em relação às drogas.	
20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com as drogas.	
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema com as drogas, mas não resolvi.	
22. Eu tenho alguns problemas em relação às drogas, mas por que perder tempo pensando neles?	
23. Eu estou ativamente trabalhando no meu problema em relação ao meu uso de drogas.	
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação às drogas.	

Escala de Apoio social (EAS)

	Quantos parentes?
EAS1- Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta).	
EAS2 – Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta).	

	Sim, com que frequência*	Não
EAS3 – Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?		
EAS4 – Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?		
EAS5 – Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras ?		

*** Se SIM, com que frequência:**

1 - mais de uma vez por semana

2 - uma vez por semana

3 - 2 a 3 vezes por semana

4 - algumas vezes no ano

5 - uma vez no ano

Em uma situação de necessidade, incluindo sua família de origem (pai, mãe, irmãos) com que frequência você pode contar com alguém que:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
B1) Que o ajude se ficar de cama	0	1	2	3	4
B2) Para levá-lo ao médico	0	1	2	3	4
B3) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se ficar doente?	0	1	2	3	4
B4) Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	0	1	2	3	4
B5) Que demonstre amor e afeto por você?	0	1	2	3	4
B6) Que lhe dê um abraço?	0	1	2	3	4
B7) Que você ame e que faça você se sentir querido?	0	1	2	3	4
B8) Para ouvi-lo, quando você precisar falar?	0	1	2	3	4
B9) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	0	1	2	3	4
B10) Para compartilhar suas preocupações e medos	0	1	2	3	4
B11) Que compreende seus problemas?	0	1	2	3	4
B12) Para dar bons conselhos em situação de crise?	0	1	2	3	4
B13) Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?	0	1	2	3	4
B14) De quem você realmente quer conselhos?	0	1	2	3	4
B15) Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	0	1	2	3	4
B16) Com quem fazer coisas agradáveis?	0	1	2	3	4
B17) Com quem distrair a cabeça?	0	1	2	3	4
B18) Com quem relaxar?	0	1	2	3	4
B19) Para se divertir junto?	0	1	2	3	4

Para finalizarmos, quero lembrá-lo (a) que, semanalmente estarei acompanhando sua frequência no serviço de saúde através de seu prontuário.

Muito Obrigada por você ter colaborado com esta entrevista.