

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**

Mitieli Vizcaychipi Disconzi

**ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA DE ORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
ADIÇÃO E GRUPOS DE APOIO**

**Porto Alegre
2017**

Mitieli Vizcaychipi Disconzi

**ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA DE ORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
ADIÇÃO E GRUPOS DE APOIO**

Trabalho Final apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Eixo Temático: Redes de Atenção em saúde
Linha de pesquisa: Redes de Atenção à saúde e gestão do cuidado de enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Cíntia Nasi
Coorientadora: Profa. Dra. Annie Jeanninne Bisso Lacchini

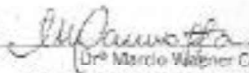
**Porto Alegre
2017**

Mitteleurachliche Dissonz

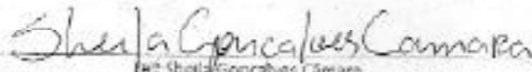
**ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA DE ORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
ADICÇÃO E GRUPOS DE APOIO**

Trabalho final apresentado para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre,
Área de concentração: Enfermagem.

Porto Alegre, 14 de novembro de 2017



Dr. Marco Weber Casatta
Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Dr. Sheila Gonçalves Câmara
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre



Dr. Alissa Helen Weig
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Catálogo na Publicação

Disconzi, Mitieli Vizcaychipi

Elaboração de uma cartilha de orientação dos serviços de adição e grupos de apoio / Mitieli Vizcaychipi Disconzi. -- 2017.

112 p. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

Orientador(a): Cíntia Nasi ; coorientador(a): Annie Jeanninne Bisso Lacchini.

1. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 2. Usuários de Drogas. 3. Saúde Mental. 4. Serviços de Saúde. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar meu caminho, permitindo que eu chegasse até aqui.

Ao meu esposo, que permaneceu sempre ao meu lado, dando força e coragem para prosseguir nesta caminhada.

À minha filha, pela companhia constante durante esta jornada.

À minha família por me terem dedicado todo o amor, ensinando que a vida vale a pena e incentivando-me em todos os momentos.

À minha orientadora, Cíntia Nasi, e coorientadora, Annie Jeanninne Bisso Lacchini, pela atenção, paciência e contribuições para a elaboração deste trabalho.

Aos membros da Banca Examinadora pela disponibilidade e contribuições.

Aos colegas de trabalho, pela escuta, incentivo, apoio e por dividirem comigo conhecimento e experiências para a realização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFCSPA e colegas, pelas trocas de experiências, reflexões e aprendizados.

Aos amigos, por entenderem o motivo da minha ausência.

Aos profissionais e estudantes do Serviço de Enfermagem em Adição (Unidade Adição e Ambulatório), que permitiram e apoiaram na realização desta pesquisa, muito grata pela atenção, compreensão e por dividirem comigo conhecimento.

Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade. Sem vocês o trabalho não teria se concretizado.

A todos que, de alguma maneira ou outra, contribuíram com o estudo, torceram e acreditaram em mim, obrigada!!!

“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças.”

(Charles Darwin)

RESUMO

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde. As consequências sociais e econômicas do abuso e da adição, associados a comorbidades psiquiátricas alcançaram tamanha magnitude que na última década se investiu, tanto na esfera pública, quanto privada, na prevenção e no tratamento do Transtorno por Uso de Substância Psicoativa. **OBJETIVOS:** O objetivo geral do estudo é a elaboração de uma cartilha de orientação dos serviços de Adição e grupos de apoio disponíveis no município de Porto Alegre/RS para usuários e equipe assistencial de um serviço especializado em Adição. Como objetivos específicos: identificar as primeiras experiências de uso e os motivos que levaram ao uso das substâncias psicoativas; analisar as razões que levaram os usuários a buscarem os tratamentos; descrever a trajetória de tratamento para adição nos grupos de apoio e serviços de saúde do município de Porto Alegre, a partir do relato de experiência dos usuários atendidos no serviço; conhecer o entendimento que os usuários possuem sobre os serviços, identificando as potencialidades e fragilidades do tratamento. **MÉTODO:** Esse trabalho é definido como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. O estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação em Adição e ambulatório de adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 20 usuários de substâncias psicoativas, sendo que 12 usuários estavam na internação e oito em tratamento no ambulatório de adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA. A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2017, por meio de entrevista semiestruturada e após realizada análise de conteúdo, conforme Minayo⁽⁵⁴⁾. A pesquisa respeitou os preceitos éticos relacionados às pesquisas envolvendo seres humanos, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. **RESULTADOS:** Foram elencadas quatro categorias: primeiras experiências e motivações para o uso de substâncias psicoativas; motivos que levaram a buscar o tratamento; trajetória de tratamento dos usuários de substâncias psicoativas e o entendimento dos usuários sobre os serviços e grupos de apoio. Como resultados, foram identificadas as primeiras experiências de

uso na infância e adolescência. As motivações para o uso foram à curiosidade, busca por novas sensações e prazeres, influência dos amigos e experimentação em grupos. Os motivos que levaram ao tratamento foram comorbidades clínicas e psiquiátricas e os prejuízos nas relações sociais e familiares. Também, foi realizada a trajetória de tratamento dos participantes, bem como o entendimento que os usuários possuem sobre os serviços utilizados para tratamento das substâncias psicoativas. Como produto, foi elaborada uma cartilha de orientações dos serviços de adição e grupos de apoio disponíveis no município de Porto Alegre. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Espera-se contribuir através dos serviços de Adição e grupos de apoio, com o acesso e a continuidade de tratamento dos usuários, afim de ajuda-los a identificar qual o melhor fluxo de busca de ajuda para suas necessidades de saúde. Destaca-se, também, a necessidade da construção e efetivação de ações na prevenção e de promoção da saúde, com vistas a reduzir os danos causados pelo consumo abusivo de substâncias psicoativas.

Descritores: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Usuários de Drogas. Saúde Mental. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In the last decades, the growth of drug abuse has been a serious problem that requires integrality in the actions of public policies to minimize the consequences of possible health problems. The social and economic consequences of abuse and addiction associated to psychiatric comorbidities have reached such a magnitude that in the last decade both public and private spheres have been invested in the prevention and treatment of Psychoactive Substance Use Disorder. **Objectives:** The general objective of the study is the elaboration of an orientation booklet for the Addiction services and support groups available in Porto Alegre/RS city for drug users and assistance team of a specialized service in Addiction. As specific objectives: to identify the first experiences of use and the reasons that led to the use of psychoactive substances; To analyze the reasons that led users to seek the treatments; to describe the treatment trajectory for addiction in the support groups and health services of Porto Alegre city, based on the experience report of the drug users attended in the service; to know the users' understanding of the services, identifying the potentialities and fragilities of the treatment. **METHOD:** This work is defined as a qualitative, descriptive and exploratory research. The study was developed at the Inpatient Unit in Addiction and outpatient clinic of addiction of the Álvaro Alvim Unit at the Hospital de Clínicas of Porto Alegre, in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Twenty users of psychoactive substances participated of the study, but 12 users were hospitalized and eight were receiving treatment at the Outpatient Clinic of Addiction of the Álvaro Alvim Unit of the HCPA. The Data collection was performed in the period from March to September of 2017, through a semi-structured interview and after a content analysis according to Minayo. The research respected the ethical precepts related to the research involving human beings, approved in the Committee of Ethics in Research of the Hospital of Clinics of Porto Alegre and by the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre. **RESULTS:** Four categories were listed: First experiences and motivations for the use of psychoactive substances; Reasons that led to seeking treatment; Treatment Trajectory of the psychoactive substances users and the understanding of the drug users about the services and support groups. As results, the first experiences of use in childhood and adolescence were identified. The motivations for the use were the curiosity, search for new sensations and pleasures, friends influence and experimentation in groups. The reasons that led to the treatment were clinical and

psychiatric comorbidities and the losses in social and family relations. Also, the trajectory of participants' treatment was performed, as well as the understanding that the users have about the services used to treat the psychoactive substances. As a product, a booklet of orientation was developed of the addition services and support groups available in the city of Porto Alegre. FINAL CONSIDERATIONS: It is expected to contribute through Addition services and support groups, with access and continuity of users' treatment, to help them identify the best flow of help-seeking for their health needs. It is also important to emphasize the need to build and implement actions to prevent and to promote health in order to reduce the damages caused by the abusive use of psychoactive substances.

Descriptors/Keywords: Substance-Related Disorders. Drug users. Mental health. Health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Unidade de Adição	36
Figura 2 – Leitos da Unidade de Internação em Adição	37
Figura 3 – Sala de Atividades da Unidade de Adição	38
Figura 4 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa.....	65
Figura 5 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa.....	66
Figura 6 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa.....	67
Figura 7 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa.....	68
Figura 8 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa.....	69
Figura 9 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa.....	70
Figura 10 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa.....	71
Figura 11 – Fluxograma das Etapas para a Construção da Cartilha	81
Figura 12 – Produto: Cartilha de Orientações dos Serviços de Adição e Grupos de Apoio do Município de Porto Alegre/RS	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição das categorias e subcategorias encontradas neste estudo, Porto Alegre, 2017	50
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos participantes: idade, situação conjugal, religião e profissão	46
Tabela 2 – Perfil dos Participantes: Substâncias Psicoativas Utilizadas.....	47
Tabela 3 – Perfil dos Participantes: número de filhos, suporte/apoio e doença clínica/psiquiátrica	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
CAEE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DQ	Dependência Química
DS	Distritos Sanitários
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado) 5ª edição
DT	<i>Delirium Tremens</i>
E	Entrevista
EM	Entrevista Motivacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
GD	Gerências Distritais
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INSS	Instituto Nacional do Serviço Social
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LSD	<i>Lysergsäurediethylamid</i> (Dietilamida do Ácido Lisérgico)
MC	Manejo de Contingência
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SUS
PESM	Plantões de Emergência em Saúde Mental
POA	Porto Alegre
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Rio Grande do Sul
SAA	Síndrome de Abstinência Alcoólica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEA	Serviço de Enfermagem em Adição
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPAs	Substâncias Psicoativas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TUS	Transtorno por Uso de Substância Psicoativa
UAA	Unidade Álvaro Alvim
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIAD	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIJUÍ	Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
UNODOC	Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URICA	<i>University of Rhode Island Change Assessment</i> (Avaliação de Mudança da Universidade de Rhode Island)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO GERAL	21
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 REVISÃO DA LITERATURA	22
3.1 CONTEXTUALIZAÇÕES DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: ASPECTOS CONCEITUAIS	22
3.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS E MODALIDADES DE TRATAMENTO	25
3.3 ADESÃO E MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO	30
4 MÉTODO	34
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	34
4.2 LOCAL DO DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	34
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	40
4.4 COLETA DE DADOS	41
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	42
5 ASPECTOS ÉTICOS	43
6 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	45
7 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS	50
7.1 PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS E MOTIVAÇÕES PARA O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	50
7.2 MOTIVOS QUE LEVARAM A BUSCAR O TRATAMENTO	56
7.2.1 Comprometimento e Perturbação Clínica	56
7.2.2 Comorbidades Psiquiátricas	59
7.2.3 Prejuízos nas Relações Sociais e Familiares	61
7.3 TRAJETÓRIA DE TRATAMENTO DOS USUARIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: MAPA DOS SERVIÇOS DE ADIÇÃO E GRUPOS DE APOIO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS PERCORRIDA PELOS USUARIOS DA PESQUISA	64
7.4 O ENTENDIMENTO DOS USUARIOS SOBRE OS SERVIÇOS E GRUPOS DE APOIO	72

8 A CONSTRUÇÃO DO PRODUTO: ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA DE ORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ADIÇÃO E GRUPOS DE APOIO DISPONÍVEIS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS.....	79
8.1 A VERSÃO FINAL DA CARTILHA	80
8.2 ENCAMINHAMENTOS E DESAFIOS DO USO DA CARTILHA	80
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	105
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	106
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA	108
ANEXO B - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA	109

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se da elaboração de uma cartilha de orientação dos serviços de Adição e Grupos de Apoio no Município de Porto Alegre/RS para usuários e profissionais do serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O estudo buscou identificar as primeiras experiências de uso e os motivos que levaram ao uso das substâncias psicoativas, analisando as razões que levaram os usuários a buscarem os tratamentos, e com isso, descrever a trajetória de tratamento para adição nos grupos de apoio e serviços de saúde do Município de Porto Alegre.

O termo Adição atualmente é utilizado em substituição ao termo Dependência química, que, conforme o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o compreende como qualquer substância ou comportamento que altere o cérebro podendo causar a dependência (comportamento aditivo) e transtornos associados⁽¹⁾. Portanto, a “adição” refere-se ao consumo demasiado, causando prejuízos ao usuário, à família e à comunidade, e o termo Adicto foi denominado para identificar o usuário em relação à adição⁽¹⁾. Neste estudo utilizaremos a denominação usuário de Substâncias Psicoativas (SPAs), por considerá-la menos estigmatizadora que a denominação adicto.

A problemática do consumo de drogas no país vem crescendo, tendo em vista que muitos fatores relacionados a problemas sociais, psicológicos e biológicos podem desencadear o abuso das drogas e a dependência química. Geralmente, os sintomas da adição são bem parecidos, independentemente do tipo de substância que se utiliza, havendo uma variedade em relação ao estágio em que se encontra a dependência⁽²⁾.

As consequências sociais e econômicas do abuso e da adição ao álcool, tabaco e outras substâncias, associados a comorbidades psiquiátricas alcançaram tamanha magnitude que na última década se investiu, tanto na esfera pública quanto privada, na prevenção e no tratamento do Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas (TUS)⁽³⁾. Por isso, surge uma preocupação, cada vez maior, com a complexidade dos tratamentos necessários diante do fato da associação frequente com as comorbidades psiquiátricas.

O TUS possui um amplo espectro de características, sendo importante para o diagnóstico médico as consequências do uso da substância, tanto para a pessoa, como para a sua rede de relações, e encontra-se frequentemente associado a outras

patologias psiquiátricas. Diante de um usuário com uso problemático de SPAs, seja dependência ou uso abusivo, deve-se sempre investigar a existência de outra doença emocional, seja subjacente à dependência ou como consequência desta⁽²⁾. Logo, uma das questões impostas aos profissionais de saúde é oferecer serviços que auxiliem as pessoas que buscam tratamento possibilitando às mesmas enfrentar seus problemas e melhorar a qualidade de vida.

Ainda, em relação à adição, nos últimos anos, observou-se um crescimento no cenário epidemiológico referente ao consumo de SPAs lícitas e ilícitas. O relatório de 2014 do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (UNODOC)⁽⁴⁾ estima que cerca de 230 milhões de pessoas, ou seja, 5,2% da população adulta mundial consumiu alguma droga ilícita, ao menos uma vez, no ano de 2010. São cerca de 27 milhões de consumidores de SPAs, o que representa 0,6% da população adulta mundial⁽⁴⁾.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD - 2012, destaca que em 2006, cerca de 13% dos brasileiros tinham experimentado bebidas alcóolicas com menos de 15 anos. No entanto, em 2012, foram cerca de 22% que relataram terem experimentado com menos de 15 anos. Houve, também, um aumento em relação ao beber em *binge* (beber cinco doses ou mais para homens e quatro doses ou mais para mulheres), em 2006, 45% dos não abstinentes declararam ter bebido em *binge*, alguma vez, nos últimos 12 meses, já em 2012 este percentual subiu para 58%⁽⁵⁾.

Em relação a fumantes o LENAD - 2012 aponta que a prevalência de fumantes entre brasileiros adultos diminuiu 3,9 pontos percentuais em relação a 2006, ano em que 20,8% do total de brasileiros se declararam fumantes. Dentre as substâncias ilícitas, a maconha é a mais consumida no mundo, tendo sido utilizada pelo menos uma vez na vida por cerca de 7,8 milhões de brasileiros adultos, sendo que 2,5%, cerca de 3 milhões de adultos, e 3,4%, aproximadamente 478 mil adolescentes, já utilizaram maconha nos últimos 12 meses. Ainda, segundo este estudo, 0,7%, ou seja, 800 mil brasileiros já utilizaram *crack* nos últimos 12 meses, no entanto, destaca – se que o levantamento foi realizado em domicílios, portanto não foram entrevistados moradores de rua⁽⁵⁾.

Esses dados subsidiam o desenvolvimento de políticas para o controle das SPAs na população em geral, sobretudo para grupos com maior vulnerabilidade. A identificação dos fatores determinantes é fundamental para o planejamento de ações de prevenção.

Pensando na multiplicidade de propostas de tratamento, observa-se um espaço para a inserção da equipe de enfermagem. A atuação do profissional de enfermagem nos serviços deve contemplar, no tratamento de dependência química, dois aspectos fundamentais de cuidado: a psicoeducação e o assistencial. O enfermeiro deve estar qualificado no uso do conhecimento em prática, procurando construir um relacionamento terapêutico com o usuário e a família, estabelecendo uma relação de confiança. Assim, deve-se ouvir sem realizar juízos de valores e auxiliar que o próprio usuário realize a reconstrução de sua vida, com o apoio da equipe de saúde e de outros setores, promovendo a prevenção e promoção da saúde e a recuperação das necessidades, na busca pela integridade do cuidado⁽⁶⁾.

A atuação do profissional de enfermagem, conjuntamente com uma equipe multidisciplinar, no tratamento das adições é de extrema importância. Salienta-se que as questões de saúde mental/dependência química sempre estiveram presentes na minha trajetória acadêmica e profissional. Em agosto de 2005, concluí minha graduação em enfermagem pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Durante a trajetória do Curso de Enfermagem, realizei atividades práticas, cursos, congressos, grupos de estudos em saúde mental, o que despertou em mim grande interesse pela área da Saúde Mental e Dependência Química. Ao concluir minha graduação, dei continuidade aos estudos nessas temáticas, com a realização da especialização em Saúde Mental Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

No decorrer da trajetória profissional trabalhei em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em unidades de internação psiquiátrica. Desde 2012, desempenho o trabalho como enfermeira assistencial no Serviço de Enfermagem em Adição (SEA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) com usuários de SPAs.

A motivação e interesse pela escolha desse tema de estudo deve-se às experiências vivenciadas como profissional na área da adição e aos relatos dos usuários dos serviços de saúde. Observa-se que muitos usuários de SPAs procuram por um tratamento, porém, muitas vezes, abandonam precocemente. Percebe-se, ainda, empiricamente, que a baixa adesão e vinculação com os serviços, a dificuldade de acesso aos serviços devido à falta de informações (não saber o que o território oferece) associadas à falta de motivação para o tratamento acarretam frequentes recaídas. Acredita-se que o enfermeiro pode contribuir efetivamente com a sua prática de cuidado para o tratamento dos usuários de SPAs.

Em uma pesquisa realizada com objetivo de caracterizar as internações de usuários de SPAs em uma unidade de reabilitação, foram coletados dados de 350 prontuários, no ano de 2010. A pesquisa aponta que 41,4% não aderiram o tratamento completo, seja por indisciplina, evasão ou alta a pedido. Nesse mesmo estudo, observou-se que os alcoolistas aderem mais ao tratamento (70,31%) em comparação aos dependentes de *crack* (38,56%). Quanto ao histórico de tratamentos anteriores, os dados apontam que 71,7% foram internados anteriormente para tratamento da dependência química. O número de internações anteriores variou entre 1 (33,48%) e 30 (0,48%), sendo que a faixa de 1 a 5 internações predominou em 89,1%⁽⁷⁾.

Muitos usuários não compartilham da expectativa e desejo de abstinência e abandonam os serviços. Outros, sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou às práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuem para a melhora e inserção social e familiar do usuário⁽⁸⁾.

Essa pesquisa torna-se relevante ao analisar a trajetória e a percepção dos usuários em tratamento para adição em relação aos serviços para tratamento de adição, já que as estruturas disponíveis para o tratamento parecem não atender às necessidades dos usuários; a motivação dos usuários para o tratamento geralmente é baixa, e o abandono ocorre com frequência. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a otimização dos recursos terapêuticos, ampliação e criação de estratégias para uma maior adesão ao tratamento, oferecendo subsídios para a reflexão e reorientação de propostas terapêuticas mais efetivas para essa população.

Esse estudo, busca responder a seguinte questão de pesquisa: qual a trajetória de tratamento para adição nos serviços de saúde e grupos de apoio de Porto Alegre percorrida por usuários do ambulatório e da internação do Serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA?

Sendo assim, a partir dos resultados da pesquisa, propõem-se a elaboração de uma cartilha de orientação dos serviços de adição e grupos de apoio disponível no município de Porto Alegre/RS para usuários e equipe assistencial do ambulatório de adição e unidade de adição do Serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA, esperando-se contribuir com o acesso e a continuidade de tratamento dos usuários.

Portanto, espera-se oferecer um produto relevante ao serviço, uma vez que o conhecimento da rede de serviços possibilita uma melhor intervenção da equipe de saúde junto a esses usuários, ampliando, assim, as discussões e favorecendo uma

prática que valorize e fortaleça a abordagem multiprofissional e interdisciplinar, potencializando o uso dos espaços da rede de serviços e das estruturas de cuidado disponíveis na comunidade.

2 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma cartilha de orientação dos serviços de Adição e Grupos de Apoio no Município de Porto Alegre/RS para usuários e profissionais do serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as primeiras experiências de uso e os motivos que levaram ao uso das substâncias psicoativas;
- b) Analisar as razões que levaram os usuários a buscarem os tratamentos;
- c) Descrever a trajetória de tratamento para adição nos grupos de apoio e serviços de saúde do Município de Porto Alegre, a partir do relato de experiência dos usuários da unidade de internação e do ambulatório de adição do Serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA;
- d) Conhecer o entendimento que os usuários possuem sobre os serviços, identificando as potencialidades e fragilidades do tratamento.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, descrevem-se os aspectos conceituais da dependência química, as Políticas de Atenção ao usuário de drogas e as modalidades de tratamento. Também, abordam-se a respeito da adesão e a manutenção para o tratamento.

3.1 CONTEXTUALIZAÇÕES DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: ASPECTOS CONCEITUAIS

O Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas (TUS) é uma síndrome que envolve o comportamento aditivo a uma substância, associado à interação de múltiplos elementos da vida do sujeito e de sua personalidade, que pode gerar consequências graves. Pode ocorrer o comprometimento das obrigações sócio ocupacionais anteriormente realizadas, bem como o aparecimento da tolerância e da síndrome de abstinência⁽⁹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) salienta que droga é toda a substância que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções, independentemente de ser lícita ou ilícita. Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu, na sociedade, um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde⁽¹⁰⁾.

As substâncias psicoativas (SPAs) lícitas são aquelas legalizadas e aceitas por uma sociedade, como o cigarro e o álcool, porém o consumo excessivo dessas substâncias, mesmo sendo socialmente aceito, traz prejuízos à saúde e pode ser caracterizada como porta de entrada para o consumo de substâncias ilícitas, como, por exemplo, *crack*, maconha e heroína⁽¹¹⁾. Quando a utilização dessas substâncias se dá de forma abusiva e repetitiva, sem que haja um controle do consumo, frequentemente instala-se a dependência⁽¹²⁾.

As Substâncias Psicoativas (SPAs) são definidas como qualquer substância que agindo no sistema nervoso central (SNC) é capaz de alterar o humor, consciência e modificar o comportamento⁽¹³⁾. As SPAs podem ser divididas em drogas lícitas e ilícitas e classificadas segundo a ação sobre SNC como depressoras, estimulantes e perturbadoras⁽¹⁴⁾. As alterações decorrentes do consumo de SPAs são, na grande

maioria dos casos, reversíveis, apesar do processo de recuperação ser demorado, o que possibilita recaídas e retornos aos comportamentos de consumo⁽¹⁵⁾.

Dentre as substâncias psicoativas lícitas destaca-se o consumo do álcool. O uso dessa substância traz muitos prejuízos ao usuário, família e comunidade. No entanto, por fazer parte da rotina da sociedade, geralmente o usuário tende a minimizar e banalizar seus efeitos e consequências. Vários são os agravantes em decorrência do seu uso, como: suicídios, acidentes automobilísticos, violência doméstica e homicídios, além dos riscos da dependência do álcool, uma vez que esta causa uma série de problemas, tanto fisiológicos, como psicológicos, não só para o dependente, como também para aqueles que estão ao seu redor⁽¹⁶⁾.

As pesquisas apontam que o consumo de álcool é responsável por 1,8 milhões de mortes por ano, 3,2% da mortalidade total, e 4% dos anos potenciais de vida perdidos, um terço dessas mortes é atribuído aos acidentes e causas não intencionais⁽⁶⁾. Considera-se que 76,3 milhões de pessoas sejam dependentes de álcool e 15,3 milhões apresentem transtornos mentais e comportamentais em decorrência do uso de outras drogas. Ressalta ainda que 65%, de ambas as categorias têm uma perspectiva de vida inferior a 60 anos⁽¹⁷⁾. Segundo dados, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses para mulheres ou cinco ou mais doses para homens em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias) é de 14,4% da população adulta de Porto Alegre, sendo 19,9% para os homens e 10% para as mulheres⁽¹⁸⁾.

Conforme o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) muitos são os fatores que podem motivar o uso de drogas, como: a busca de prazer, amenizar a ansiedade, tensão, medos e até aliviar dores físicas⁽¹⁹⁾. Quando a utilização dessas substâncias se dá de forma abusiva e repetitiva, sem que haja um controle do consumo, frequentemente instala-se a dependência⁽¹²⁾.

As causas exatas do uso de SPAs e dependência não são conhecidas, mas acredita-se que vários fatores contribuam para o desenvolvimento dos transtornos relacionados com as substâncias^(20,39). Sobre os fatores determinantes da Dependência Química (DQ) e seu tratamento ressalta-se a confluência de fatores sociais, psicológicos e biológicos, com delineamento de modelos explicativos complexos. No entanto, ainda não há consenso na comunidade científica⁽³⁾.

Na pesquisa realizada com usuários de um CAPS no oeste de Santa Catarina, foi observado que a motivação do dependente químico é um dos pontos fundamentais

para manter-se em tratamento⁽²¹⁾. Destaca-se, ainda, neste estudo que a presença da família, o apoio familiar, acompanhamento e participação no tratamento, são pontos considerados importantes no tratamento da dependência química.

Atualmente o cenário público vem apresentando destaque da disseminação do mercado e do uso do *crack*, consumido por adultos, adolescentes e crianças, trazendo impactos sociais e à saúde da população⁽²²⁾. O *crack* é uma droga que possui um enorme poder de devastação e causa prejuízos mais rápidos e intensos que o álcool. No que se refere ao *crack*, entende-se que o aumento do consumo pode ser compreendido analisando o crescente número de busca por tratamento⁽²³⁾.

Em pesquisa que teve como objetivo caracterizar o perfil sócio demográfico e clínico de dependência química (DQ) em tratamento em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico foram analisados 350 prontuários referentes ao ano de 2010. A média de idade do primeiro consumo de drogas ocorreu antes dos 18 anos, sendo que 54,9% eram dependentes de álcool e 43,7% de *crack*; 79,6% utilizavam mais de uma substância; 99,4% faziam uso diário; 13% apresentavam algum tipo de comorbidade psiquiátrica e 30,1%, comorbidades clínicas; 69% tinham familiares envolvidos com drogas e, desses, 48,3% eram pais, com destaque para o álcool em 86% dos casos. Observa-se, nesse estudo, que a dependência química atinge diversas idades, iniciando precocemente na adolescência, e ocasiona significativas alterações no âmbito biológico, familiar, social e ocupacional⁽²⁴⁾.

Estudo que teve como objetivo descrever características de atendimento de 97 pacientes usuários de *crack* internado em um hospital geral de Sobral - Ceará por uso de SPAs no ano de 2010, os motivos que justificaram a indicação de internação hospitalar foram: risco para si em torno de 48,5%, uso abusivo da droga em torno de 28,9% e 17,5% situações que envolvem riscos entre usuários e terceiros. As internações voluntárias foram de 64% e as involuntárias, 33%. O tempo de internação variou em sua maioria de 1 a 5 dias, considerando baixa permanência hospitalar. Cabe enfatizar que os usuários de *crack* com internação involuntária passaram maior tempo em tratamento hospitalar⁽²⁵⁾.

O tratamento da DQ é ainda hoje um desafio, apesar dos avanços da farmacologia e dos conhecimentos acerca da fisiopatologia, o tratamento requer uma equipe multidisciplinar com terapias que incluem psicofármacos e abordagem psicossocial, como psicoterapias individuais e em grupo, com a família, terapia ocupacional e a reinserção no mercado de trabalho. No entanto, o usuário de SPAs

necessita de uma rede de cuidados e estratégias terapêuticas por trata-se de uma doença com inúmeras recaídas⁽³⁾.

Assim, o consumo de álcool, tabaco e outras SPAs tornou-se uma preocupação de saúde pública, contudo, trabalhar essa questão necessita de uma série de ações específicas que envolvam os aspectos biopsicossociais. Além disso, a compreensão desses aspectos é fundamental para se pensar na promoção da saúde e na prevenção do uso.

3.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS E MODALIDADES DE TRATAMENTO

De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, as redes de atenção são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado⁽²⁶⁾.

As redes de atenção à saúde são organizações de conjuntos de serviços de saúde, interligados entre si por uma missão única, objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. Essas redes devem ser estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam de forma horizontal⁽²⁷⁾.

A finalidade das redes é aumentar o acesso e acolhimento dos usuários, considerando os locais de ações de saúde. No entanto, observa-se que o cuidado integral, como sendo um dos princípios do SUS, não poderá ser alcançado apenas por um serviço ou profissional, mas por meio de uma rede de atenção. Essa deverá ser integrada a outros setores, com objetivo de atender às pessoas de forma efetiva em seu tratamento, no processo de reconstrução e na reabilitação social⁽²²⁾. As redes devem ser constituídas por diferentes níveis e dispositivos, diversificando as estratégias e modalidades de cuidado, e buscando o estabelecimento da integralidade de acordo com as características socioculturais do usuário. Para a caracterização das redes de serviços a usuários de álcool e outras drogas inicialmente apresenta-se a seguir as principais Políticas de Saúde implementadas no Brasil para este grupo populacional.

Assim, o Ministério da Saúde (MS) divulgou no ano de 2003 a Política para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras drogas. Essa política tem como diretrizes os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, compreendendo as especificidades de seu público e a visão de fortalecimento do trabalho em rede com participação do usuário no tratamento, além da criação de serviços de atenção alternativos ao hospital psiquiátrico⁽¹³⁾.

A política de Atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas preconiza a adoção de programas terapêuticos individualizados, criados para cada caso específico, que podem ter como meta final a abstinência, ou não, buscando novas estratégias de vínculo com o usuário e família⁽⁹⁾. A maior parte dos serviços de tratamento para problemas decorrentes do uso de drogas, no Brasil, pertence à rede pública de saúde, regida pelos princípios do SUS e pelo modelo oficial de atenção aos usuários de álcool e outras drogas de acordo com Portaria 816/2002⁽²⁸⁾.

Em 2006, foi instituída a Lei nº 11.343, a qual preconiza ações de atenção aos usuários de SPAs e aos seus familiares visando uma melhor qualidade de vida e a redução de danos referente ao uso, abordando de forma mais abrangente a prevenção ao uso, atenção à saúde e reinserção social⁽²⁹⁾. No ano de 2009, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 1.190/2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010) que tem como finalidade ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas e construir respostas sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica de álcool e drogas, capazes de enfrentar a situação de vulnerabilidade e exclusão dos usuários⁽³⁰⁾.

Em 2010, o Decreto nº 7.179 promoveu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas em parceria do Ministério da Saúde e de outros órgãos governamentais e que contribuiu como uma política pública de combate à dependência química para ampliar ações de prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de drogas⁽³¹⁾. No ano seguinte foi alterado pelo decreto 7.637/2011, que instituiu o “Programa Crack: é possível vencer”, apoiado em três eixos estruturantes: cuidado, autoridade e prevenção⁽³²⁾.

Também, no ano de 2011, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria GM nº 3.088/2011. Com a criação desta, busca-se não focar somente na doença, mas, sim, em ações de promoção à saúde e à prevenção de

fatores de riscos ligados a transtornos mentais ou o uso de SPAs, o que exige dos profissionais um novo fazer em saúde mental⁽³³⁾.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possui pontos de atenção inseridos no território e articulados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que têm como objetivo prestar atendimento às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Fazem parte da RAPS os seguintes componentes: a) Atenção Básica: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe de Consultório na Rua e Centro de Convivência e Cultura; b) Atenção Psicossocial: os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS); c) Atenção Residencial de Caráter Transitório: a Unidade de Acolhimento e o Serviço de Atenção em Regime Residencial (comunidades terapêuticas); d) Atenção Hospitalar: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Serviço Hospitalar ou Enfermaria Especializada em Hospital Geral; e) Estratégias de Desinstitucionalização: o Serviço Residencial Terapêutico e o Programa de Volta para a Casa; f) Estratégia de Reabilitação Psicossocial: programas de geração de trabalho e renda como as cooperativas sociais e a economia solidária⁽³³⁾.

A RAPS em Porto Alegre oferece múltiplos serviços para oferecer cuidado as pessoas em sofrimento psíquico e/ou portadoras de transtornos mentais. Tem como premissa o cuidado integral, a ênfase no cuidado ambulatorial, a desinstitucionalização, a atenção às urgências e a hospitalização apenas quando estritamente necessária, além da reabilitação psicossocial. Para tanto, a RAPS conta com 141 unidades de atenção primária, 12 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (três CAPSi, quatro CAPS II, três CAPS AD III, dois CAPS AD), nove Equipes de Saúde Mental Adulto nove Equipes Especializadas em Saúde da Criança e Adolescente e Plantões de Emergência em Saúde Mental (PESM) no Centro de Saúde IAPI e no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes. Além disso, conta com atendimento de urgência em saúde mental nas demais portas de urgência, leitos de saúde mental em hospitais gerais, leitos contratados em clínicas psiquiátricas e em hospitais psiquiátricos e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) Nova Vida e Cristiano Fischer, disponibilizando um total de 12 vagas. Possui, também, a Geração POA (Programa de Geração de Renda) e monitoramento da desinstitucionalização por meio da estratégia de Volta para Casa, além disso, a implantação um sistema de

monitoramento e vigilância focado em duas situações: tentativa de suicídio e transtornos mentais ligados ao trabalho⁽³⁴⁾.

O tratamento necessita ser facilmente disponível, pois as barreiras e os empecilhos promovem o adiamento da busca por ajuda e reforça a dificuldade de adesão ao tratamento. Portanto, o tratamento deve atender às várias necessidades e não somente ao uso de SPAs, pois o usuário tende a ter perdas importantes durante o período de consumo, que posteriormente atuam como fatores estressores e comprometedores de sua recuperação⁽³⁾.

A Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas também destaca a heterogeneidade deste grupo, demonstrando que existem múltiplos serviços adaptados às diferentes necessidades no âmbito do SUS, tais como: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e CAPS AD 24h, Estratégia Saúde da Família (ESF), leitos em hospitais gerais, Consultórios na Rua, Unidades de Acolhimento, entre outros. São também complementares ao cuidado: as Comunidades Terapêuticas, as Oficinas Terapêuticas, os Grupos de Mútua Ajuda, os Centros Culturais e de Convivência. Além disso, os profissionais de saúde, no estabelecimento do vínculo terapêutico, passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pelo usuário^(9,35).

Importante ressaltar ainda que as abordagens como a política de redução de danos surgiram com a finalidade de prevenir consequências danosas à saúde do usuário⁽²²⁾. A lógica da redução de danos contempla um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as consequências do uso e dependência de SPAs, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e pelo vírus da imunodeficiência humana⁽⁹⁾.

Os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/2002, na qual o cuidado é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família⁽³⁶⁾. Os CAPS estabelecem três modalidades de serviços de acordo com a complexidade e a abrangência populacional: CAPS I, II e III e os CAPSi, destinado ao público infanto-juvenil. Além deles, também estão regulamentados os CAPS AD, responsáveis pelo cuidado aos usuários de SPAs⁽³⁶⁾. Em 2012, foram criados os CAPS AD III, por meio da Portaria nº 130, que presta atenção integral a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia, durante os sete dias da semana⁽³⁷⁾.

Os CAPS AD têm por finalidade oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, proporcionando atividades preventivas e terapêuticas, tais como: atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; gerenciamento dos casos, oferecendo cuidados personalizados, atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de cuidados; cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; promovendo, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas; trabalhando, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de SPAs, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo e trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso, mediante atividades de cunho preventivo/educativo⁽⁹⁾.

Criaram-se, também, redes de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios de Reforma Psiquiátrica para dar suporte aos usuários. Assim, a rede apoia-se em leitos psiquiátricos disponibilizados em Hospitais Gerais e em práticas de atenção comunitária⁽⁸⁾. A expansão dos leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais fortalece a ressignificação da atenção hospitalar a estes usuários, pois proporcionam uma assistência ampla e com uma equipe multiprofissional e favorece a diminuição do estigma⁽²⁵⁾.

A RAPS preconiza que para os casos em que é necessária uma atenção hospitalar, que essa seja desenvolvida em enfermarias especializadas para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em Hospitais Gerais e em Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, por meio de internações de curta duração⁽³³⁾.

O tratamento para usuários de SPAs, também, está disponível em vários locais na comunidade e nem sempre envolve profissionais da área da saúde, como os grupos de mútua ajuda. Os grupos de autoajuda funcionam como grupos operativos

terapêuticos e são conduzidos pelos próprios membros, podendo ou não receber consultoria de um provedor de saúde. As pessoas se agrupam espontaneamente, sentindo-se identificadas por características semelhantes. Tais grupos merecem destaque por sua eficácia terapêutica e abrangência⁽³⁸⁾. Como por exemplo, os Alcoólicos Anônimos (AA) são compostos por um grupo de alcoolistas, que desenvolvem o programa de 12 passos e têm objetivo de manter a abstinência total dos participantes, com a filosofia de que um ajuda o outro para manter a abstinência. Também, o conceito de 12 passos para recuperação é utilizado nos grupos de Narcóticos Anônimos (NA), Al-Anon, que é um grupo de apoio a cônjuges, familiares e amigos, e o *Ala Teen*, para jovens que tem familiares com problemas com SPAs⁽³⁹⁾.

A farmacoterapia também é outra opção complementar para o tratamento do TUS, pois melhora o prognóstico de usuários com transtornos relacionados ao uso de SPAs, demonstrando eficácia no funcionamento cognitivo e emocional. Todavia, o alívio dos sinais e sintomas de abstinência e da fissura, a extinção do comportamento de busca e o tratamento de comorbidades, são algumas das metas da farmacoterapia aplicada à dependência química⁽⁴⁰⁾.

A Secretaria Nacional Antidrogas preconiza que o tratamento deve ter características multidisciplinares, com a participação de diversos profissionais, tais como psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistente Social, médicos clínicos entre outros. Cada profissional deve exercer a integração em prol da recuperação do usuário⁽²²⁾.

As práticas variadas de tratamento são de grande relevância, a fim de qualificar o atendimento oferecido aos usuários com transtornos de comportamento associados à adição com resultados positivos ao usuário, sua família e conseqüentemente sua comunidade. No entanto, as estratégias de tratamento devem ser continuamente avaliadas e modificadas de acordo com a necessidade do usuário.

3.3 ADESÃO E MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO

A DQ é um transtorno crônico que pela própria natureza, apresenta tendências a episódios de recaída⁽⁴¹⁾. A literatura demonstra que há baixa adesão ao tratamento de pessoas com DQ nas modalidades existentes^(42,6). As taxas de abandono, entre adolescentes, de 50% ainda no primeiro atendimento e, dos que dão continuidade, 70% têm grande probabilidade de abandonar o tratamento prematuramente. Entre

adultos dependentes de álcool que frequentavam um programa ambulatorial multidisciplinar, verificou-se uma taxa de abandono correspondente a 70% (adesão 30%)(⁴³).

Há um alto índice de recaídas dos usuários, independentemente da modalidade e do número de tratamentos que eles se submetem ao longo de suas vidas(⁴⁴). Conforme mostra a literatura, fatores biológicos, ambientais e psicológicos de eventos estressores contribuem para o uso e abuso de SPAs, aumentando as chances de recaída(⁴⁵⁻⁴⁶).

Estudo que teve como objetivo identificar na percepção dos usuários de SPAs fatores de risco e proteção à recaída, foram identificados como fatores de risco: falta de apoio familiar, conflitos familiares, sentimentos negativos, contexto social, afastamento de grupos de apoio, insatisfação com tratamento e dificuldades financeiras. Como fatores protetivos, teve como destaque, a religiosidade e grupos de apoio, sendo o apoio profissional uma das últimas redes de apoio. No entanto, amigos e família apresentaram-se com ambiguidade enquanto fator de risco e proteção(⁴⁷).

Em outro estudo que teve como o objetivo identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento da dependência química, foram mencionados dois fatores. Como fatores intrínsecos: a motivação individual para a mudança comportamental e para o tratamento, a ideia de que apenas os medicamentos ocasionam a reabilitação e o tipo de substância psicoativa de dependência; como fatores extrínsecos a influências familiares relacionada ao apoio, e a participação dos familiares no tratamento e nas mudanças de estilos de vida, condições socioeconômicas e a influência do serviço de saúde relacionada ao acolhimento, vínculo, infraestrutura e a falta de capacitação entre os profissionais(⁴⁸).

A abordagem ao usuário deve ser multidisciplinar e dividida em diversas etapas através de um modelo complexo de características biopsicossociais, enfocando especialmente as estratégias de prevenção de recaída(²³). A motivação pode ser conceituada como alguma coisa que faz uma pessoa agir, ou o processo de estimular uma pessoa a agir. A motivação é um fator essencial no tratamento não só do dependente químico, mas em qualquer indivíduo que tenha como objetivo a mudança(⁴⁹).

Em um estudo realizado, com objetivo de identificar o estágio de motivação para a mudança em usuários de álcool e *crack* internados, a amostra foi de 200

dependentes químicos em tratamento do sexo masculino, sendo que 127 pacientes estavam internados por causa do uso do *crack* e 73 pacientes devido ao uso de álcool, desses, 150 pertenciam ao hospital e 50 à comunidade terapêutica. O estudo mostrou que os indivíduos que estavam em comunidades terapêuticas eram mais motivados em relação aos que estavam internados em hospitais, a diferença encontrada entre os níveis pode ser pelos diferentes tratamentos oferecidos nas duas instituições; também foi identificado que usuários de *crack* apresentaram maior motivação na escala, pelo fato de terem vivenciado prejuízos mais intensos no âmbito de sua vida⁽⁵⁰⁾.

Neste mesmo estudo, verificou-se que a maioria dos participantes se encontrava no estágio de contemplação, em que a pessoa admite ter um problema e considera possibilidades de mudança, demonstrando preocupação entre as vantagens e as desvantagens de mudar. O estágio de contemplação, pode explicar o alto número de internações, os quais sugerem uma grande quantidade de recaídas⁽⁵⁰⁾.

Em 2012, foi realizado um estudo que teve como objetivo identificar as percepções de 12 dependentes químicos sobre a internação hospitalar para realização da desintoxicação. Foi evidenciado que os usuários consideram importante para sua recuperação e gratificante estar ali, no entanto, houve momentos de ambiguidade. A ambivalência com relação à mudança pode envolver o senso de auto eficácia e também o da expectativa de resultados. Observa-se que os usuários podem se sentir incapazes de dizer “não” quando estiverem fora do hospital ou imaginar que ainda que não usem mais a substância, não deixarão de manter contato com as pessoas que a usam, o que poderia aumentar o risco da recaída. Porém, neste mesmo estudo, os resultados apontaram a importância dada ao tratamento pelos usuários; ao desejo de voltar a ter saúde; à necessidade de apoio profissional. As expectativas após a desintoxicação foram o ingresso à área acadêmica, tratamentos complementares, superação da adição e o relacionamento familiar⁽¹²⁾.

Atualmente, vários são os tipos de tratamentos para usuários de SPAs como mencionado anteriormente, porém destaca-se a importância da Entrevista Motivacional (EM), que é um estilo de conversa colaborativa voltado para o fortalecimento da sua motivação e comprometimento com uma mudança⁽⁵¹⁾. A técnica vem apresentando resultados positivos em curto prazo. Qualquer profissional pode aplicar a EM, desde que capacitado para exercer. Além disto, a EM pretende além da

mudança no comportamento, estabilizar a ambivalência e agregar uma visão humanista e construtivista nas modificações de comportamento de risco⁽⁵²⁾.

Além da EM uma das teorias que mais tem contribuído para a compreensão da motivação para o tratamento é a do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, desenvolvido nos anos 1970 por James Prochaska e colaboradores⁽⁵³⁾. Este modelo considera a prontidão para a mudança como um processo através do qual o indivíduo transita em quatro estágios bem definidos: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção.

O primeiro é um estágio em que não há intenção de mudança, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento-problema. É como se o usuário estivesse usando a negação como mecanismo de defesa, sendo a existência do problema completamente recusada. A Contemplação é o estágio em que o indivíduo parece estar se conscientizando de que existe um problema, no entanto há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança. O estágio da Ação ocorre quando a pessoa inicia explicitamente a modificação de seu comportamento-problema, escolhendo uma estratégia para a realização desta mudança, tomando atitudes com este objetivo. A ação é um período que exige muita dedicação e energia pessoal e as mudanças realizadas nesse estágio são muito mais visíveis do que as realizadas durante outros estágios. A manutenção é o estágio que constitui o grande desafio no processo de mudança⁽⁴⁹⁾.

Os usuários de SPAs apresentam-se em distintos estágios motivacionais e vários são os fatores que influenciam a busca pelo tratamento e pela sua adesão. Cabe aos profissionais de saúde identificar os estágios em que os usuários se encontram para encontrar formas e estratégias para fortalecer a motivação e planejar o cuidado acerca do tratamento.

Assim, destaco que o tratamento ao usuário de SPAs tem se constituído como um desafio para profissionais da saúde. É fundamental a instituição de políticas e serviços de saúde voltados a atender os usuários de drogas, bem como o investimento em diversificadas modalidades de tratamento. Em vista da complexidade da problemática do consumo de drogas, considera-se importante conhecer a trajetória de tratamento e os serviços que os usuários acessam, visando estabelecer uma melhor adesão ao tratamento para os usuários, com vistas a reduzir os danos causados pelo consumo abusivo de substâncias psicoativas.

4 MÉTODO

Neste capítulo, descreve-se o delineamento e local do estudo, bem como a população da pesquisa, a coleta e a análise dos dados.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória, buscando descrever a trajetória de tratamento dos usuários da unidade de adição e do ambulatório de adição da Unidade Álvaro Alvim (UAA) do HCPA e, a partir desta descrição, elaborar uma cartilha de orientação dos serviços de adição e grupos de apoio disponíveis no município de Porto Alegre/RS.

Conforme Minayo⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁷⁾, a pesquisa qualitativa “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. A função deste tipo de abordagem é trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, informações estas que não podem ser quantificáveis⁽⁵⁴⁾.

As pesquisas exploratórias têm a finalidade de possibilitar conhecimento do problema, com vistas a torná-lo mais compreensível tendo como objetivo a construção de hipóteses. Já as pesquisas descritivas têm como objetivo descrever características de determinada população⁽⁵⁵⁾. Portanto, essa pesquisa buscou, a partir das falas dos participantes os significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes acerca das suas experiências envolvidas na adição.

4.2 LOCAL DO DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

O município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, tem sua população estimada em 1.481.019⁽⁵⁶⁾ na qual sua maioria é adulta e economicamente ativa. Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,805 (sendo a sétima melhor capital do Brasil). Porto Alegre figura entre as capitais com maior índice de tabagismo entre pessoas adultas, pouca prática de exercícios físicos e altos consumos de sal e açúcar⁽¹⁸⁾.

O município apresenta um coeficiente de mortalidade geral de 815 óbitos para cada 100.000 habitantes, tendo como principal causa as doenças do aparelho circulatório seguida pelas neoplasias e causas externas. Em 2016, Porto Alegre registrou 1.315 novos casos de Tuberculose em todas as formas clínicas. Esse número de casos coloca a cidade como índice alto de endemicidade⁽³⁴⁾.

O uso excessivo de álcool e outras drogas aliado ao crescente número de crianças e adolescentes que sofrem de transtornos psíquico, torna Porto Alegre deficitária em serviços de amparo para estas pessoas. Atualmente a cidade conta com duas emergências específicas para saúde mental, número insuficiente para essa demanda crescente⁽³⁴⁾.

Segundo o Decreto Federal nº. 7.508, para ser considerado território de saúde a região deve conter no mínimo: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Porto Alegre conta com 17 Distritos Sanitários (DS) que atendem todos os critérios do decreto acima. As 17 regiões do orçamento participativo quase que abrangem na totalidade os 17 distritos sanitários, que tem sua população e seus limites geográficos definidos conforme a oferta de serviços, ou seja, são regionalizados. As Gerências Distritais (GD) gerenciam dois ou mais DS, descentralizando e operacionalizando o sistema. Porto Alegre conta com oito GD, com população entre 95 e 200.000 habitantes: Norte/Eixo Baltazar, Centro, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Leste/Nordeste, Glória/Cruzeiro/Cristal, Sul/Centro Sul, Partenon/Lomba do Pinheiro e Restinga/Extremo Sul⁽³⁴⁾.

O estudo foi desenvolvido na unidade de internação de adição e no ambulatório de adição do Serviço de Adição da UAA do HCPA, localizado na cidade de Porto Alegre/RS, no período de março de 2017 a setembro de 2017. A UAA iniciou o atendimento a pacientes em março de 2012. A criação ocorreu em um momento histórico de importantes mudanças na política nacional para atendimento a usuários de drogas no país promovidas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

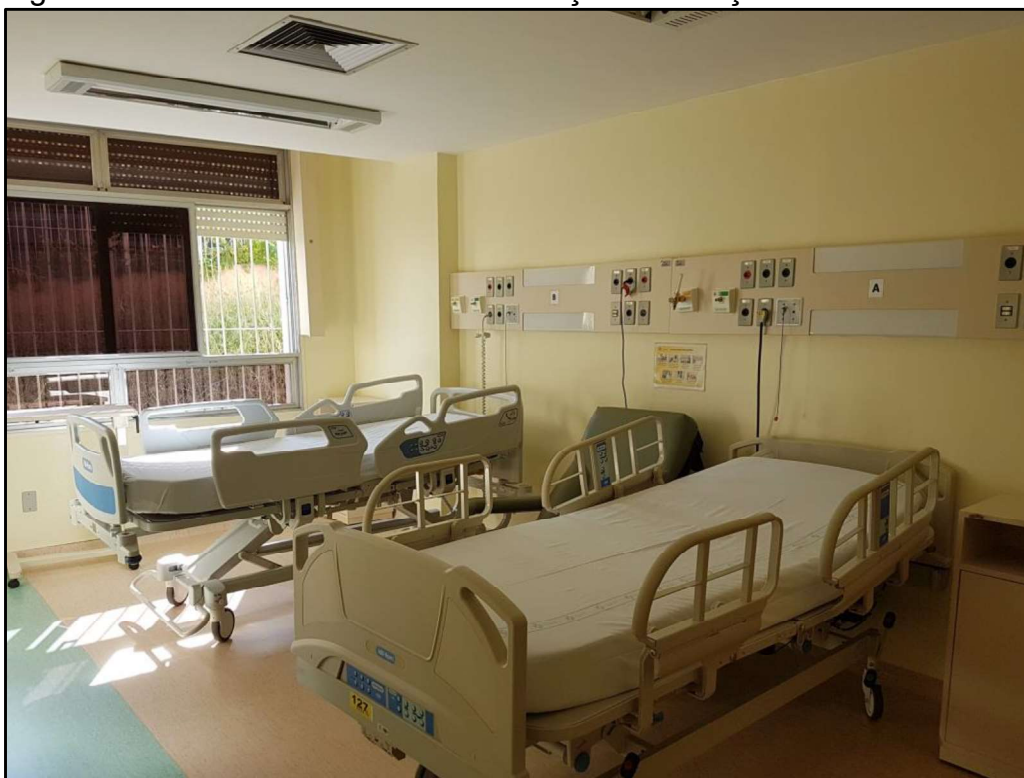
Figura 1 – Unidade de Adição



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora (2017).

A unidade de internação em adição do Serviço de Adição conforme figura 1, oferece tratamento para pacientes masculinos, usuários de SPAs. A unidade possui 22 leitos, sendo 20 leitos públicos e dois leitos privados, cada quarto possui dois leitos conforme mostra a figura 2, que são referenciados pela rede básica de saúde, especificamente pelos CAPS AD do município de Porto Alegre, Pronto Atendimento Cruzeiros do Sul (PACS) e Centro de Saúde IAPI, mediante regulação de leitos pela Secretaria Municipal da Saúde, seguindo padrões institucionais do HCPA na prestação da assistência, ensino, pesquisa e gestão.

Figura 2 – Leitos da Unidade de Internação em Adição



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora (2017).

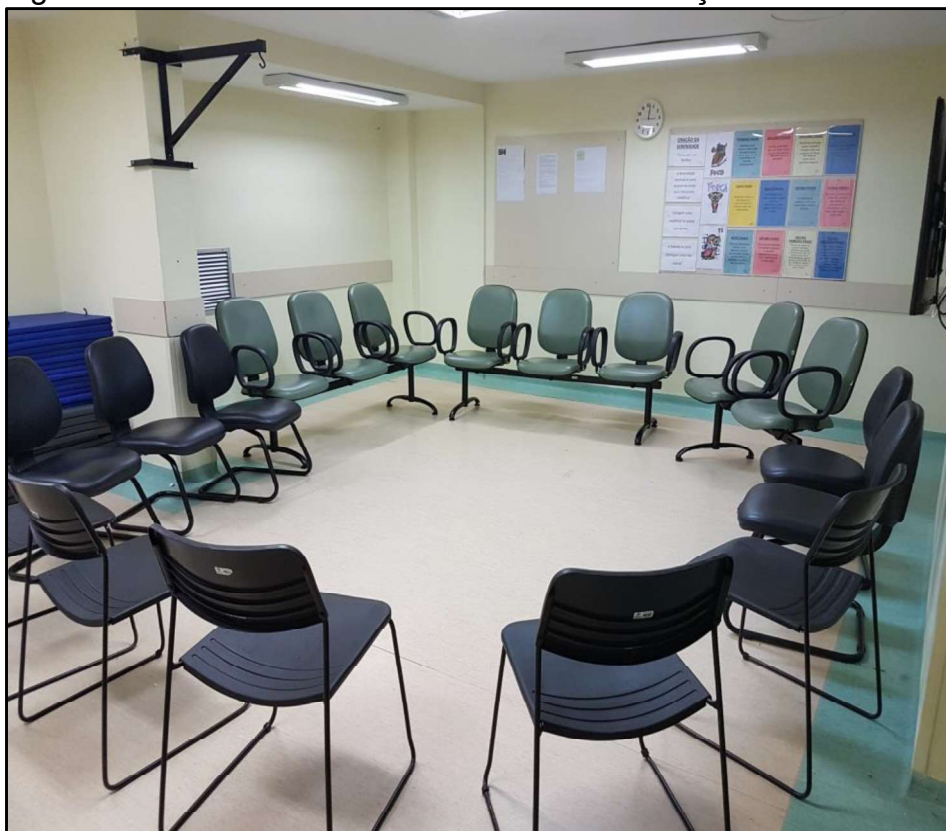
A unidade tem como principal objetivo promover a melhora clínica/psiquiátrica e realizar o encaminhamento dos mesmos para outros serviços da rede. As atividades desenvolvidas são articuladas com a rede integral de cuidado, composta pela rede de ações e de equipamentos de saúde, bem como por recursos intersetoriais⁽⁵⁷⁾.

O Serviço de Adição conta com uma equipe multidisciplinar, possui médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, terapeuta ocupacional, nutricionista e atendentes de nutrição, funcionárias da higienização e consultora em dependência química (enfermeira). A equipe de enfermagem é formada por 11 enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e um professor da Escola de Enfermagem da UFRGS da área de saúde mental. As suas ações são centradas na tecnologia do cuidado fundamentado na integralidade da atenção em saúde por meio de programas interdisciplinares, direcionando as práticas assistenciais de ensino e pesquisa no desenvolvimento da promoção de saúde, avaliando o impacto do uso de drogas e das comorbidades nas dimensões biológica, psicológica e sociocultural⁽⁵⁸⁾.

As internações são realizadas preferencialmente com a presença de um familiar e/ou responsável, o usuário deverá estar motivado para o tratamento, no

período inicial, o usuário permanece restrito ao quarto em desintoxicação. Nesse período, os sintomas de abstinência podem ser mais graves, justificando sua restrição. O plano de tratamento inicial é focado na avaliação das comorbidades clínicas e psiquiátricas e na motivação para a sequência do tratamento⁽⁵⁸⁾.

Figura 3 – Sala de Atividades da Unidade de Adição



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora (2017).

O Programa Terapêutico é dividido em três etapas: na primeira etapa, quando o usuário chega à unidade de internação e fica restrito ao quarto, ou seja, não participa de atividades de grupos, porém a equipe vai ao quarto avaliar as suas necessidades clínicas. Na segunda etapa, o usuário ingressa no programa de tratamento, e é liberado para participar das atividades de grupos na sala de atividades conforme mostra a figura 3, como: manejo da raiva, prevenção da recaída, entre outros, recebe uma pasta com manual de orientações da unidade, resgata prêmios, participa da academia (após liberação médica e da avaliação do educador físico) e realiza as refeições no refeitório em forma de *buffet*. Já na terceira etapa, o usuário participa das atividades, elabora o Projeto de vida, participa de alguns grupos no ambulatório e tem a preparação para a alta. As atividades oferecidas na unidade são: preparação da

semana e do final de semana, grupos de prevenção da recaída, grupos de psicoeducação, ensaios comportamentais, projeto de vida, organização social para alta hospitalar e a reinserção social do usuário, entre outras atividades.

Para ambos os grupos são oferecidos atendimentos individuais e em grupo pela equipe multiprofissional. A abordagem engloba uma ampla avaliação dos problemas relacionados ao uso abusivo de drogas, e as técnicas empregadas incluem manejo de contingência, psicoeducação, entrevista motivacional, terapia cognitivo-comportamental e práticas corporais, oficinas, boxes, exercícios físicos e musculação na academia⁽⁵⁸⁾.

As intervenções realizadas individualmente ou em um grupo são baseadas no manejo de contingência (MC). De acordo com Diehl, Cordeiro e Laranjeira⁽³⁾, o MC é um tratamento comportamental que visa a mudar o repertório do indivíduo, diminuindo ou extinguindo os comportamentos indesejáveis e promovendo comportamentos saudáveis. Na unidade de adição, o MC ocorre através de: sistema de combinações, regras, sanções, reforço positivo e *vouchers*.

Os mesmos autores reforçam que ao longo do tratamento, é importante garantir certos componentes durante as intervenções, como: desenvolver um método sistemático e objetivo de verificar a emissão do comportamento-alvo, selecionar um reforçador positivo forte o bastante para competir com os reforçadores ligados ao consumo de substâncias e selecionar um esquema de reforço adequado.

Já o ambulatório de adição da UAA realiza atendimentos voltados à qualidade de vida e à adesão ao tratamento, oferece atividades individuais e em grupo com abordagem motivacional, de prevenção à recaída e de reinserção social, atende usuários de SPAs de ambos os sexos, também, crianças e adolescentes⁽⁵⁹⁾. Os atendimentos contam com as áreas da psiquiatria, enfermagem, psicologia, serviço social, educação física, terapia ocupacional e nutrição. Estes atendimentos acontecem em consultas individuais, bem como em grupo terapêuticos, conforme a indicação para cada paciente. A equipe realiza rounds e realiza gerenciamento dos casos⁽⁶⁰⁾.

O Programa de tratamento baseia-se na Política Nacional de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas. O serviço pode ser acessado pelos pacientes após a sua alta da unidade de adição, por consultoria interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e por encaminhamentos da rede de serviços de saúde de

Porto Alegre, através da central de marcação de consultas reguladas pelo município⁽⁶⁰⁾.

O motivo da escolha desse contexto deu-se pela inserção da pesquisadora enquanto enfermeira assistencial na unidade de internação em adição, a partir da identificação das dificuldades dos usuários e profissionais da saúde em conhecer os serviços em adição e grupos de apoio distribuídos no território. Com o objetivo de contribuir com o serviço e qualificar o cuidado à saúde oferecido.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 20 usuários de SPAs, sendo que oito estavam em acompanhamento no ambulatório de adição e 12 estavam na internação da Unidade de Adição do Serviço de Adição da UAA do HCPA. A escolha dos participantes na unidade de internação foi realizada de forma intencional, onde o encerramento deu-se pela redundância das informações. No ambulatório foi solicitada a indicação dos pacientes à equipe assistencial, a partir dos critérios de inclusão.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: a) Usuários em tratamento para dependência química que estavam internados na Unidade de Adição; b) Usuários vinculados ao ambulatório de adição pelo menos há um mês; c) Idade de 18 anos ou mais; d) Possuir condições de comunicação verbal. Teve-se como critérios de exclusão: a) Usuários desorientados; b) Apresentar riscos para si ou para a equipe assistencial; c) Estar intoxicado no momento da entrevista.

O número de participantes foi definido no decorrer das entrevistas, a partir da técnica de saturação dos dados. A técnica de amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada em diferentes áreas no campo da Saúde, sendo utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes⁽⁶¹⁾. Os mesmos autores salientam que nessa técnica, o fechamento amostral é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi efetuada por meio de um roteiro previamente elaborado (Apêndice A), composto por questões abertas⁽⁵⁴⁾. Este roteiro foi organizado em duas partes: na primeira, foram coletados os dados de identificação dos participantes, a fim de caracterizá-los quanto à idade, situação conjugal, crença, ocupação, substâncias psicoativas utilizadas, número de filhos, suporte/apoio, doença clínica/psiquiátrica, história familiar de uso/psiquiátrica. Na segunda parte, apresentam-se as seguintes questões norteadoras: quais as experiências com uso das substâncias psicoativas; que motivos que levaram ao tratamento; qual a trajetória de tratamento e benefícios de tratamento (dificuldades e sugestões de melhoria dos tratamentos). Essas questões norteadoras serviram como fatores de motivação para que o participante construísse sua fala acerca da temática proposta.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital. Na medida em que as informações foram sendo coletadas, foi realizada a transcrição das mesmas, na íntegra, com posterior leitura dos relatos, a fim de garantir maior compreensão dos mesmos.

A coleta dos dados teve início em 20/03/2017, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e da UFCSPA sob registro CAAE 62543916.7.3001.5345. Assim, foram acordados com os participantes selecionados a data e horário da realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas nos consultórios da unidade de internação e do ambulatório conforme a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, sendo realizada uma entrevista piloto para testar a aplicação do roteiro de entrevista, no entanto, não houveram alterações. Importante salientar que houveram perdas em duas entrevistas (problemas no gravador digital), e também, de dois participantes por não comparecerem às entrevistas no horário combinado.

Ao aceitar participar da pesquisa, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), no qual constavam explicações sobre o objetivo da pesquisa, garantindo sigilo das informações fornecidas e anonimato dos participantes e a liberdade para desistir do estudo a qualquer momento. Esse Termo foi assinado em duas vias, sendo uma entregue para o participante e outra fica sob a guarda da pesquisadora.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática, sistematizada por Minayo⁽⁵⁴⁾, cujos passos fazem com que as falas sejam separadas por categorias, analisadas e elencadas de acordo com as entrevistas. Constitui-se em três etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

Na ordenação dos dados, foram realizadas as transcrições das 20 entrevistas gravadas, o tempo médio de cada entrevista foi de 15 a 25 minutos. Após transcritas, foi feita a leitura do material e organização dos relatos e dos dados de observação. Já, na classificação dos dados, foi realizada a releitura das transcrições/relatos, destacando o que foi relevante no texto para elaboração das categorias. Foram elaboradas quatro categorias empíricas do estudo. O último passo foi à análise final, onde foi estabelecida uma articulação entre os dados encontrados com o referencial teórico da pesquisa e os objetivos da pesquisa.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, respeitando os preceitos éticos, previstos na Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde⁽⁶²⁾. Conforme esta Resolução, os participantes foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual constam explicações sobre o objetivo da pesquisa, garantindo sigilo das informações fornecidas, anonimato dos participantes e a liberdade para desistir do estudo a qualquer momento (Apêndice B). Esse termo foi assinado em duas vias, sendo entregue uma para o participante e outra para o pesquisador.

O projeto foi encaminhado à plataforma *WEB* do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA (WEB GPPG) e submetido, à Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA) – instituição proponente e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP/UFCSPA) - instituição coparticipante. Ressalta-se que se trata de exigência do CEP/HCPA, que o HCPA deve ser instituição proponente, mesmo quando o projeto é oriundo de outra instituição de ensino, além de que o pesquisador principal do projeto deve ser oficialmente envolvido na gestão do local onde se desenvolverá a pesquisa na instituição, quer seja como funcionária da empresa pública, quer seja como docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Cabe ressaltar, que o estudo poderia implicar em riscos mínimos para o usuário decorrentes de possível constrangimento em responder as perguntas da entrevista, ou necessitar o atendimento de sua equipe, tendo em vista os temas que foram abordados, desta maneira foi assegurado ao entrevistado possibilidade de interrupção da entrevista, e de apoio da equipe assistencial.

Os documentos da pesquisa, entre eles o TCLE, as entrevistas gravadas e transcritas serão armazenadas em *pen drive* e envelopes lacrados mantidos em guarda da pesquisadora em local seguro por cinco anos a contar a data de divulgação dos resultados da pesquisa. Após este período o material será inutilizado, conforme as recomendações da Lei de Direitos Autorais nº 9.610/98⁽⁶³⁾. As informações poderão ser divulgadas para a comunidade científica por meio de publicação de artigos, trabalhos em congressos e defesa da dissertação, sem prejuízos para os usuários e a instituição, trazendo benefícios afim de qualificar a assistência ao usuário de SPAs.

Para a garantia da manutenção do anonimato dos participantes os nomes foram codificados pela letra E (Entrevista), letra maiúscula seguida de números arábicos sequenciais (1,2,3,4.....) conforme a ordem da realização das entrevistas.

6 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados, primeiramente, as características dos participantes, e em seguida, os resultados obtidos das entrevistas semiestruturadas.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes do estudo constituíram-se de 20 sujeitos, homens, usuários de SPAs (lícitas e ilícitas), sendo que 12 usuários estavam internados na Unidade de Adição e oito usuários em acompanhamento no ambulatório de adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA. O perfil dos participantes segue conforme o roteiro semiestruturado.

Na tabela 1, observa-se que a idade dos participantes variou entre 40 anos a 65 anos. Quanto à situação conjugal os solteiros predominaram, seguido de divorciados. Em relação às crenças, destaca-se a religião católica, seguida da espírita e não possuir religião. Quanto à ocupação, identifica-se o trabalho na construção Civil, seguida de motorista, autônomo, técnico em chaves, reciclagem, serralheiro, atendente, agricultura, administrador, marceneiro, ajudante de carga, garçom, comerciário e professor.

No ano de 2012, aproximadamente, 242 milhões de pessoas, cerca de 5,2 % da população mundial, entre 15 e 64 anos, fez uso de pelo menos uma substância psicoativa. A maconha foi a mais utilizada, seguida por opioides, cocaína e sintéticos. As mortes relacionadas ao uso de SPAs foram estimadas em 182 mil no ano de 2012⁽⁴⁾. Em pesquisas envolvendo a dependência química, referente à situação conjugal, identifica-se que a maioria são solteiros em decorrência das dificuldades de relacionamentos e conflitos gerados pelo uso da SPAs⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os resultados das mortes em decorrência do uso de álcool chegam em torno de 5,9%, quanto à dependência em 11,2% dos casos, e podem levar ao desenvolvimento de outras 200 doenças⁽⁶⁶⁾. O consumo de SPAs pode ocasionar inúmeros problemas clínicos afetando os sistemas cardiovascular, pulmonar, nervoso e imunológico, de acordo com a substância utilizada⁽⁶⁷⁾.

Tabela 1 – Perfil dos participantes: idade, situação conjugal, crença, ocupação

Características	nº
IDADE	
de 40 a 49 anos	8
de 50 a 59 anos	10
de 60 a 65 anos	2
SITUAÇÃO CONJUGAL	
Solteiro	11
Divorciado	7
Casado	2
CRENÇA	
Católico	13
Não possui	2
Espírita	2
Agnóstico	1
Cristã	1
Ateu	1
OCUPAÇÃO	
Construção Civil	4
Motorista	3
Autônomo	2
Técnico em Chaves	1
Agricultura e Reciclagem	1
Serralheiro	1
Atendente	1
Agricultura	1
Administrador	1
Marceneiro	1
Ajudante de Carga	1
Garçom	1
Comerciário	1
Professor	1
Total Participantes	20

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Considerando a substância psicoativa lícita e ilícita utilizadas pelos usuários, conforme mostra a tabela 2, observa-se que o consumo se inicia pelo álcool, sendo esta, utilizada por todos os participantes da pesquisa, acredita-se que seja devido ser uma substância lícita, de fácil acesso, seguida pelo tabaco. Como substâncias ilícitas, a maconha foi a mais apontada, após foi o uso da cocaína aspirada. Também, foram utilizadas as seguintes substâncias psicoativas: *crack*, anfetaminas, LSD, lança-perfume e chá de cogumelos.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas revelou que cerca de 67 milhões de pessoas consomem álcool regularmente, das quais 17%, ou seja, aproximadamente 11 milhões, apresentam uso abusivo ou dependência⁽⁵⁾.

Esses dados tornam-se relevante para conhecer o quanto a população Brasileira está consumindo o uso do álcool, o consumo tem se tornado um hábito muito comum e frequente na população de um modo geral.

Tabela 2 – Perfil dos Participantes: Substâncias Psicoativas Utilizadas

Características	N
*SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	
Bebida de Álcool	20
Tabaco	12
Maconha	10
Cocaína Aspirada	7
<i>Crack</i>	4
Anfetaminas	3
LSD	2
Laça-Perfume	1
Chá de Cogumelos	1
Total participantes	20

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

*A soma ultrapassa os 20 participantes, já que a maioria dos participantes fazem uso de várias substâncias psicoativas ao mesmo tempo.

No que se refere ao número de filhos, a tabela 3 mostrou que cinco participantes não têm filhos e sete participantes têm um filho. Quanto ao apoio/suporte, observa-se que os participantes têm a irmã como suporte, seguido do irmão, mãe, esposa e filho. Destaca-se também o apoio do padrinho de AA e profissionais da saúde – psicóloga e assistente social. Observa-se o baixo suporte familiar da filha e do pai.

Quanto às doenças clínicas e psiquiátricas, nove participantes informaram ter depressão, no entanto, oito negaram ter doença clínica ou psiquiátrica e três referiram ter transtorno de humor bipolar e um participante com ansiedade e transtorno do pânico com agorafobia. Os entrevistados informaram ter doenças clínicas tais como: hipertensão, bronquite, câncer, hepatite C, convulsão e arritmia. Quanto a história familiar de uso/psiquiátrica, 11 participantes informaram ter o pai, seguido do irmão,

tio, mãe, avô, irmã, sendo que dois negaram ter história familiar de uso ou doenças psiquiátricas.

De acordo, com a pesquisa realizada com 25 familiares que teve como objetivo analisar a importância que o familiar exerce no tratamento do usuário, sob o olhar do próprio dependente químico. No que se refere ao apoio familiar, (84%) disseram ser fundamental, enquanto 8% acreditam ser indiferente e 4% dos familiares referem não ser importante o apoio para que o parente se mantenha em tratamento⁽⁶⁸⁾. No entanto, o mesmo estudo entrevistou 53 usuários, a amostra obtida pelos usuários foram: (45,3%) moram com a mãe, (35,8%) moram com cônjuge, (11,3%) moram sozinhos e os que moram com irmão (5,3%) e apenas 1,9% residem com o pai. Os usuários referem que o apoio para o sucesso do tratamento é fundamental (62,3%), outros consideram que contribui bastante, mas não é fundamental (20,8%), uns acham indiferentes, ou não contribui em nada (11,4%) e os que dizem contribuir muito pouco (1,9%)⁽⁶⁸⁾

Os principais aspectos da caracterização dos participantes do estudo, foram: homens casados, idade entre 40 a 65 anos, solteiros ou divorciados, católicos, quanto a ocupação, identifica-se o trabalho na construção Civil, seguida de motorista. Considerando a substância psicoativa lícita e ilícita utilizadas pelos usuários, observa-se que o consumo se inicia pelo álcool, sendo esta, utilizada por todos os participantes da pesquisa, quanto a substâncias ilícitas, a maconha foi a mais apontada. No que se refere ao número de filhos, a maioria dos participantes tem dois filhos, quanto ao apoio/suporte, possui a irmã, seguido do irmão, mãe, esposa e filho. Em relação às doenças clínicas e psiquiátricas, informaram ter depressão, transtorno de humor bipolar, ansiedade e transtorno do pânico com agorafobia. Os entrevistados informaram ter doenças clínicas tais como: hipertensão, bronquite, câncer, hepatite C, convulsão e arritmia. Quanto a história familiar de uso/doença psiquiátrica, 11 participantes tinham o pai, seguido do irmão, tio e mãe, sendo que dois participantes negaram ter história familiar de uso/doença psiquiátrica.

Tabela 3 – Perfil dos Participantes: número de filhos, suporte/apoio, doença clínica/psiquiátrica

Características	n
NÚMERO DE FILHOS	
0	5
1	7
2	2
3	3
4	2
5	1
*SUPORTE/APOIO	
Irmã	10
Irmão	8
Mãe	7
Esposa	7
Filho	5
Filha	3
Pai	2
Profissional da Saúde – Assistente Social	2
Profissional da Saúde – Psicóloga	1
Ex-esposa	1
Sogra	1
Madrasta	1
Patrão	1
Padrinho AA	1
*DOENÇA CLÍNICA/PSIQUIÁTRICA	
Depressão	9
Nega/Não possui	8
Transtorno de Humor Bipolar	3
Transtorno Pânico com Agorafobia	1
Ansiedade	1
Hipertensão	2
Convulsão	1
Bronquite	1
Câncer	1
Hepatite C	1
Arritmia	1
*HISTÓRIA FAMILIAR DE USO/DOENÇA PSIQUIÁTRICA	
Pai	11
Irmão	7
Tio	7
Mãe	3
Nega/Não possui	2
Avô	2
Irmã	2
Filho	1
Primo	1
Total de participantes	20

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

*A soma ultrapassa os 20 participantes nas características suporte/apoio, doença clínica e psiquiátrica, história familiar de uso/psiquiátrica.

7 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS

A seguir serão apresentadas as discussões e resultados apurados a partir de cada categoria. As categorias foram agrupadas de acordo com a similaridade das informações. Foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática, sistematizada por Minayo⁽⁵⁴⁾, cujos passos levam com que as falas sejam separadas por categorias, analisadas e elencadas de acordo com as entrevistas. Os participantes do estudo foram identificados como: E1, E2, E3, E4, E5 e assim sucessivamente, seguindo a ordem em que foram realizadas as entrevistas.

Quadro 1 – Descrição das categorias e subcategorias encontradas neste estudo, Porto Alegre (2017)

Categorias	Subcategorias
7.1 Primeiras experiências e motivações para o uso de substâncias psicoativas	
7.2 Motivos que levaram a buscar o tratamento	7.2.1 Comprometimento e perturbação clínica 7.2.2 Comorbidades Psiquiátricas 7.2.3 Prejuízos nas relações Sociais e Familiares
7.3 Trajetória de tratamento dos usuários de substâncias psicoativas: mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa	
7.4. O entendimento dos usuários sobre os serviços e grupos de apoio	

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

7.1 PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS E MOTIVAÇÕES PARA O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O uso e abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas vem crescendo e sendo utilizada progressivamente pela população infantil. Conforme foram identificadas no estudo, as primeiras experiências do uso de SPAs tiveram início na infância, e posteriormente na fase da adolescência e adulta. Conforme a Lei nº 8.069, de 1990⁽⁶⁹⁾, considera-se criança, o indivíduo de até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela com faixa etária entre doze e dezoito anos de idade⁽¹⁰⁾. Os estudos demonstram que o consumo do uso por jovens inicia precocemente⁽⁷⁰⁾.

Portanto, observa-se que os primeiros contatos com o uso de álcool foram na fase infantil. Os entrevistados E5, E6, E7 comprovam estes aspectos:

“eu comecei a toma muito cedo o álcool. Meu primeiro porre foi aos 7 anos de idade, eu trabalho em Alambique, lá no interior [...] eu estava a noite toda ali sozinho no engenho tomando graspa, graspa pura” (E5)

“quando eu tinha 8 anos, eu comecei a beber [...] Foi quando deu uma tragédia na família, deu uma briga e daí o meu pai matou uns cara lá [...] daí eu comecei a beber [...]” (E6)

“comecei a tomar espuma desde pequeno, 6,7 anos já comecei por ai a tomar a espuma da cerveja [...] aos 14 anos comecei a tomar bebida em geral, cerveja, caipira, samba [...]” (E7)

O consumo de SPA'S torna-se um problema grave, sobretudo quando acontece durante a infância ou adolescência^(70,24). É nessa fase que muitas pessoas têm suas primeiras experiências com o tabaco, álcool e drogas ilícitas. Porém, cerca de 1/5 da população mundial é composta por adolescentes e aproximadamente 90% deles vivem em países em desenvolvimento como o Brasil⁽⁷¹⁾.

Em estudo transversal que obteve informações sobre o uso de SPA'S de 761 participantes entre 14 e 19 anos de idade, o estudo teve como resultado que mais da metade dos adolescentes entrevistados eram usuários regulares de álcool⁽⁷²⁾. Outro estudo mostra-se que há evidências de que o álcool é a droga mais consumida por adolescentes, com início entre 14 a 16 anos⁽⁷³⁾. Quanto mais cedo o início de uso de drogas, maior o risco de dependência, do desenvolvimento de transtornos mentais associados e de alterações no comportamento⁽⁷⁴⁻⁷⁵⁾.

Conforme o entrevistado E2, na fase escolar foi quando o entrevistado referiu ter iniciado o uso, fazendo o uso do tabaco, maconha e da cocaína. No entanto, observa-se que o uso de substâncias psicoativas se inicia por diversas idades, começa precocemente na adolescência, e ocasiona significativas alterações no âmbito biológico, familiar, social e ocupacional^(24,76).

Em estudo realizado, que teve como objetivo estimar a prevalência do uso de drogas por discentes de uma escola da rede estadual de Pires do Rio, Goiás, a pesquisa concluiu que a prevalência de uso/experimentação da SPA'S entre os adolescentes escolares é alta, com maior prevalência no período matutino e no sexo

masculino, sendo as drogas lícitas mais amplamente consumidas entre os jovens⁽⁷⁷⁾.

Observa-se na fala dos entrevistados E2 e E15:

“Na fase escolar. Primeiro me ofereceram um cigarro, de curioso comecei [...] depois me ofereceram maconha, lá pelos meus 12 anos [...] e depois me ofereceram cocaína mas nesse meio tempo, sempre bebia alguma coisa” (E2)

“eu acho que eu devia ter uns 18 anos com o álcool, mas com o cigarro eu comecei com uns 16, logo que eu comecei a trabalhar” (E15)

Nessa fase, na adolescência, os aspectos do funcionamento, das conexões e das capacidades são diferentes⁽⁷⁸⁾. O desenvolvimento humano é marcado por transformações biopsicossociais importantes para a vivência na vida adulta. A fase da adolescência é caracterizada por vulnerabilidades psicológicas, biológicas e sociais, que podem acarretar prejuízos à saúde⁽⁷⁹⁾. Todavia, são inúmeras as transformações físicas e emocionais pelas quais necessariamente todo adolescente passa. Alguns conseguem superá-las naturalmente, outros, no entanto, enfrentam dificuldades para adaptar-se a nova fase.

A população adolescente é altamente vulnerável à condução sob a influência de substâncias psicoativas e desajustes sociais, pois é um período de transformações naturais que ocorrem, em que o ser deixa de ser criança e passa a se ver como adulto, mas não possui ainda as capacidades de atender a todas as demandas advindas neste processo de transformação⁽⁸⁰⁾. No entanto, na adolescência, os fatores de risco para dependência estão relacionados ao início precoce do uso, curiosidade, influência da mídia, relacionamento conturbado com os pais, abuso sexual, violência doméstica, baixa autoestima e pressão de colegas⁽⁷³⁾. Isso pode ser observado nos relatos dos entrevistados E13, E14 e E17:

“eu iniciei com a maconha, nos meus 16 anos [...] 1, 2 anos depois comecei com o álcool e depois a anfetamina, cocaína, o que viesse pela frente eu consumia” (E13)

“eu nos meus 13, 14 anos a família sempre davam um pouquinho de vinho [...] quando eu comecei a frequentar o quartel, com meus 18 anos, comecei a exagerar um pouco na bebida” (E14)

“o álcool, isso começou muito cedo, no tempo do meu pai, com uns 15 anos [...] Mas começou a se tornar mais grave aos 18 anos, quando eu já comecei a namorar, eu frequentava a casa do cunhado e ele era alcoólatra também” (E17)

Percebe-se nas falas que o uso de SPA'S podem influenciar e ser influenciado pelas relações estabelecidas pelo usuário, tanto no trabalho quanto na sua rede social de suporte. Nessa perspectiva muitas vezes, se instala a dependência pelo uso. A pesquisa mostrou que muitos usuários tiveram início na adolescência, por influência do meio em que convivem, através de amigos ou familiares que utilizam a substância. Podemos evidenciar esse aspecto nas falas dos entrevistados E9 e E12 e E16:

“foi com os meus amigos da infância com 15 anos eu comecei a fumar maconha e o álcool era pouco. Com uns 18 eu fui pro quartel e aí sim eu conheci bastante tipos de substâncias e lá eu comecei a usar praticamente diariamente” (E9)

“Tinha 17 anos [...] foi com maconha e álcool, mas foi mais pra enturmar, pra ser aceito na turma” (E12)

“eu tinha 17anos [...] a gente ia se reuni para bater papo e nesse bate papo sempre tinha álcool envolvido, nas rodas de amizade assim, tinha uso de álcool, aí tornou-se um vício, tornou-se a vontade de beber diariamente” (E16)

Outro aspecto importante é a presença de familiares com extrema rigidez disciplinar ou com dificuldades de relações e de impor limites para o comportamento do jovem podendo interferir na organização satisfatória desse período acarretando algum comportamento de risco, incluindo o uso e abuso de substâncias psicoativas⁽⁸¹⁾. Esta consideração pode ser constatada, na entrevista E20, quando o entrevistado relata que cansou de ser “certinho” e procura “a fuga” no uso do álcool e maconha para ser “malandro”:

“Eu comecei a usar álcool muito cedo, lá pelos 15 anos [...] Eu era muito certinho daí eu resolvi que eu ia aprender a ser malandro né, então eu comecei a beber, também comecei a fumar maconha” (E20)

A maioria dos estudos demonstram que o uso geralmente inicia na adolescência^(24,76). Ao contrário disso, das 20 entrevistas realizadas, um entrevistado

relatou que teve início o uso de SPAs na fase adulta. Observa-se isso na entrevista E4:

“maconha, tinha uns 28 anos, foi uma brincadeira de eu e um outro colega, vamos vê qual é, vamos experimentar pra ver qual é a reação que dá [...] me deu uma reação de fome e eufórico, sorria bastante” (E4)

“bebida de álcool eu comecei com um pouco e quando vi eu estava quase no fundo do poço. Eu estava com 27anos. Daí eu bebi uns três anos... quatro anos, começou a bater uma fraqueza né, o meu organismo não era pra bebida, daí eu procurei uma ajuda né?” (E4)

Em um levantamento domiciliar realizado em 2012, pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD/UNIFESP), em 149 municípios do país foi detectado que o número de adultos que bebe pelo menos uma vez por semana subiu 20% (de 45% da população total em 2006 para 54% em 2012). A prática de beber pesado episódico - *binge* (beber cinco doses ou mais numa única ocasião para homens e 4 doses ou mais para mulheres) também aumentou. Dentre as substâncias, a cerveja era a bebida mais consumida nessas ocasiões⁽⁵⁾.

À medida em que o uso, abuso e dependência de SPAS afetam toda a sociedade e vem percorrendo proporções cada vez mais alarmantes, é importante considerar o início do consumo do álcool, pois tem sido cada vez mais precoce, sugerindo então, a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento para essa população⁽⁵⁾.

Em razão da adolescência ser um período, de instabilidade afetiva e de mudanças significativas, o uso de SPAs pode ser uma estratégia utilizada para enfrentar sua vida cotidiana. Penso, que nas escolas é o lugar onde deve-se ter o início da implantação de ações educativas, pois neste espaço é onde a criança ou o adolescente pode se adquirir o conhecimento e treinamento de habilidades para enfrentar a vida frente as SPAs.

Importante, também, que o trabalho não fique somente dentro das salas de aula, seja realizado conjuntamente com as famílias e a comunidade onde as crianças/adolescentes estão inseridos. Considero relevante a necessidade de ampliar ações, promovendo a qualidade de vida, como também, investimento na promoção e prevenção, promovendo à saúde de forma integral para as crianças, os adolescentes e os familiares.

Quanto a motivação para o uso das SPAs, conforme mostra a literatura⁽⁷⁶⁾⁽⁸¹⁾⁽⁸²⁾, muitos foram os motivos que levaram os participantes a usar. No entanto, a pesquisa mostrou que uma das motivações para o uso, giraram em torno da curiosidade, em sua maioria na adolescência. Observa-se nos relatos dos entrevistados E2, E13, E19 e E20:

“[...] Curiosidade porque os outros faziam, era bonito na época. Em plena ditadura militar, então era um desafio fazer uma coisa daquelas [...]” (E2)

“eu quero ver, quero experimentar, quero ver qual é que é” (E13)

“queria usar pra saber como é que era e usei, eu achei bom [...] eu comecei a tomar cerveja e era seguido, todos os finais de semana eu bebida em casa e assim começou” (E19)

“Curiosidade, eu queria experimentar tudo o que me aparecia de droga pela frente eu experimentava, uma curiosidade assim, e uma motivação de experimentar pra saber como é que era” (E20)

A curiosidade natural dos adolescentes é um dos fatores de maior influência na experimentação do álcool e outras SPAs, assim como a opinião dos amigos e a facilidade para conseguir drogas. A curiosidade do adolescente o faz buscar novas sensações e prazeres. Podemos constatar conforme a fala do entrevistado E7:

“[...] a cada sexta eu ficava mais tempo, comecei a experimentar o álcool, a cachaça mesmo, aí eu senti mais prazer, comecei a tomar cachaça que financeiramente sai mais barato?” (E7)

O adolescente vive o presente, busca realizações imediatas, e os efeitos das drogas vão ao encontro disso, proporcionando prazer imediato. Ao mesmo tempo, a curiosidade é um fator fundamental importante para a utilização das SPAs. Em estudo realizado com 30 adolescentes com 13/14 anos sobre o consumo de drogas, quando questionados sobre os fatores que explicam o consumo inicial, os adolescentes entrevistados informaram: a existência de problemas pessoais (n=12); o consumo pelos pares (n=11); a curiosidade (n=11); e a escolha individual (n=4)⁽⁸⁴⁾. Neste mesmo estudo, os adolescentes informaram que a influência dos pares e a

experimentação da droga em grupo proporcionam a entrada na trajetória de consumo de drogas. Esse achado é condizente com as entrevistas E3 e E15:

“É o meio, o meio [...] amigos. Ali nas festas e tal rolava uma ‘carreira’ ali, uma ‘carrera’ aqui, outra ali. Mas não era tão disseminada como é hoje (referente a cocaína)” (E3)

“comecei com o álcool indo pras festa [...] com amigos, vai toma um golinho, toma um pouquinho, aí eu entrei no álcool né” (E15)

É na adolescência que os amigos se tornam referência para o jovem, facilmente influenciável nesta fase. E no desejo de se auto afirmar, de ser aceito pelo grupo, de buscar emoções novas, de desafiar limites e convenções sociais as SPAS aparecem como o elemento encorajador⁽⁸⁵⁾. No entanto, é importante trabalhar os aspectos de necessidades a saúde de forma interdisciplinar, conhecendo seus sentimentos, participar de suas preocupações, dar atenção, apoio e diálogo⁽⁸⁶⁾.

A elevada prevalência no consumo de substâncias psicoativas entre os adolescentes constitui uma ameaça à sua saúde, bem-estar e a qualidade de vida. Conforme mostra a pesquisa a curiosidade, influência dos amigos, experimentação do uso SPAs em grupos e a busca por novas sensações e prazeres são os motivos que levaram os adolescentes ao envolvimento com uso de SPAs. Dados como estes são considerados relevantes e podem contribuir para planejamentos de ações de prevenção.

7.2 MOTIVOS QUE LEVARAM A BUSCAR O TRATAMENTO

Nesta categoria, busca-se explorar os motivos que levaram os usuários de SPAs a buscarem o tratamento. Conforme descrito, foram formadas três subcategorias: comprometimento e perturbação clínica, comorbidades psiquiátricas e prejuízos nas relações sociais e familiares.

7.2.1 Comprometimento e Perturbação Clínica

Os prejuízos relacionados ao abuso de álcool e outras drogas situam se entre os principais problemas para a saúde, trazendo consequências negativas para o

usuário, família e comunidade. Nesta perspectiva, as consequências desfavoráveis advindas do uso do álcool podem ocasionar comorbidades clínicas como: cirrose, câncer hepático, intoxicações entre outras doenças. Além disso, podem influenciar em complicações físicas e mentais, homicídios, criminalidade, desemprego, quedas e acidentes⁽⁹⁴⁾⁽⁹⁵⁾. Percebe-se nas falas dos entrevistados E11, E13 e E14 que em virtude do uso de SPAs apresentaram quedas, traumatismo craniano, hemoptise e câncer.

“eu não quero essa vida pra mim, de vício [...] eu tive uma queda dentro da minha casa, eu tive quatro traumatismos cranianos” (E11)

“passei mal, comecei a vomitar sangue e aí me deu um alerta, procurei atendimento médico” (E13)

“eu descobri que eu estava com um câncer, aí eu tive a primeira recaída [...] um pouco de desgosto da vida” (E14)

No ano de 2010, o consumo do uso de álcool resultou na morte de 2,5 milhões de pessoas, abrangendo suicídio, violência e acidentes de trânsito, e doenças como cirrose, hipertensão arterial, infarto, pancreatite, desnutrição e câncer⁽¹⁷⁾. As mortes no mundo giram em torno de 5,9%, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, porém, o consumo da bebida (não levando a dependência) pode ser percebido em 11,2% dos casos, como também levar ao crescimento de outras 200 doenças⁽⁶⁶⁾.

Os entrevistados E4 e E6 relatam a “fraqueza” como um dos problemas clínicos em consequência do uso de álcool. Além disso, podemos observar na fala do entrevistado E6 que além das complicações físicas, o mesmo procurou manter-se intoxicado para buscar “a fuga” dos sintomas.

“foi batendo uma fraqueza, nas pernas, no estômago, comecei a me sentir mal [...] procurei ajuda, que daí eu me internei [...] fiquei no soro contínuo porque eu estava muito fraco” (E4)

“Eu tava fraco, fazia acho que uns 14 dias que eu não conseguia comer, e só bebendo [...] quando era de noite, eu via todos os vizinhos fechando as janela, pegava minha sacola e ia direto no mercadinho, lá eu abastecia a sacola de bebida e vinha pra casa beber e fumar” (E6)

Importante destacar que além das comorbidades clínicas, o usuário poderá vir a apresentar sinais físicos, psicológicos e sintomas que aparecem após a interrupção total do uso de álcool. Esses sinais e sintomas são chamados de Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA), que têm início nos primeiros dias após a interrupção da bebida de álcool e pode durar entre 1 a 2 semanas. Possui diferentes níveis de gravidade, que podem variar desde um quadro eminentemente psíquico como irritabilidade, insônia e piora das funções cognitivas ou outros sintomas como: tremores, sudorese, hipertensão arterial, taquicardia, náusea, vômito, ansiedade, desorientação e agitação⁽⁹⁶⁻⁹⁷⁾.

O entrevistado E8 informa ter apresentado tremores, emagrecimento e perda da autoestima. No entanto, o entrevistado E13 informa ter descoberto a hipertensão e outros sinais e sintomas que lhe motivaram para manter o tratamento. Evidencia-se nas falas dos entrevistados E8 e E13:

“eu não aguentava mais, diminui o uso [...] eu comecei a ter tremores, estava totalmente dominado do álcool. Magro, perda da autoestima” (E8)

“eu passei mal, aí eu descobri pressão alta, descobri uma série de coisas e fui mantendo o tratamento” (E13)

Entretanto, o entrevistado E16 refere na sua fala que o uso de SPAs, prejudicou a memória e gerou fraqueza, tendo dificuldade de exercer o trabalho, motivo este, que fez com que ficasse abstinente. Com a intoxicação do álcool podem surgir os efeitos de marcha irregular, falta de coordenação, fala indistinta, falta de coordenação e prejuízos de atenção, concentração, memória e julgamento^(39,98). Observa-se isso na fala do entrevistado E16:

“não estava me sentindo bem, me sentia muito fraco com relação ao trabalho, e outras coisas assim, memória, então já estava me prejudicando bastante, então eu decidi parar, dar um basta” (E16)

A SAA se não tratada poderá progredir de leve, moderada para síndrome grave com presença de alucinações temporárias, convulsões ou *delirium tremens* (DT)^(96,99). Podemos observar na fala do entrevistado E12, que além dos tremores, também, apresentou convulsão.

“Ah tava péssimo, tava tremendo, com convulsão, tinha convulsões, eu tremia bastante [...] muito magro e o psicológico também bastante abalado” (E12)

A abstinência do álcool em situações moderadas a graves, pode ameaçar a vida, é importante que a desintoxicação seja feita sob supervisão de um médico, necessitando a intervenção farmacológica⁽³⁹⁾. Estudo que teve como objetivo analisar evidências relativas às estratégias de treinamentos para equipes de enfermagem assistenciais com temática relacionada à síndrome de abstinência alcoólica, teve como conclusão que os profissionais de enfermagem precisam receber treinamentos e atualizações teórico-práticas⁽¹⁰⁰⁾. A retirada do uso de bebida de álcool deve ser realizada com planejamento, caso contrário pode prejudicar a saúde do usuário⁽¹⁰¹⁾. Importante, que os profissionais de saúde consigam identificar os sinais e sintomas apresentados pelos usuários, afim de ajudá-lo no manejo da abstinência, evitando que a situação progrida para um quadro grave.

7.2.2 Comorbidades Psiquiátricas

A pesquisa mostra que um dos motivos que levaram os entrevistados a buscarem o tratamento foram as comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas ao alcoolismo e ao uso de outras SPAs.

Em pesquisa realizada com o objetivo de verificar a frequência de comorbidades psiquiátricas, utilizando *Mini International Neuropsychiatric Interview*, em diferentes grupos de dependentes químicos em abstinência, constatou-se que há maior ocorrência de psicopatologias e risco de suicídio em usuários de múltiplas SPAs, sugerindo a importância da avaliação de outros transtornos associados à dependência química⁽⁸⁷⁾.

O entrevistado E1 menciona que o transtorno psiquiátrico como a depressão e o transtorno do pânico levaram-no a ter recaídas, porém nos tratamentos realizados, o mesmo refere que estes não foram tratados conjuntamente levando-o a recaídas. Observa-se na fala do entrevistado:

“eu tava pedindo socorro pela depressão e pelo pânico, o que tava me levando pro alcoolismo, só que isso nunca foi olhado muito a sério [...] quando eu saia pra rua eu já saia recaído, aquelas sensações voltavam de novo, achava que ninguém tava dando bola pro problema,

eu comecei a usar o meu remédio que era o álcool, era o que me aliviava. E aí foi onde eu comecei o uso pesado, cada vez usava mais, cada vez usava mais” (E1)

“eu fiz várias internações pra tratar a depressão e o pânico. Só que sempre levaram pro lado do alcoolismo, trataram o alcoolismo, faziam desintoxicação, e o pânico e a depressão ficou sempre de lado. Então toda vez que eu saia da internação, já saia recaído” (E1)

Estudo do perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento revelou que 13% dos pacientes apresentavam alguma comorbidade psiquiátrica e 30,1% comorbidades clínicas, sendo que o número foi de 350 prontuários⁽²⁴⁾. O uso, abuso e dependência de álcool pode estar relacionada com a depressão.

Pesquisa realizada com o objetivo de verificar a prevalência de depressão na atenção primária à saúde, demonstrou forte associação entre os sintomas depressivos e o abuso/dependência de álcool e outras substâncias⁽⁸⁸⁾. Nessa situação o usuário busca aliviar o sofrimento causado pela depressão através do uso intenso de álcool por um longo período de vida.

Dentre os transtornos psiquiátricos associados ao suicídio, o abuso de SPAs, é o segundo em prevalência⁽⁸⁹⁾. Estudo que analisou a coexistência de uso nocivo de bebidas alcoólicas, história de tentativa de suicídio, depressão, uso de psicofármacos e soropositividade para HIV, apontou a depressão como precursora do abuso de bebida alcoólica, que por outro lado agrava os sintomas do transtorno depressivo. O comportamento suicida foi considerado o fator de risco nos casos em que há essas associações entre abuso de álcool e depressão⁽⁹⁰⁾. Como demonstrado na fala do entrevistado E19:

“eu tava pensando em me matar, aí eu tava muito deprimido e a coisa não ia não andava, não tinha mais força pra nada” (E19)

Em estudo realizado em um serviço de saúde mental, que teve como objetivo descrever o perfil de dependentes químicos atendidos em um serviço de saúde mental, os registros apontam que 59,35% teve o início do uso de drogas na infância e adolescência, sendo que destes 58,90% tiveram as drogas lícitas, o álcool especificamente, como primeira droga utilizada. Em relação às variáveis relacionadas à história psiquiátrica, identificou-se a presença de comorbidade psiquiátrica em

46,34% dos prontuários. Uma vez que alguns indivíduos apresentaram mais de uma comorbidade, chegou-se a um total de 79, sendo mais frequentes os diagnósticos de transtornos de humor, com 45,57% entre os seis grupos de comorbidades encontradas⁽⁹¹⁾.

“[...] “eu entro em crise de depressão e automaticamente eu vou lá e consumo em 4, 5 dias só, mas um volume muito grande, aí eu sempre recorro a uma clínica” (E11)

“eu vejo aqui que eles tão analisando meu caso, que o meu caso não é de dependência química, e sim mais depressiva.” (E11)

“[...] a droga eu usava pra escapar de uma angústia profunda, de uma vida angustiada, uma depressão, a bebida e as drogas, eles deixam a gente sonhando e faz com que isso seja minimizado” (E12)

“aí me agravou mais, eu entrei em depressão, aí começou, aí eu comecei a tomar todos os dias” (E15)

“eu bebia muito daí, então eu tava meio que fora de controle, aí eu procurei ajuda [...]” (E16)

“Por causa do transtorno afetivo bipolar eu tava fazendo tratamento psiquiátrico por causa da ansiedade tá, uma das razões de eu beber tanto é por causa da ansiedade” (E20)

Indivíduos dependentes químicos possuem mais chances de desenvolver um transtorno psiquiátrico, quando comparados a indivíduos que não utilizam a SPAs⁽⁹²⁾⁽⁹³⁾. Isto fica evidente na fala dos entrevistados, que buscam ajuda e sentem que essa ajuda é fragmentada. Observa-se nos relatos que em muitas ocasiões o usuário recebe um tratamento que difere das suas necessidades.

É importante salientar, que a identificação, o planejamento das intervenções e o tratamento correto das comorbidades psiquiátricas é de suma importância para melhor prognóstico do caso⁽⁸⁷⁾. Trata-se de estabelecer prioridades na atenção e controle dos sintomas que estão dificultando o tratamento, sejam eles da comorbidade psiquiátrica ou relacionado aos sintomas de abstinências.

7.2.3 Prejuízos nas Relações Sociais e Familiares

O uso de SPAs tem um impacto enorme nas relações sociais e familiares do usuário, portanto, para que haja um possível tratamento, a família é parte

fundamental. Em pesquisa realizada com objetivo de identificar as percepções de dependentes químicos sobre o período de desintoxicação no hospital, com usuários de SPAs de idade entre 19 e 57 anos, os principais achados apontaram que o tratamento de desintoxicação é valorizado pelos usuários e o quanto o suporte familiar é importante no tratamento. A família é apontada como fundamental para o tratamento, uma vez que busca, através do tratamento, um bom relacionamento familiar e convívio social⁽¹²⁾. Essa importância da família fica evidenciado na fala de alguns participantes:

“a gente cria uma família, e como eu estava vendo que eu estava me destruindo [...] então eu resolvi largar de vez” (E2)

“essa internação está sendo diferente, porque minha irmã me deu apoio, tenho onde morar, onde tomar um banho, onde comer” (E12)

“eu procurei a internação, a minha família me ajudando, querendo me ajudar [...] (E17)

A família é a motivação, fator de proteção para muitos usuários de SPAs mesmo quando se quer desistir, porém também pode ser um fator de risco para a recaída devido à falta de informação referente a doença, compreensão e ao desgaste relacionado às consequências do uso de SPAs pelo usuário, apresentando baixa tolerância e dificuldade de aceitação da dependência química como doença. Também, desinformação e despreparo da família refletem na ausência de suporte e na falta de incentivo pela busca de tratamento⁽⁴⁷⁾. Por outro lado, quando a família não busca uma melhor compreensão sobre a dependência química e tratamento, sua participação fica limitada⁽⁶⁵⁾.

Assim, o envolvimento da família é parte fundamental para a tratamento do usuário. Conforme mostram os estudos^(21,47,104,105) a família é um fator significativo como forma de motivar o usuário ao tratamento. Destaco aqui a importância de o usuário ter uma rede de apoio que o ajude a seguir abstinente ou reduzindo a utilização das substâncias psicoativas. Estudo que teve como participantes o total de 50 usuários de SPAs mostrou que a religiosidade (74,0%), grupos de apoio (70%), suporte familiar (54%), trabalho (48%) e apoio profissional (30%) são aspectos importantes para prevenir uma recaída⁽⁴⁷⁾.

Sabe-se que o alcoolismo constitui um grande desagregador familiar. A família é o primeiro sistema a ser afetado pelo usuário de SPAs, provocando consequências

na saúde, bem como fragilizando as suas relações⁽⁴⁷⁾. O relato dos entrevistados E7, E14 e E17 confirmam essa questão:

“me separei por causa do álcool [...] perdi minha mãe, e aí eu me afundei mais no álcool” (E7)

“tive uma separação, por causa do uso de bebida, resolvi por conta própria vir procurar ajuda, me tratar. Eu achava que sozinho eu conseguia parar, mas eu vi que não teve jeito” (E14)

“perdi o primeiro casamento, então perdi a minha esposa [...] quando eu vi que eu perdi já a segunda vez, então eu vi que eu tava errado em alguma coisa” (E17)

Os entrevistados E4 e E5 demonstram o sofrimento provocado pela repetição contínua de uma situação familiar que é desgastante. O desamparo familiar, pode ser um dos motivadores da desestruturação emocional dos usuários que encontram na família a base, o suporte, o alicerce para o seu tratamento e, ao mesmo tempo, a segurança de que necessitam nessa fase.

Nos relatos dos entrevistados E4 e E5, notou-se marcadamente o quanto estas situações familiares “mal resolvidas” geram conflitos, motivando, muitas vezes, reações em que ele busca agredir-se como forma de fugir ou solucionar seu problema.

“tive uma discussão que fazia anos que eu não tinha vivido um momento de tá discutindo com essa companheira que estava comigo há seis anos” (E4)

“eu casei, continuei bebendo, meu casamento se arreventou, depois de 18 anos, separação. Minhas filhas também se anojam quando eu bebo na volta, as minhas outras relações com outras mulheres também foi pesadelo” (E5)

A corresponsabilização de ambas as partes é fundamental, pois a família se faz necessária na vida do usuário de SPAs, muitas vezes é ela que atribui seus valores, suas crenças e impõem limites. Sabe-se que a família desempenha um papel fundamental neste contexto, mas ao mesmo tempo também adocece⁽⁴⁷⁾. As consequências de viver esta experiência para os familiares mais próximos podem se manifestar por meio de sintomas físicos e psicológicos. Dessa forma, a família precisa ser acolhida, através de uma escuta ativa e dialogada, necessitando ser cuidada e atendida pelos profissionais de saúde, como também, a família precisa buscar informações e estar participando ativamente no tratamento do usuário.

7.3 TRAJETÓRIA DE TRATAMENTO DOS USUARIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: MAPA DOS SERVIÇOS DE ADIÇÃO E GRUPOS DE APOIO DO MUNICIPIO DE PORTO ALEGRE/RS PERCORRIDA PELOS USUARIOS DA PESQUISA

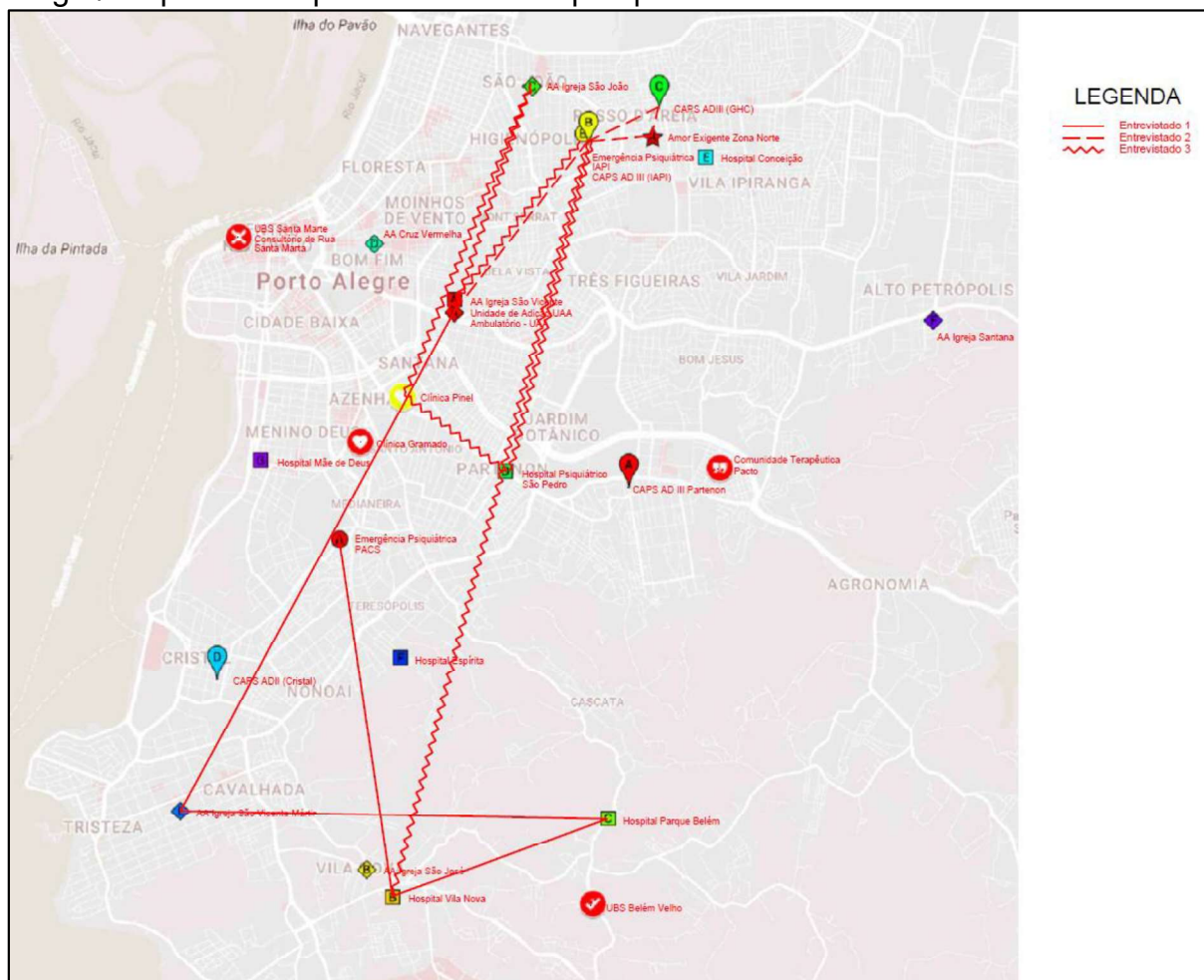
Os participantes da pesquisa percorreram vários serviços de adição no Município de Porto Alegre como também grupos de apoio. Salienta-se que a internação hospitalar foi uma medida de intervenção realizada por todos os participantes da pesquisa, no entanto, observa-se que muitos percorreram vários serviços, como também, os grupos de apoio e quando todos os outros dispositivos da rede extra-hospitalares se esgotaram, os usuários de SPAs procuraram pelas Emergências Psiquiátricas.

Os participantes do estudo foram para Unidade de Adição provenientes das Emergências Psiquiátricas (Pronto Atendimento de Saúde Mental - IAPI e do PACS) e dos CAPS AD do município de Porto Alegre, como também, estavam em acompanhamento no ambulatório de Adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA.

A seguir, será descrito a trajetória de tratamento de cada participante do estudo, por meio da identificação de mapas do município de Porto Alegre, onde cada entrevistado será identificado por uma legenda.

Conforme mostra a figura 4, o E1 percorreu a Emergência Psiquiátrica do PACS, Hospital Vila Nova, Hospital Parque Belém, grupo de apoio - AA (Igreja São Vicente) e a Unidade de Adição - UAA. O E2 passou pela Emergência Psiquiátrica IAPI, CAPS ADIII (GHC) e grupos de apoio, como o Amor Exigente na Zona Norte (entrevistado não soube informar o nome do grupo) e o AA (Igreja São José) e na Unidade de Adição - UAA. O E3, percorreu os seguintes locais de tratamento: Emergência Psiquiátrica IAPI, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Clínica Pinel, grupo de apoio AA (Igreja São João), Unidade de Adição - UAA, CAPS AD III (IAPI) e o hospital Vila Nova.

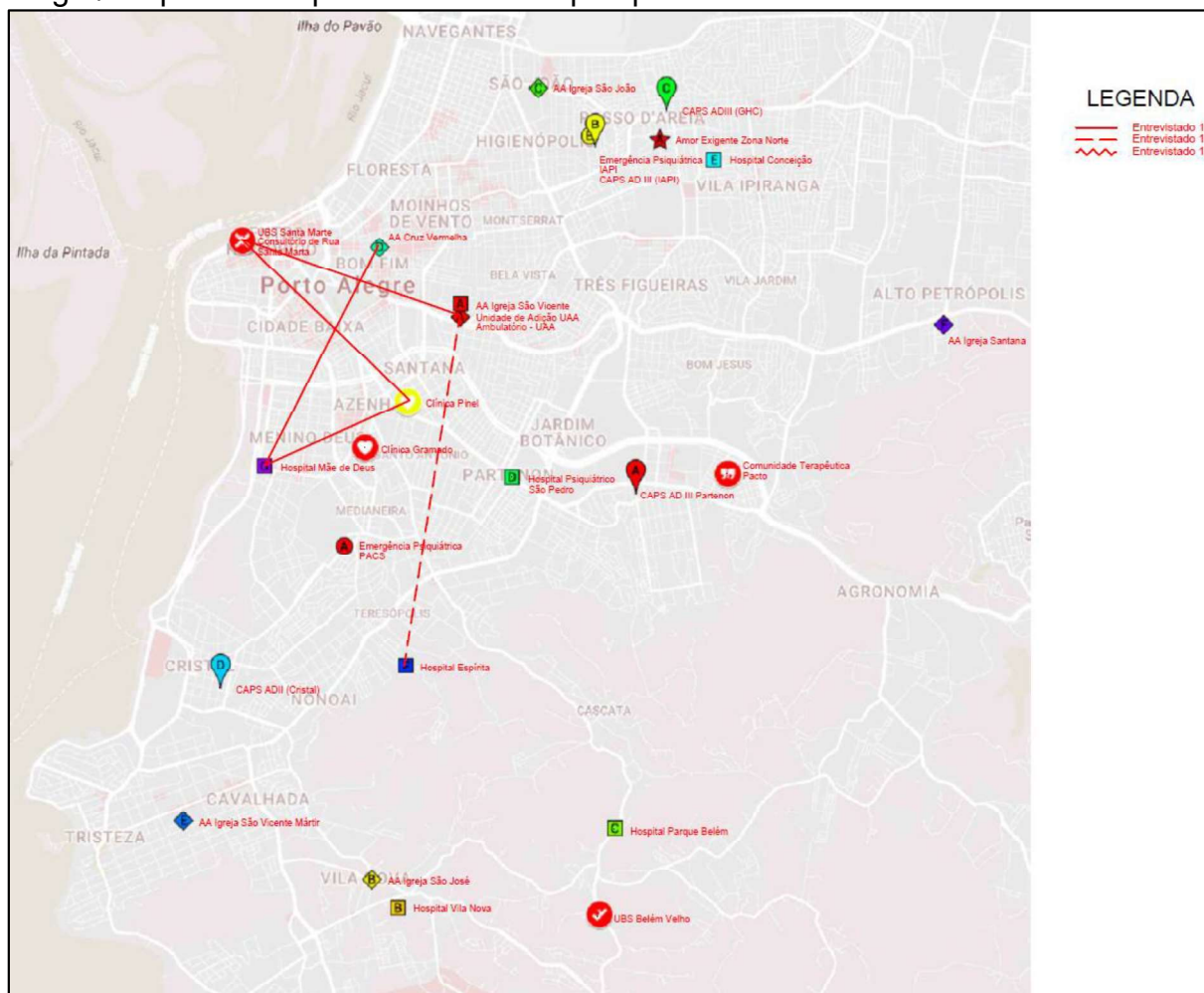
Figura 4 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa



Fonte: Google Maps⁽³³⁾.

Conforme mostra a figura 5, o E4 esteve na Emergência Psiquiátrica PACS, Hospital Parque Belém, Clínica Gramado, grupo de apoio AA (Parque Belém), CAPS AD II (Cristal) e ambulatório de adição. O E5 passou pela Emergência Psiquiátrica PACS, Unidade Básica de Saúde (Belém Velho), tratamento ambulatorial (Eldorado do Sul), Unidade de Adição – UAA e o CAPS AD II (Cristal). O E6 esteve na Emergência Psiquiátrica IAPI, Unidade de Adição – UAA e Comunidade Terapêutica Arroio do Tigre.

Figura 8 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa



Fonte: Google Maps⁽³³⁾.

Conforme mostra a figura 9, o E16 esteve no ambulatório de adição - UAA, como também na Unidade de Adição - UAA, Hospital Parque Belém e no Hospital Vila Nova. O E17 percorreu os seguintes serviços: Emergência Psiquiátrica IAPI, Unidade de Adição - UAA, grupo de apoio AA (Igreja São João), Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Vila Nova, Hospital Parque Belém e o CAPS AD II (Cristal). Já o E18 esteve no ambulatório de Adição - UAA, Unidade de Adição - UAA e grupo de apoio AA (Cruz Vermelha).

e Gravataí. Os serviços como o Hospital Parque Belém e o grupo de apoio AA (Hospital Parque Belém) não fazem mais parte da rede de serviços de adição do município de Porto Alegre.

7.4 O ENTENDIMENTO DOS USUARIOS SOBRE OS SERVIÇOS E GRUPOS DE APOIO

Nesta seção, será descrito o entendimento dos participantes da pesquisa frente as potencialidades e fragilidades encontradas nos serviços percorridos para tratamento de adição e grupos de apoio do Município de Porto Alegre. Importante salientar que esses serviços não serão identificados, exceto o grupo de apoio AA.

O tratamento aos usuários de SPAs é complexo e envolve várias áreas do conhecimento. Enquanto as equipes necessitam aprender a lidar com a frequente frustração de resultados incertos, os usuários lidam cotidianamente com a ambivalência entre a necessidade de gratificações imediatas sentidas com o uso de SPAs e a melhora nos aspectos negativos do uso, como perdas de vínculos sociais, familiares e trabalho⁽¹⁰⁶⁾.

As SPAs de abuso agem no sistema de recompensa cerebral, atuando como estímulos naturais prazerosos como comer um chocolate ou praticar um exercício físico gerando mudanças no cérebro, nos neurotransmissores (dopamina, serotonina, noradrenalina) levando a um círculo vicioso com a busca pela sensação de prazer (reforço positivo) e o alívio dos sintomas de privação (reforço negativo)⁽¹⁰⁷⁾. Deste modo, as opções de tratamento do uso de substâncias são uma luta constante contra este “instinto de sobrevivência”. As equipes de saúde carecem de preparo/conhecimento para compreender de modo mais amplo o usuário de SPAs dificultando a adesão ao tratamento.

Em pesquisa que teve como objetivo analisar o nível de adesão ao tratamento dos pacientes do programa de álcool e drogas do Ambulatório Médico de Especialidades observou-se que a adesão ficou acima da média. Este resultado do estudo acredita-se que seja decorrente de um conjunto de ações como o mapeamento detalhado do perfil dos pacientes, uma equipe especializada, combinação de atividades terapêuticas e discussão constante dos casos em reuniões periódicas⁽¹⁰⁸⁾.

Apesar dos avanços nas abordagens de tratamento, a implementação de políticas sobre álcool e outras drogas, e no aumento das possibilidades de locais para

tratamento, o usuário ainda é visto como perigoso e, portanto, atendê-lo é uma tarefa difícil⁽¹⁰⁹⁾. Assim, o usuário que busca ajuda, muitas vezes não recebe o atendimento que necessita, como apontam as falas dos entrevistados E1 e E6:

“pouca atenção médica, poucos profissionais pra dar atendimento, falta de ocupação, então passou batido de novo o problema que tava me levando pro álcool” [...] mais atenção ao paciente, não tem um tratamento individual, bem planejado [...] ficava o dia todo ou deitado ou fumando na área que podia fumar e ali passava o dia, tomava as medicação e ia dormir” (E1).

“é, aí não apareceu doutor nenhum, e só me davam injeção, toda a hora injeção, e soro direto, muito ruim [...] eu já vinha pedindo há tempo pra mim ir pra uma fazenda, então... só tem dez na minha frente” (E6)

O despreparo dos profissionais é observado na fala dos entrevistados E7, E16 e E17. Em pesquisa que teve como objetivo analisar estudos acerca das estratégias na prevenção e tratamento à dependência química no Brasil, entre 2002 a 2011⁽¹⁰²⁾ foram identificadas, as fragilidades no atendimento, como a necessidade de capacitação continuada dos profissionais de saúde que possibilitem a atuação eficaz e necessária. Fato confirmado também neste estudo, conforme mostra os relatos dos entrevistados:

“não tem assim, uma assistência [...] tu deita e é só medicado, eles só querem te dar o soro e depois o medicamento, passou os dias, tu pega tua mochila e vai” (E7)

“olha, é difícil demais, não tem um atendimento assim, como eu disse o atendimento se resume naquela coisa, só remédio e remédio, só isso” (E16)

“[...] eu acho que falta mais gente capacitada dentro desses ambientes [...]” (E17)

Conforme a fala dos entrevistados fica a dúvida se há a falta de competência técnica dos profissionais ou o despreparo. Estudos mostram que há o não reconhecimento por parte de alguns profissionais de saúde acerca da responsabilidade de determinados serviços da rede de saúde frente à assistência ao usuário de SPAs⁽¹¹⁸⁾. Ainda os profissionais são despreparos para assistir esses usuários, especialmente em nível primário de assistência⁽¹¹⁹⁾.

O avanço das políticas públicas, a criação dos CAPS AD, leitos em hospitais gerais, consultórios na rua, entre outros, ainda é lento em relação ao crescimento do uso e abuso de drogas em toda a população e os decorrentes efeitos sociais, biológicos, laborais e familiares⁽¹⁰⁹⁾. Estudo evidencia não haver de modo comprovadamente eficaz um tratamento para o usuário de SPAs⁽¹¹⁰⁾ Um estudo que avaliou o tratamento de usuários de *crack* e outras drogas em CAPS AD, verificou que além das dificuldades decorrentes do próprio trabalho há ainda falta de verbas para a realização dos atendimentos, falta materiais para oficinas, há poucas salas, ambientes com pouco espaço e com prejuízos estruturais⁽¹⁰⁹⁾. Essas observações são identificadas nas seguintes falas dos entrevistados:

“aquela noite nós dormimos lá, ficamos sentado num banco duro lá, até eu cair” (E5)

“melhorar a infraestruturas dos hospitais e investimento do governo, porque a situação está precária” (E9)

“ah, tinha que colocar mais leitos, eu acho [...] pra ter mais vagas, pra gente não ficar no corredor, que nem eu fiquei” (E10)

“tudo é muito demorado pra conseguir e muito difícil conseguir uma vaga [...] melhor se fosse mais rápido e mais objetivo, em mais lugares” (E15)

“Esses locais eles não oferecem nenhum tipo de apoio psicológico, eles só te dão remédio e mais nada, não existe um... uma conversa, um diálogo com o médico nem paciente, não tem essa” (E16)

Os grupos de mútua ajuda, como o AA vêm crescendo desde então, o Brasil é um dos países com maior número de grupos. O programa baseia-se na abstinência total de bebida alcoólica e seus princípios centram-se nos 12 passos, que preconizam admissão de ser impotente diante do álcool, acreditar em um ser superior, fazer um inventário sobre si, reparar danos causados a outros e passar sua vivência a outros⁽¹¹¹⁻¹¹²⁾.

A ideia de abstinência total, princípios religiosos, dificuldade em ter que mudar hábitos e reorganizar suas relações foi visto por frequentadores do AA como fatores que dificultam a permanência no grupo. Já os reforçadores são a escuta, a ajuda de outros participantes, a partilha de vivências pessoais, a espiritualidade e o anonimato⁽¹¹¹⁾. Observa-se nas falas dos entrevistados E1, E3 e E8, o quanto o AA beneficiou no tratamento desses usuários:

(referente ao AA) “[...] antes não tinha me identificado, mas hoje tenho mais informações. Quando fui a primeira vez eu não tinha informação nenhuma de como funcionava, fiquei meio vazio. Hoje já procurei informações, tenho uma ideia de como eles funcionam” (E1)

[...] O bom é ir lá no AA, assistir umas palestras deles pra ver como é que funciona, aí sim se inteirar e ingressar no grupo porque se a gente já vai direto esperando resposta, aí a gente fica meio perdido, se não tiver nenhuma explicação [...]” (E1)

“O que eu vejo de principal no AA, é que as pessoas que frequentam os AA, ficam mais tempo em abstinência do que as pessoas que foram em clínicas” (E3)

“no AA as pessoas se entendem, lá a gente desabafa” (E8)

Apesar de não haver uma fórmula mágica para o tratamento do usuário de SPAs, podem-se notar fatores facilitadores para alguns sucessos na capacidade do usuário se abrir para o autoconhecimento, aceitação e prontidão para a mudança. Nos grupos de autoajuda como AA encontramos a solidariedade, o acolhimento e o anonimato⁽¹¹²⁾. Nos programas de tratamento estruturados e com equipe multidisciplinar há continência, profissional de referência, escuta ativa, vínculo, visão integralizada do usuário em seu contexto pessoal, familiar e social⁽¹¹¹⁾. Nas falas a seguir percebe-se o impacto deste atendimento na vida de cada um:

“é organizado, é limpo, são profissionais atenciosos, toda hora tão lhe perguntando como é que tu tá, o que é que tá sentindo, se tá com algum problema, atendimento vip” (E13)

“[...] aqui a gente tem um suporte, aí eu ligo e digo hoje eu não vou vim no grupo e o meu médico me liga pra saber como é que eu estou. Pô, isso é uma coisa que é difícil a gente ver” (E14)

“o atendimento é muito bom, a gente fala, pedem que a gente dê opiniões e sugestões e tal, o que pode melhorar, o que não pode, a gente falar sobre algumas situações que precisam ser melhoradas” (E16)

“tem toda uma infraestrutura pronta pra atender a gente e pronto, aberto sempre lá pra nos receber, no momento que você chega lá em agonia, em problema, precisando de internação, eles param tudo pra te atender, eles dão prioridade, então eu achei muito interessante,” (E17)

“a equipe, elas, as pessoas vêm e te olham e te cumprimentam, perguntam como que tu tá, tipo uma preocupação [...] a gente é acolhido dessa maneira, então isso aí deixa a gente mais relaxado, mais tranquilo e é importante” (E19)

Uma das alternativas de tratamento mais utilizadas para a adição é a psicoterapia de grupo. A terapia em grupo é no mínimo igual à terapia individual em trazer benefícios aos usuários, por mais diferentes que os grupos possam ser pois existem elementos comuns a todos, dentre eles a aprendizagem interpessoal e a coesão grupal⁽¹¹³⁾.

Ressalta ainda que há uma possibilidade maior do usuário ser ele mesmo em um grupo, com uma postura, atitude individual, além de ficarem mais evidentes as patologias de caráter interpessoal⁽¹¹³⁾. Os grupos terapêuticos trazem benefícios importantes aos usuários de SPAs por possuírem elementos como o acolhimento, a partilha de vivências, a aprendizagem de estratégias para enfrentar as dificuldades trazidas com o uso, treinamento em habilidades sociais, manejo da raiva e psicoeducação para a prevenção da recaída⁽¹¹³⁾⁽¹¹¹⁾. Percebe-se nas falas dos entrevistados E8, E11, E17 e E20 a importância das atividades grupais nos tratamentos realizados para o uso de SPAs.

*“pra mim o grupo me ajudou, esses grupos é muito bom, eu participo”
(E8)*

“o tratamento é excelente, tem grupos motivacionais, a equipe que cuida da gente, a atenção que é dada, é sério, tem as normas” (E11)

“a gente tem tempo todo priorizado em nosso sentido e em nosso benefício, são grupos, de aprendizado de como agir quando sair daqui” (E17)

“Gosto muito dos grupos que eu frequento e estou muito satisfeito com o atendimento recebido” (E20)

Há muitos profissionais que consideram a conduta do usuário de SPAs opositora, contestadora e pouco colaborativa, justificando a dificuldade e descrença em atendê-los e tratá-los. No entanto, são possíveis o tratamento e a melhora clínica, desde que seja escolhida uma técnica adequada, ou seja, o tratamento psicoterápico é viável, desde que o profissional saiba dosar terapia de apoio, técnicas cognitivas comportamentais, criatividade, empatia e afeto⁽¹¹⁴⁾.

Independentemente de a abordagem ser individual ou em grupo, o importante é que tenha um aporte teórico sólido, estruturado, regras claras, psicoeducação, foco no aqui e agora e que ajude na reestruturação e reinserção social⁽¹¹⁴⁾. As características essenciais dos profissionais necessárias para o tratamento são a

empatia, a capacidade de lidar com as frustrações, a honestidade, a humildade, o conhecimento, a postura de autoridade e educadora⁽¹¹⁵⁾. A necessidade de uma estrutura continente, com regras, limites, postura de autoridade também é expressa na fala dos usuários.

“Ah, tinha que ser mais rígido o negócio. Ter regras [...] lá tem umas regras. Uns vão pra carimbar a justiça, outros vão pro INSS, eles não vão pela motivação, tão brincando de se tratar” (E8)

“Seguir o tratamento, com grupos, mais rígidos com paciente, tudo bem que esteja desintoxicando, mas a gente sabe quando tem pessoas ali, que não leva a sério, ficam dizendo gracinha um para o outro. Eu acho que pode ser mais sério [...] Mais regras, mais regras [...] eu sou a favor de regras” (E11)

No entanto, na questão do conhecimento e divulgação dos serviços, observa-se, nas falas dos entrevistados E12, E16 e E17, a necessidade de uma maior divulgação acerca da problemática da dependência, para que os usuários possam compreender melhor a doença e os serviços disponíveis. A compreensão desses aspectos é fundamental para se pensar na questão do tratamento e do cuidado, principalmente no que se refere à eficácia dos mesmos, pois o conhecimento produzido sobre as SPAs não pode estar desvinculado do tratamento⁽¹¹⁶⁾. Os usuários percebem essas discrepâncias de diversas formas, como exemplificadas nas falas a seguir:

“focar mais no esclarecimento da doença, mais palestras, mais vídeos, mais conferências Explicando como funciona a doença, porque que ela é incurável... Só a questão do esclarecimento de como funciona a doença e os remédios” (E12)

“Ah falta divulgação, pra muita gente, pessoas usuárias que eu falo, eles não conhecem lugares de tratamento, eles nem sabem que existe [...] falta divulgação” (E16)

“não tem informações, a gente não recebe informações de tratamento” (E17)

A compreensão desses aspectos é fundamental para se pensar na questão do tratamento e do cuidado, principalmente no que se refere à eficácia, pois o conhecimento produzido sobre a dependência química pode favorecer para uma melhor adesão ao tratamento. Além disso, ter melhores condições de discernir

aspectos relacionados a SPAs pode fazer com que estabeleça uma relação diferente com a droga.

8 A CONSTRUÇÃO DO PRODUTO: ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA DE ORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ADIÇÃO E GRUPOS DE APOIO DISPONÍVEIS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

A ideia da construção do material surgiu a partir da análise das entrevistas realizadas com os usuários de SPAs internados na Unidade de Adição e em acompanhamento no ambulatório de adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA, frente à trajetória de tratamento e dos resultados sobre a percepção referente às fragilidades de tratamento evidenciado pela falta de divulgação e orientações sobre os serviços disponíveis.

O produto realizado foi à cartilha de orientação dos serviços de adição e grupos de apoio disponíveis no município de Porto Alegre/RS, desenvolvida no período de julho a outubro de 2017. Através dos resultados das entrevistas como mencionado anteriormente, foi realizado o mapeamento dos serviços de adição e grupos de apoio, através, do diálogo com profissionais da saúde que trabalham na instituição e na rede do município de Porto Alegre, realizada visitas nos serviços, busca ativa através do acesso eletrônico (*internet*) e a consulta em *folders*.

Depois de realizado o mapeamento, foi realizado o contato telefônico com esses serviços de adição e grupos de apoio para certificar quanto à atualização dos endereços, número de telefones e horários das reuniões. Após, foi elaborada a cartilha com as seguintes informações: definições de cada serviço disponíveis para tratamento do uso de SPAs e grupos de apoio, como também, a orientação quanto os endereços, telefones dos serviços de adição, dias e horários das reuniões dos grupos de apoio.

Em fase final, a cartilha foi encaminhada a um profissional designer gráfico. Considerou-se a necessidade da adequação da linguagem, utilizando-se “linguagem popular” de modo que fique de fácil compreensão, facilitando a leitura pelos usuários. Outro aspecto a ser considerado foi a necessidade de ilustrações, tornando a leitura descontraída e atrativa. Concluída essa etapa, foi realizada a impressão da mesma e a apresentada o material a chefia da unidade e do chefe do Serviço.

8.1 A VERSÃO FINAL DA CARTILHA

O material de orientação consta de 14 páginas, dimensão de 105 x 148 mm impressas em cores. O conteúdo consta de uma apresentação inicial, com os seguintes assuntos: definições de grupo de apoio e serviços de adição. Apresentações dos Serviços de Saúde em Adição e Grupos de Apoio, como também, endereços e horários das reuniões. No final da cartilha, encontram-se as referências que foram utilizadas para elaborar o conteúdo da cartilha.

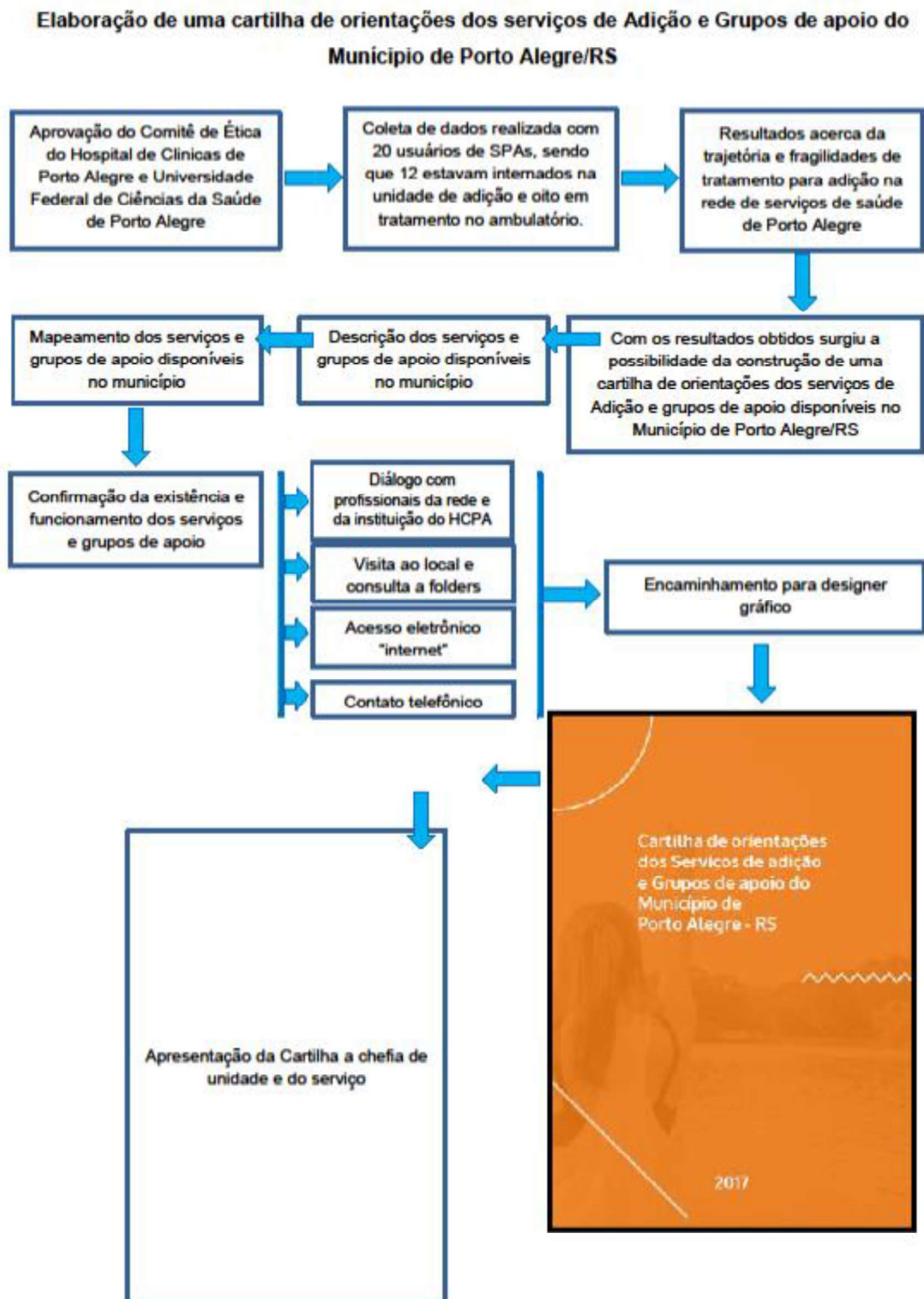
8.2 ENCAMINHAMENTOS E DESAFIOS DO USO DA CARTILHA

Após a cartilha ser apresentada as chefias de unidade e do serviço (Serviço Enfermagem em Adição), espero que o produto seja incorporado como um documento institucional para ser fornecida aos usuários que buscarem tratamento na Unidade de Adição e ambulatório de adição. A Cartilha será apresentada para a equipe multiprofissional e usuários da UAA e do Ambulatório, para posteriormente ser disponibilizado para o uso.

Importante salientar, que a cartilha poderá ser reformulada após sugestões dos usuários e equipe multiprofissional da UAA, deverá ser atualizada anualmente pela equipe e como sugestão, acredito que seja importante ter o apoio dos profissionais do Serviço Social que poderão colaborar com a atualização dos dados sobre aos serviços de adição e grupos de apoio disponível no município de Porto Alegre.

Como resultados espera-se que o material/cartilha possa contribuir com o acesso e a continuidade de tratamento dos usuários; apresentar aos usuários e profissionais da saúde outros dispositivos de adição disponíveis no Município de Porto Alegre. Também, espero ajuda-lo na identificação de avaliar qual é o melhor fluxo de busca de ajuda para as suas necessidades de saúde através dos serviços e grupos de apoio. Além disso, sensibilizar o usuário sobre as possibilidades de tratamentos disponíveis, acesso e atendimento. Por fim, divulgar também aos familiares dos usuários os serviços de adição e grupos de apoio disponíveis no seu território.

Figura 11 – Fluxograma das Etapas para a Construção da Cartilha



Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Figura 12 - Produto: Cartilha de Orientações dos Serviços de Adição e Grupos de Apoio do município de Porto Alegre/RS





Grupos de apoio do município de Porto Alegre - RS

Alcoólicos Anônimos

Grupo de mútua ajuda que se reúne frequentemente e voluntariamente para compartilhar suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo.

Al-Anon

Tem propósito de prestar ajuda a familiares e amigos de alcoólicos, através da prática dos Doze Passos, acolhendo os familiares e amigos de alcoolistas.

Narcóticos Anônimos

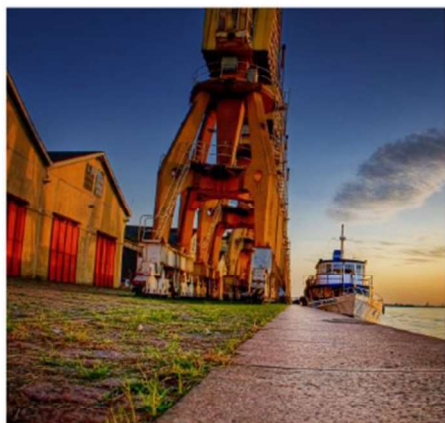
"É uma irmandade ou associação, sem fins lucrativos, de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram um problema muito grave".

Nar-Anon

"Uma irmandade mundial de familiares e amigos de dependentes químicos que acreditam que suas vidas foram afetadas pela dependência química de alguém. O programa se baseia nos Doze Passos e nas Doze Tradições do Nar-Anon.

Amor exigente

Programa de mútua ajuda que desenvolve preceitos para a reorganização da família de dependentes químicos, que são praticados por meio dos 12 Princípios Básicos e Éticos, da espiritualidade e dos grupos de auto e mútua-ajuda.




A seguir, você encontrará os

Serviços de Adição disponibilizados no Município de Porto Alegre - RS

Endereços e telefones



<p>Emergências psiquiátricas</p> <p>IAP) - Plantão de Emergência em Saúde Mental (Centro de Saúde IAP) Rua Valentim Vicentini, s/nº Telefone: (51) 3289 3456</p> <p>Pronto Atendimento da Cruzeiro do Sul – PACS Rua Professor Manoel Lobato, 151 – Santa Tereza Telefone : (51) 32894046</p> 	<p>Alguns HOSPITAIS com atendimento para tratamento da dependência química</p> <p>Associação Hospitalar Vila Nova R. Catarino Andreatta, 155 - Vila Nova Telefone: (51) 3245-8900</p> <p>Unidade Álvaro Alvim - Hospital de Clínicas (Unidade de Adição) Rua Professor Manoel Lobato, 151 – Santa Tereza Telefone : (51) 32894046</p> <p>Hospital Psiquiátrico São Pedro Av. Bento Gonçalves, 2460 – Partenon Telefone: (51) 3240-1300</p> <p>Hospital Nossa Senhora da Conceição Av. Francisco Trein, 596 - Cristo Redentor Telefone: (51) 3357-2000</p>
<p>Hospital Espirita de Porto Alegre Praça Simões Lopes Neto, 175 – Teresópolis Telefone: (51) 3320-5700</p> <p>*Cada serviço possui seu fluxo de acesso/ atendimento.</p> <p>Clínicas</p> <p>Clínica Gramado Av. Florianópolis, 421 – Azenha Telefone: (51) 3246 8275</p> <p>Clínica Pinel Rua Santana, 1455 – Santana Telefone: (51) 3223-7799</p>	<p>Ambulatório de adição</p> <p>Unidade Álvaro Alvim (Ambulatório de Adição) Rua Professor Álvaro Alvim, 400 - Rio Branco Telefone: (51) 3359-6400</p> <p>Ambulatório Cruz Vermelha Av. Independência, 993 - Independência Telefone: (51) 3311-5140</p> <p>Unidade Básica</p> <p>* Procure a unidade mais próxima de sua casa</p>

CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas)

CAPS AD II (Glória, Cruzeiro, Cristal)

Rua Raul Moreira, 253 – Cristal
Telefone: (51) 3289-5734

CAPS AD II – Vila Nova

Rua Estrada João Vedana, 355
Telefone: (51) 3289-5548

CAPS AD III Passo a Passo (GHC)

Av. Carneiro da Fontoura, 57 - Jardim São Pedro
Telefone: (51) 3345-1888

CAPS AD III (IAPI)

Valentim Vicentini, Esquina Novo Hamburgo s/n
Telefone: (51) 3289-3459

CAPS AD III Partenon – Lomba do Pinheiro

R. Dona Firmina, 144 - São José
Telefone: (51) 3289-5739
(51) 3289-5740

Comunidade Terapêutica

Comunidade Terapêutica Pacto

Rua: Dr. Telmo Vergara, 293 – Centro (Triagem)
Telefone: (51) 3013-6007

* A Comunidade Terapêutica fica no distrito de Lomba Verde, Município de Viçmao.

Consultório na rua

Consultório na rua (Santa Marta)

Rua Capitão Montanha, 27 – Térreo - Centro
Telefone: (51) 3289-2985

Consultório na Rua GHC

Rua Alfredo Sebbe, 45 Vila Ipiranga
Telefone: (51) 3340-1239

Oficina Geração de Renda

Geração POA – Oficina Saúde e Trabalho

Rua Mariante, 500 - Rio Branco
Telefone: (51) 3289-5535

Ao virar a página, você encontrará:

Grupos de Apoio, Endereços dos grupos, Dias e Horários das reuniões

Alcoólicos Anônimos | Al-Anon | Narcóticos Anônimos
Nar-Anon | Amor Exigente

Alcoólicos Anônimos

(A) Grupo Aberto | (F) Grupo Fechado

Grupo	Reuniões	Endereço
A.A. Auxiliadora	Terças às 18h 45min (F) e Quintas às 18h 45min (A)	Dependências Igreja Auxiliadora - Rua 24 de Outubro, 1751 - Inoportunidade
A.A. Floresta	Domingos às 9:30h (A)	Dependências Igreja São Pedro - Rua Cristóvão Colombo, 1629 - Floresta
A.A. Imaculado	Quintas às 20h (F), Sextas às 20h (F) - Temática e Domingos às 18h (A)	Dep. Centro Vida - Sala 921 - Av. Baltazar de O. Garcia, 2132 - Rubem Berta
A.A. Ipiranga	Terças às 20h e Quintas às 20h	Dependências Igreja N.ª S.ª do Trabalho - Rua Benito Mertz, 1560 - Vila Ipiranga
A.A. Redenção	Quartas 20h (Última Quarta do Mês Temática) e Domingos às 20h (A)	Dependências Igreja Cristo Redentor - Rua João Zanenga, 44 - Bairro Cristo Redentor
A.A. São Geraldo	Segundas às 20h00 (A) e Quintas às 20h00 (F)	Dependências Igreja Cristo Redentor - Rua João Zanenga, 44 - Cristo Redentor
A.A. São João	Sábados às 20h (A)	Dependências Igreja São Geraldo - Av. Farrapos, 2611 - São Geraldo
A.A. Sarandi	Terças às 20h (F) e Sextas às 20h (A)	Dependências da Associação dos Moradores da Vila Elisabeth e Parque - Av. Ziloe Abril, 792 - Sarandi
A.A. Novo Caminho	Segundas às 20h (F) e Sextas às 20h (A)	Dependências Igreja Santana - Rua Emílio Otto, 98 - Protásio Alves
A.A. Assunção/Tristeza	Segundas às 19h30 (F)	Grupo de Escoteiros do Mar Passo da Patrã - Av. Guilherme 4327 - Via Assunção

Alcoólicos Anônimos

(A) Grupo Aberto | (F) Grupo Fechado

Grupo	Reuniões	Endereço
A.A. Santana	Segundas, Quartas e Sextas às 19h 30min (F). Sábados às 16h e 19h 30min (A) - Quando um feriado ou a sua véspera coincidir com o dia da reunião, esta será aberta (A)	Ao lado da Clínica Pinel - Rua Santana, 1445 - Farrroupilha
A.A. Rio Branco	Quartas às 19h 30min (F) e Domingos às 18h 30min (A)	Dep. Igreja Metodista Wesley - Rua São Vicente, 180 - Rio Branco
A.A. Maos Amigas	Terças e Sextas às 19h 30min (A), Domingos às 9h 30min (A)	Dep. Hospital Psiquiátrico São Pedro - Av. Bento Gonçalves, 2466 - Partenon
A.A. Gaúcho	Segundas às 19h 30min (F) e Quintas às 19h 30min (A)	Dep. Igreja São Jorge - Av. Bento Gonçalves, 2948 - Partenon
A.A. Fraternidade	Segundas às 19h (A)	Dep. Igreja Evangélica de Confissão Luterana - Rua Senhor do Passos, 202 - Centro - Sala 203
A.A. Unidade	Segunda à Sexta às 15h, Domingos às 16h (A)	Dep. Cruz Vermelha Brasileira - Avenida Independência, 993 - Independência
A.A. Cidade Baixa	Terças e Sextas às 19h 30min (A)	Dep. Igreja Sagrada Família - Rua José do Patrocínio, 954 - Cidade Baixa
A.A. Sulino	Quintas às 19h (F) e Sábados às 19h (A)	Dep. Igreja Nossa Senhora do Rosário - Rua Vigarão José Ignácio, 402 - Centro
A.A. Vila Nova	Quintas às 20h (F) e Domingos às 17h (A)	Dep. Salão Paroquial da Igreja São José - Avenida Rodrigues da Fonseca, 1459 - Vila Nova
A.A. São Vicente	Quartas, 20h e sextas às 20h(A)	Dep. Igreja São Vicente Mártir - Rua Victor Silva, 186 - Camaqua

Alcoólicos Anônimos

(A) Grupo Aberto | (F) Grupo Fechado

Grupo	Reuniões	Endereço
A.A. Restinga	Terças às 20h (A)-Sextas 20h (F)	Dep. Igreja Nossa Senhora Misericórdia - Estrada João A. da Silveira, 2025 - Restinga
A.A. Novos Rumos	Terças às 20h (F), Quintas e Sextas às 20h (A) e sábados às 17h (A)	Dep. Igreja N.ª S.ª Medianeira - Rua Coronel Neves, 14 - Medianeira - Sala 01
A.A. Nossa Senhora das Graças	Terças às 20h (F) e Sábados às 20h (A)	Dep. da Igreja Sagrado Coração de Jesus, Rua Padre João Batista Reus, nº 1330 - Tristeza
A.A. Cruzeiro do Sul	Domingos às 20h (A)	Dep. Igreja Santa Teresa - Rua Comandante, 90 - Cristal
A.A. Levar Adiante	Quintas às 15:00(A)	Dep. Centro de Saúde Modelo - Rua Jerônimo de Ornelas, s/nº
A.A. Alto Petrópolis	Sábados às 16h (A)	Dep. da Igreja Metodista em frente ao Colégio Antão de Farias - Rua Bom Jesus, 520 - Bom Jesus
A.A. Mente Aberta	Sábados às 16h (A)	Posto de Saúde - Hospital de Clínicas
A.A. Sétima Tradição	Segundas a Sextas Feiras, às 19h(A)	Rua Vigarão José Inácio, 371, Centro, Galeria do Rosário - 148 andar - sala 1403
Nossa Senhora de Belém	Quinta-Feira (A)	Dep. da Paróquia Nossa Senhora de Belém - Av. Helder Vieira nº494 - Belém Novo

Al-Anon

Grupo	Reuniões	Endereço
Acitação	Sextas-feiras às 19h30	Igreja Sagrada Família (Fundos) - Rua José do Patrocínio, 954, Cidade Baixa
Alegria de Viver	Segunda Feira 17h30	Paróquia Sagrado Coração de Jesus Rua Padre João Batista Reus 133, Tristeza
Amizade	Terça Feira às 19h30	Igreja Sagrada Família (Fundos) Rua José do Patrocínio, 954, Cidade Baixa
Persistência	Quinta-feira às 14h30	Salão Pequeno Paróquia São Vicente Pallotti Rua Brito Peixoto, 25, Passo da Areia
Vida	Quartas-Feiras às 17h	Igreja Metodista Wesley Rua São Vicente, 180, Rio Branco
Serenidade	Quinta-feira às 15h	Cruz Vermelha (Fundos - Sala 1) Av. Independência, 993, Independência

Narcóticos Anônimos

(A) Grupo Aberto | (F) Grupo Fechado

Grupo	Reuniões	Endereço
Meio Dia	Segundas às 12h (A) Quartas às 12h (F) Quintas às 12h (F)	Rua Riachuelo, 630, Centro Histórico, Porto Alegre - RS CEP: 90010-272
Independência	Segundas às 19h (F) Sextas às 19h30 e 22h (F)	Avenida Independência, 993, Independência, Porto Alegre - RS CEP: 90035-072
Redenção	Sábados às 22h (F) Domingos às 16h (F) Reunião aberta: Último domingo do mês	Avenida Independência, 993, Independência, Porto Alegre - RS CEP: 90035-072
Milagres do Meio Dia	Terças às 12h (A) Sextas às 12h (F) Sábados às 11h (F) Domingos às 11h (F) Reunião aberta: Último sábado do mês	Avenida Independência, 993, Independência, Porto Alegre - RS CEP: 90035-076
Recomeço	Quartas às 19h30 (F) Sábados às 17h (F) Reunião aberta: 3ª quinta-feira do mês	Avenida Independência, 993, Independência, Porto Alegre - RS CEP: 90035-076
Juntos no passo	Terças às 19h30 (A) Quintras às 19h30 (F)	Avenida Cauduro, 238, Rom Firm, Porto Alegre - RS CEP: 90035-110
Gratidão	Sextas às 19h30 (F) Sábados às 16h (F) Reuniões abertas: Última sexta-feira e segundo sábado do mês	Rua Santana, 1455, Santana, Porto Alegre - RS CEP: 90040-373
Honestidade	Quartas às 19h30 (F) Reunião aberta: Última quarta-feira do mês	Rua General Caldwell, 1022, Azenha, Porto Alegre - RS CEP: 90130-050
Atitudes Conscientes	Quintas às 17h30 (F) Reunião aberta: Última quinta-feira do mês	Avenida Farrapos, 261, Floresta, Porto Alegre - RS CEP: 90220-006

Narcóticos Anônimos

(A) Grupo Aberto | (F) Grupo Fechado

Grupo	Reuniões	Endereço
De Mãos Dadas	Quintas às 19h30 (F) Reunião aberta: Última quinta-feira do mês	Rua José Luiz Perez Garcia, 5, Farrapos, Porto Alegre – RS CEP: 90250-470
Bons Momentos	Quintas às 19h30 (A) Domingos às 19h30 (A)	Avenida Taquara, 609, Petrópolis, Porto Alegre – RS CEP: 90460-210
Unidade Auxiliadora	Segundas às 18h45 (F) Quintas às 19h45 (F) Sábados às 19h45 (F) Sábados às 18h30 (F) e 18h45 (A) Domingos às 17h (F) e 17h45 (A)	Rua Vinte e Quatro de Outubro, 1751, Independência, Porto Alegre – RS
Nova Semente	Terças às 19h30 (F) Sextas às 19h30 (F) Reunião aberta: última sexta-feira do mês	Avenida Benjamin Constant, 76, São João, Porto Alegre – RS, CEP: 90550-000
Poder Maior	Quintas às 18h30 (F) Reunião aberta: última quinta-feira do mês.	Rua Coronel Fy, 82, Higienópolis, Porto Alegre – RS CEP: 90550-040
Viver Bem	Segundas às 19h30 (F) Quintas às 19h30 (F) Reuniões abertas: última quarta-feira e última segunda-feira do mês	Rua São Luís, 607, Santana, Porto Alegre – RS CEP: 90620-170
Vida Nova	Quintas às 19h30 (F) Sábados às 19h30 (F) Reunião aberta: 1ª sábado do mês	Praça Gula Lopes, Teresópolis, Porto Alegre – RS CEP: 90840-330
Só Por Hoje	Terças às 19h30 (F) Reunião aberta: Última terça-feira do mês	Avenida Niterói, 383, Medianeira, Porto Alegre – RS CEP: 90880-270

Narcóticos Anônimos

(A) Grupo Aberto | (F) Grupo Fechado

Grupo	Reuniões	Endereço
Vida (Acesso a cadeirantes)	Segundas às 20h (F) Quartas às 20h (F) Sextas às 20h (F) Sábados às 17h (F) Domingos às 18h (A)	Avenida Baltazar de Oliveira Garcia, 2132, Rubem Berta, Porto Alegre - RS
Isto Resulta	Quintas às 19h30 (F)	Avenida Benno Mentz, 1560, Vila Ipiranga, Porto Alegre - RS CEP: 91370-020
Rota da Luz	Domingos às 10h (A)	Estrada João de Oliveira Remião, 4444 Parada 10, Lomba do Pinheiro, Porto Alegre - RS CEP: 92560-000
Mente Aberta	Serças às 19h30 (F) Reunião aberta: 1ª sexta feira do mês	Rua Arriolo Grande, 50 Cavallhada, Porto Alegre – RS CEP: 91740-180
Laços que nos unem (acesso a cadeirantes)	Segundas às 20h (F) Quartas às 19h30 (F) Quintas às 12h (F) Sábados às 19h30 (F) Reuniões abertas: 2ª quarta-feira do mês	Avenida João Antônio Silveira, 2025, Restinga, Porto Alegre – RS CEP: 91790-879
Juntos Podemos (acesso a cadeirantes)	Segundas às 20h (F) Domingos às 19h30 (F) Reunião aberta: Último domingo do mês	Rua Padre João Batista Réus, 1133, Tristeza, Porto Alegre – RS CEP: 91920-000

Nar-Anon

Grupo	Reuniões	Endereço
Porto Alegre	Quintas às 19h30	Rua Anita Garibaldi, 1121 dep. da Igreja Nossa Sra. Mont Serrat
Ação	Quartas às 19h30	Rua Santana, 1455, Santana, Porto Alegre – RS Ao lado da Clínica Pinel
Alegria	Quintas às 19h30 e 21h30	Rua Padre João Batista Réus 113, Tristeza
Fênix	Sábados às 15h	José do Patrocínio, 954, Cidade Baixa, Porto Alegre – RS Dep. Igreja Sagrada Família
Reação	Terças às 14h30	Av. Independência, 993 / sala D2, Independência, Porto Alegre – RS Dep. Cruz Vermelha
Semeadura	Quartas às 19h30	Av. Independência, 993 / sala D2, Independência, Porto Alegre – RS Dep. Cruz Vermelha
Semente de Vida	Segundas às 19h30	Av. Benjamin Constant, 76, São João, Porto Alegre – RS Dep. Igreja de São João
Serenidade	Terças às 18h	Colégio Uruguai Av. Goethe (em frente ao Parcão), Porto Alegre – RS
Vida e Amor	Segundas às 20h	Av. Baltazar de Oliveira Garcia, 2123, Porto Alegre – RS Dep. Centro Voa
Vida Nova	Quintas às 19h30	Av. Benno Mentz, 1560, Porto Alegre – RS Dep. Igreja N. Sra. do Trabalho

Amor Exigente

Grupo	Reuniões	Endereço	Telefone
Betânia	Quartas às 19h	Igreja Nossa Senhora Aparecida Rua Chácara do Banco, 71, Restinga Nova	3250-6617 9.8416-8347
Novos Rumos Cruz Vermel	Quintas às 20h	Av. Independência 993, Independência	3228-9007
Esperança Sul	Terças às 20h	Av. Edgar Pires de Castro 1560 Sala 204, Centro Profissional, Jaroinos do Lago, Aberta aos Morcos	3268-5608
Fênix	Domingos às 20h	Av. Independência 993, Independência	3029-6269
Novos Horizontes	Quartas às 15h	Sala da Igreja Nossa Senhora da Misericórdia, Av. João Antônio da Silveira, 2025, Restinga Nova	9.8567-6993
Medianeira	Quintas às 19h30	Sala 103 da Paróquia Nossa Senhora Medianeira - Igreja Medianeira - Rua Cel. Neves, 110, Medianeira	3093-2016
Esperança	Terças às 20h	Rua Arivaldo Pinheiro, 24, Passo d'Área	3225-2768

Amor Exigente

Grupo	Reuniões	Endereço	Telefone
Reflexão e Ação	Sábados às 15h	Sala 1oo prédio anexo - Escola Técnica Parobé - Av. Loureiro da Silva, 945, Centro	3221-6953
Hederação	Quartas às 19h30	Salão da Igreja São Jorge - Av. Bento Gonçalves, 2.948, Partenon	3336-7210
Amanhecer	Quintas às 20h	Casa Espírita Novo Amanhecer - Rua Tito Chaves, 113, J. Floresta	3082-0194
Solidariedade	Seritas às 15h	Salão da Igr. N. Sra. das Dores - Rua Riachuelo 630, Centro	3263-3860

Referências

1. Alcoólicos Anônimos. Os doze passos e as doze tradições. São Paulo (SP): Junta de serviços gerais de Alcoólicos Anônimos no Brasil; 2005.
2. Alcoólicos Anônimos. Disponível em: <http://www.aabr.com.br/ver.php?id=162&secao=11> Acesso em: 23 de ag.2017.
3. Amor exigente. Disponível em: <https://amorexigente.org.br/quem-somos/> Acesso em: 22 de ag.2017.
4. Google maps (Alateen) Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=alateen&q=al&aqs=chrome0.69j59l3j69j60l2j69j61j675j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8> Acesso em: 27 de ag. 2017
5. Grupos familiares AL-Non do Brasil. Disponível em: <http://www.al-anon.org.br/rs.html> Acesso em: 27 de ag. 2017
6. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/content/view/7901/2405/> Acesso em: 16 de ag. 2016.
7. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Modalidades de tratamento e encaminhamento. módulo 6. 7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

8. Alcoólicos Anônimos. Os doze passos e as doze tradições. São Paulo (SP): Junta de serviços gerais de Alcoólicos Anônimos no Brasil; 2005.
9. Alcoólicos Anônimos. Disponível em: <http://www.aabr.com.br/ver.php?id=162&secao=11> Acesso em: 23 de ag.2017.
10. Amor exigente. Disponível em: <https://amorexigente.org.br/quem-somos/> Acesso em: 22 de ag.2017.
11. Google maps (Alateen) Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=alateen&q=al&aqs=chrome0.69j59l3j69j60l2j69j61j675j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8> Acesso em: 27 de ag. 2017
12. Grupos familiares AL-Non do Brasil. Disponível em: <http://www.al-anon.org.br/rs.html> Acesso em: 27 de ag. 2017

Imagens

1. <https://annabeatrip.files.wordpress.com/2013/02/porto-alegre1.jpg>
2. <https://il.wp.com/leouve.com.br/wp-content/uploads/2017/06/Pref-poa.jpg?fit=177222C1181>
3. <https://0.wp.com/omarjunior.com/fotografia/wp-content/uploads/2014/05/caiss.jpg?fit=1280:2CB00>
4. <http://alianca.fm.br/uploads/agenda/b7e8487c1568df3d1fa0de33e54fa963.png>

Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças.

-Charles Darwin

Cartilha foi desenvolvida como produto do mestrado profissional de Enfermagem da Universidade Federal, Ciências da Saúde de Porto Alegre - RS. Elaborada pela Enf. Mitiele Vizcaychipi Disconzi, sob orientação das professoras Chitla Nassi e Annie Jeannine Bisso Lacchini.

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de SPAs tem sido alvo de grande preocupação, em vista da epidemiologia atual em várias regiões do Brasil devido aos danos que causa aos usuários, tais como problemas físicos, sociais e psicológicos. Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de SPAs constituiu um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde.

Esta pesquisa visou, na elaboração de uma cartilha de orientação dos serviços de adição e Grupos de Apoio no município de Porto Alegre/RS para usuários e profissionais do serviço de adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA. Como também, identificar as primeiras experiências de uso e os motivos que levaram ao uso das substâncias psicoativas; analisar as razões que levaram os usuários a buscarem os tratamentos; descrever a trajetória de tratamento para adição nos grupos de apoio e serviços de saúde do município de Porto Alegre, a partir do relato de experiência dos usuários da unidade de internação e do ambulatório de adição do Serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA e conhecer o entendimento que os usuários possuem sobre os serviços, identificando as potencialidades e fragilidades do tratamento.

Diante do propósito, foram construídas neste estudo quatro categorias: na primeira categoria foram identificadas as primeiras experiências e motivações para o uso de substâncias psicoativas, perante a análise foram identificadas que o uso teve início na infância, e posteriormente na fase da adolescência, quanto as motivações para o uso, a pesquisa mostrou que a curiosidade, busca por novas sensações, prazeres e a influência dos amigos e experimentação em grupos foram os motivos que levaram ao uso. A segunda categoria foram os motivos que levaram a buscar o tratamento, sendo divididas em três subcategorias: comprometimento e perturbação clínica, comorbidades psiquiátricas e os prejuízos nas relações sociais e familiares. Na terceira categoria foi elaborada através do mapa do município de Porto Alegre/RS a trajetória/percurso que os usuários/participantes da pesquisa percorreram para tratamento da adição. A quarta categoria foi descrever o entendimento que os usuários possuem sobre os serviços e grupos frente a potencialidades e fragilidades no tratamento. Foram identificadas, como fragilidades: o despreparo dos profissionais, falta de competência técnica, falta de conhecimento e divulgação dos serviços, como

também prejuízos estruturais. Quanto as potencialidades, os participantes referiram que os grupos de mutua ajuda como o AA tem trazido benefícios ao tratamento. Assim como, a importância de uma equipe multiprofissional, participação nos grupos terapêuticos, o vínculo e a escuta ativa.

O tratamento ao usuário sempre foi um desafio para profissionais da saúde. Em vista da complexidade da problemática do consumo de SPAs, considera-se importante identificar as primeiras experiências, os motivos que levaram ao uso e a procura pelo tratamento, com a finalidade dos profissionais da saúde qualificarem o cuidado/atendimento a essa população.

Da mesma forma, considera-se relevante analisar a trajetória de tratamento e conhecer o entendimento que os usuários possuem em relação aos serviços. Podendo oferecer ao usuário outras opções de tratamento, não restringindo somente as unidades de internação. O que se espera, é uma melhor articulação entre os serviços, ampliando assim uma melhor adesão e outras possibilidades de tratamento.

No presente estudo, também, podemos perceber que a maioria dos participantes iniciam o consumo pela bebida de álcool, algo comum por ser considerada uma SPAs lícita de fácil acesso no ambiente em que se vive, sendo, de certa forma, o consumo estimulado por meio da mídia, como as propagandas na televisão, desconsiderando o uso do álcool como uma doença grave.

A partir da descrição das categorias, foi elaborada como produto do mestrado, uma cartilha de orientação dos serviços de adição e grupos de apoio disponíveis no município de Porto Alegre/RS. A ideia da elaboração da cartilha, surgiu a partir da categoria de onde os participantes informaram a dificuldade de divulgação dos serviços disponíveis, como também, pelas experiências vivenciadas como profissional da área da adição, onde os usuários procuram por um tratamento, porém, muitas vezes abandonam precocemente, e a dificuldade de acesso aos serviços relatados pelos usuários.

Pensou-se em uma ferramenta de orientação que busque contribuir com o acesso e a continuidade de tratamento dos usuários, assim como, apresentar aos usuários e profissionais da saúde outros dispositivos de adição disponíveis no município de Porto Alegre, ampliando os conhecimentos de outros dispositivos oferecidos que não seja somente a procura por uma internação hospitalar, e auxiliar na avaliação de qual o melhor fluxo de busca de ajuda para as suas necessidades de saúde. Acredito que este produto venha ajudar a sensibilizar o usuário sobre as

possibilidades de tratamentos disponíveis, acesso e atendimento, bem como, os familiares e os profissionais da saúde, a fim de fornecer um suporte nos encaminhamentos, sugerindo outros serviços e grupos de apoio.

Ao realizar o mapeamento dos serviços de adição e grupos de apoio me deparei com serviços poucos divulgados ou divulgação não atualizadas, em relação aos endereços, telefones e horários das reuniões. Apesar das dificuldades de comunicação, acredito que seja devido à escassez nas estruturas e de como os serviços estão organizados.

Outro aspecto relevante, no tratamento do uso de SPAs, é a presença do profissional da saúde, em especial o enfermeiro, este, deve procurar estabelecer um relacionamento terapêutico, estabelecendo uma relação de respeito e confiança, ouvindo, sem realizar juízos de valores. Entendo, que a família do usuário de SPAs deve ser acolhida. É aconselhável que o enfermeiro ouça a família, estabeleça com ela uma relação de diálogo sobre os conflitos típicos para melhor ajuda-lo.

A pesquisa foi fundamental para a construção do produto. A continuidade é muito importante, a fim de atualizar as informações sobre os serviços para que o usuário e sua família possa buscar ajuda/tratamento e decidirem qual o melhor fluxo.

Como pesquisadora, foi muito importante realizar essa pesquisa, pois adquiri conhecimentos sobre serviços da rede e grupos de apoio disponíveis no município de Porto Alegre, na qual poderei estar contribuindo nas discussões juntamente com a equipe do Serviço de Enfermagem de onde exerço minhas atividades, sugerindo outros dispositivos para encaminhamento, contribuindo com o acesso e tratamento dos usuários. Uma das dificuldades na qual me deparei para enfatizar o estudo foi a escassez de literatura específica sobre a percepção/compreensão/entendimento dos usuários referente às informações sobre o tratamento e o conhecimento dos serviços de adição.

REFERÊNCIAS

1. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Ballone GJ. Dependência química e outras doenças mentais [Internet]. PsicoWeb, 2010. [acesso 2015 jul. 5]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=326>.
3. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
4. Unitec Nations Office On Drugs And Crime (UNODOC). World Drug Report [Internet]. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime; 2014. [acesso em 2016 jun. 12]. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf.
5. Laranjeira R., organizador. II Levantamento Nacional de álcool e drogas 2012 (LENAD). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD) UNIFESP; 2014.
6. Alvarez SQ, Gomes GC, Xavier DM. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. Rev enferm UFPE [Internet]. 2014 mar. [acesso em 2017 out. 23];8(3):641-8. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3509/pdf_4720.
7. Ferreira ACZ, Capistrano FC, Maftum MA, Kalinke LP, Kirchhof ALC. Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2012 [acesso em 2017 out. 23];17(3):444-51. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/29284/19033>.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2.ed., rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: guia AD [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2017 out. 23]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf.

11. Bessa MA. Contribuição à discussão sobre a legalização de drogas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 maio [acesso em 2017 ago. 21];15(3):633-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a04.pdf>.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300004>.
12. Crauss RMG, Abaid JLW. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. Contextos clínicos [Internet]. 2012 jun [acesso em 2017 out. 19];5(1):62-72. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2012.51.07/847>.
13. Santos JAT, Oliveira MLF. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. Journal of Nursing Health, Pelotas (RS) 2012 jan/jun; 1(2):82-93.
14. Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
15. Corsi KF, Rinehart DJ, Kwiatkowski CF, Booth RE. Case management outcomes for women who use crack. J. Evid. Basead Soc. Work. 2010 Jan;7(1-2):30-40.
16. Delijaicov C. Álcool e drogas. In: Assumpção Junior FB, coordenador. Psicopatologia: aspectos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 74-87.
17. World Health Organization. Action needed to reduce health impact of harmful alcohol use [Internet]. 2011. [acesso em 2017 set. 11]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/alcohol_20110211/en/.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Vigitel Brasil 2015 saúde suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 2017 out. 10]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_a_sunto/2015_vigitel.pdf.
19. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2010. São Paulo: CEBRID: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo; 2010.
20. Jaffe JH, Anthony JC. Substance-Related Disorders: Introduction and Overview: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
21. Zanatta AAB, Garghetti FB, Lucca SR. O centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. Revista Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2012 mar [acesso em 2016 out. 24];36(1):225-37. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n1/a3011.pdf>.

22. Ministério da Justiça (Brasil). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6. 7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014.
23. Kessler FHP, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [Internet]. 2008 [acesso em 2017 out. 23];30(2):96-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03>.
24. Capistrano FC, Ferreira ACZ, Silva TL, Kalinke LP, Maftum MA. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. Esc. Anna Nery [Internet]. 2013 jun [acesso em 2016 jun. 21];17(2):234-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a05.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200005>.
25. Ponte MAV. Internamento por crack: perfil dos usuários e padrão de assistência em hospital geral [internet]. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2012. [acesso em 2017 jul. 30]. Disponível em: <http://www.saudepublica.ufc.br/imagens/uploads/dissertacoes/39ace263213374f2e05144b1671bdf48.pdf>.
26. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010. [Internet]. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. [acesso em 2017 jul. 30]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
27. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 ago [acesso em 2017 ago. 24];15(5):2297-305. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf.
28. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990-2002 [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [acesso em 2015 set. 16]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0816.pdf.
29. Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências [Internet]. [acesso em 2015 set. 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm.
30. Ministério da Saúde (Brasil). Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009 – 2010). Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
31. Google Maps. [acesso em 2017 out. 13]. Disponível em: <https://www.google.com/maps>.

32. Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências [Internet]. [acesso em 2017 ago 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm.
33. Brasil. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro 2011. Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas [Internet]. [acesso em 2017 ago 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.htm.
34. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. [acesso em 2017 ago 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
35. Secretaria Municipal da Saúde (Porto Alegre). Plano Municipal de Saúde 2018-2021 [Internet]. Porto Alegre; 2017. [acesso em 2017 out. 23]. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_d_e_saude_-_pms_2018-2021_\(1\).pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_d_e_saude_-_pms_2018-2021_(1).pdf).
36. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Abordagens terapêuticas a usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde: texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
37. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 [Internet]. [acesso em 2017 out 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
38. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2002. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros [Internet]. [acesso em 2017 out. 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html.
39. Sapadini LS, Souza MCBM. Conceito de grupo na percepção de enfermeiros na área de saúde mental e psiquiatria. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 2011 Dec [acesso em 2017 out. 23];7(3):133-38. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49586/53702>.
40. Videbeck SL. Enfermagem em saúde mental e psiquiatria. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
41. Ribeiro M, Laranjeira R. O tratamento do usuário de crack. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

42. Büchele F, Marcatti M, Rabelo DR. Dependência química e prevenção à “recaída”. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2004 jun [acesso em 2017 out. 23];13(2):233-40. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71413206.pdf>.
43. Araujo NB, Marcon SR, Silva NG, Oliveira JRT. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 out. 23];61(4):227-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/06.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000400006>.
44. Oliveira MS, Szupszynski KDR, DiClemente C. Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. *Psico* [Internet]. 2010 mar [acesso em 2017 out. 23];41(1):40-6. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7207/5215>.
45. Orsi MM, Oliveira MM. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estud. psicol. (Campinas)* [Internet]. 2006 mar [acesso em 2017 out. 23];23(1):3-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n1/v23n1a01.pdf>.
46. Levran O, Randesi M, Li Y, Rotrosen J, Adelson M, Kreek MJ. Drug addiction and stress-response genetic variability: Association study in African Americans. *Annals of Human Genetics*. 2014;78:290-98.
47. Xu K, Hong KA, Zhou Z, Hauger RL, Goldman D, Sinha R. Genetic modulation of plasma NPY stress response is suppressed in substance abuse: association with clinical outcomes. *Psychoneuroendocrinology*. 2012 Apr;37(4):554-64.
48. Silva ML, Guimarães CF, Salles DB. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. *Rev. Rene* [Internet]. 2014 dez [acesso em 2017 out. 23];15(6):1007-15. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324041233014.pdf>.
49. Ferreira ACZ, Borba LO, Capistrano FC, Czarnobay J, Maftum MA. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2015 jun [acesso em 2017 out. 23];19(2):150-6. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1012>.
50. Bittencourt SA. Motivação para a mudança: adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo [Internet] [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009. [acesso em 2017 out. 23]. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br:8080/dspace/handle/10923/4779>.

51. Sousa PF, Ribeiro LCM, Melo JRF, Maciel SC, Oliveira MX. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. *Temas psicol.* [Internet]. 2013 [acesso em 2015 nov. 09];21(1):259-68. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a18.pdf>.
52. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interview: helping people change*. 3. ed. New York: The Guilford Press; 2013.
53. Figlie NB, Guimaraes LP. A entrevista motivacional: conversas sobre mudança. *Bol. Acad. Paul. Psicol* [Internet]. 2014 dez [acesso em 2017 out. 23];34(87):472-89. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v34n87/a11.pdf>.
54. Szupszynski K, Oliveira M. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicol teor. prat.* [Internet]. 2008 jun [acesso em 2017 out. 23];10(1):162-73. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n1/v10n1a12.pdf>.
55. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
56. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
57. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados demográficos de Porto Alegre, 2016* [Internet]. Porto Alegre; 2017. [Acesso em 2017 set. 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>.
58. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). *Relatório de atividades do grupo de enfermagem*. Porto Alegre; 2012.
59. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). *Manual de rotinas da unidade de Adição – Unidade Álvaro Alvim, Projeto do Centro Colaborador Álvaro Alvim: Unidade de Internação Álcool e Drogas, 2010*. (Documento não publicado).
60. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). [acesso em 2016 nov. 03]. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/content/view/7901/2405>.
61. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). *Manual do ambulatório de Adição*. (Material de uso interno – em elaboração). Porto Alegre; 2015.
62. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 jan [acesso em 2016 jun 21];24(1):17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
63. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012* [Internet]. [acesso em 2017 out. 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

64. Brasil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências [Internet]. [acesso em 2017 out. 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm.
65. Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. Esc. Anna Nery [Internet]. 2011 mar [acesso em 2017 fev. 04];15(1):90-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100013>.
66. Silva LHP, Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MF, Maftum MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. Esc. Anna Nery [Internet]. 2010 set [acesso em 2016 fev. 04];14(3):585-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a21.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300021>.
67. Poznyak V, Rekve D, editors. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO – World Health Organization; 2014.
68. Cruz MS, Felicissimo M. Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. In: Formigoni MLSSO, organizadora. Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2. 5. ed. Brasília (DF): SENAD/SUPERA; 2014. Cap.7, p. 125-143.
69. Azevedo CS, Silva RS. A importância da família no tratamento do dependente químico. Encontro: Revista de Psicologia [Internet]. 2013 [acesso em 2017 out. 23];16(25):151-62. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2439/2337>.
70. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [Internet]. 13. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2015. [acesso em 2017 ago. 14] Disponível em: <http://wellingtonfagundes.com.br/senador/wp-content/uploads/2016/09/Estatuto-da-Crianca-e-do-Adolescente.pdf>.
71. Carlini E, Noto AR, Sanchez Z, Carlini C, Locatelli D, Abeid L, et al. VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID; 2010.
72. United Nations Children's Fund (UNICEF). Progress for children: A report card on adolescents. [Internet] New York, NY: United Nations Publications; 2012. [acesso em 2017 set 07]. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/Progress_for_Children_-_No._10_EN_04232012.pdf.

73. Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil: a national survey. *Addict Behav* [Internet]. 2012 out [acesso em 2013 maio 29];37(10):1171-5. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Madruga5.pdf>.
74. Rozin L, Zagonel IPS. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 ago. 21];25(2):314-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a25v25n2.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200025>.
75. Soares HLR, Goncalves HCB, Werner Junior J. Cérebro e o uso de drogas na infância e adolescência. *Fractal, Rev. Psicol.* [Internet] 2010 dez [acesso em 2017 aog. 22];22(3):639-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v22n3/v22n3a14.pdf>.
76. De Micheli D, Formigoni MLOS. *Intervenção breve para os casos de uso de risco de substâncias psicoativas*. 3. ed. Brasília; 2009.
77. Gabatz RIB, Schmidt AL, Terra MG, Padoin SMM, Silva AA, Lacchini AJB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013 mar [acesso em 2017 out. 21];34(1):140-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/18.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100018>.
78. D'Orazio WPS, Carvalho SA, Lima TH, Borges AAT, Picoli MC, Marques A et al. Uso de drogas e desempenho escolar entre jovens e adolescentes no ensino médio de uma escola pública de Pires do Rio - GO. *Holos* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 out. 21];29(5):305-14. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/1479>.
79. Jensen FE, Nutt AE. *O cérebro adolescente: guia de sobrevivência para criar adolescentes e jovens adultos*. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2016.
80. Barroso TMMDA, Mendes AMOC, Barbosa AJF. Programa de prevenção do uso/abuso de álcool para adolescentes em contexto escolar: parar para pensar. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013 set [acesso em 2017 out. 21];17(3):466-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0466.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300009>.
81. Santos MB, Costa LNA. O uso de drogas na adolescência. *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais* [Internet]. 2013 out [acesso em 2017 out. 12];1(17):143-50. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/viewFile/952/516>.

82. Benchaya MC, Bisch NK, Moreira TC, Ferigolo M, Barros HMT. Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos adolescentes. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2011 jun [acesso em 2017 out 21];87(3):238-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n3/a10v87n03.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572011000300010>.
83. Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2011 set [acesso em 2017 out 21];14(Suppl 1):166-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/a17v14s1.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500017>.
84. Malta DC, Oliveira-Campos M, Prado RR, Andrade SSC, Mello FCM, Dias AJR, et al. Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol Suppl PeNSE* [Internet] 2014 [acesso em 2017 set. 15]:46-61. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00046.pdf.
85. Trigo S, Silva S, Fraga S, Ramos E. Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de drogas. *Arq Med* [Internet]. 2015 abr [acesso em 2017 out. 21];29(2):39-45. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v29n2/n29n2a02.pdf>.
86. Lopes GT, Belchior PC, Felipe ICV, Bernardes MM, Casanova EG, Pinheiro APLP. Dinâmicas de criatividade e sensibilidade na abordagem de álcool e fumo com adolescentes. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 jul. 16];20(1):33-8. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3972>.
87. Abreu LDP, Mendonça GMM, Andrade AC, Oliveira GR, Aurélio DO, Rocha FA, et al. Abordagem educativa utilizando os Círculos de Cultura de Paulo Freire: experiência de acadêmicos de enfermagem no “Grupo Adolescer”. *Adolescência e Saúde* [Internet]. 2013 dez [acesso em 2017 out. 21];10(4):66-70. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=427#
88. Hess ARB, Almeida RMM, Moraes AL. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estud. psicol. (Natal)* [Internet] 2012 abr [acesso em 2017 out. 21];17(1):171-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n1/21.pdf>.
89. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2012 [acesso em 2015 fev. 04];39(6):194-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n6/03.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>.

90. Ministério da Saúde (Brasil). Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília (DF); 2006.
91. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health* [Internet] 2010 [acesso em 2016 fev. 04];7:1392-431. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872355/pdf/ijerph-07-01392.pdf>.
92. Cantão L, Botti NCL. Suicidal behavior among drug addicts. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2016 abr [acesso em 2017 set. 08];69(2):389-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0389.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690224i>.
93. Cordeiro DC, Diehl A. Comorbidades psiquiátricas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira RR, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 106-118.
94. Ribeiro M. Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In: Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 239-250.
95. Mangueira SO, Guimarães FJ, Magueira JO, Fernandes AFC, Lopes MVO. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Psicol. Soc.* [Internet]. 2015 abr [acesso em 2017 set. 08];27(1):157-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n1/1807-0310-psoc-27-01-00157.pdf>.
96. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2004 maio [acesso em 2017 jul 10];26(Suppl 1):7-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a03v26s1.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500003>.
97. Laranjeira R, Nicastrì S, Jerônimo C, Marques AC. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2000 jun [acesso em 2017 out. 23];22(2): 62-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000200006>.
98. Hughes DW, Vanwert E, Lepori L, Adams BD. Propofol for benzodiazepine-refractory alcohol withdrawal in a non-mechanically ventilated patient. *American Journal of Emergency Medicine.* 2013;32(1):112.e3-112.e4.
99. Bernardin F, Maheut-Bosser A, Paille F. Cognitive impairment of alcohol-dependent subjects. *La Revue du Practicien.* 2014 Apr;64(4):462-65.
100. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. 2. ed. Washington; 2006.

101. Ponce TD, Prates JG, Vargas D, Oliveira MAF, Claro HG, Gnatta LR. Treinamento de equipes de enfermagem para assistência à síndrome de abstinência alcoólica: revisão integrativa. *SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [Internet]. 2016 mar [acesso em 2017 out. 23];12(1):58-64. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/119197>.
102. Benson G, McPherson A, Reid S. An alcohol withdrawal tool for use in hospitals. *Nursing Times.* 2012 jun;108(26):15-7.
103. Bastiani J, Ribas DL, Luzardo AR, Demillis MMS, Padilha MI. Estratégias na dependência química: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Estácio Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 out. 09];5(1):173-89. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/2239/1064>.
104. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. [Internet]. [Acesso em 2017 out. 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html.
105. Paz FM, Colossi PM. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia* [Internet] 2013 dez [acesso em 2017 out. 07];18(4):551-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a02v18n4.pdf>.
106. Horta ALM, Daspett C, Egito JHT, Macedo RMS. Experience and coping strategies in relatives of addicts. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2016 dez [acesso em 2017 out. 09];69(6):1024-030. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1024.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0044>.
107. Ortega LB, Ventura CA. I am alone: the experience of nurses delivering care to alcohol and drug users. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 dez [acesso em 2017 out. 23];47(6):1381-88. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/en_0080-6234-reeusp-47-6-01381.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600019>.
108. Formigoni MLOS, Kessler F, Pechansky F, Baldisserotto CFP, Abrahão KP. Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e os efeitos biológicos comuns às drogas de abuso. In: Duarte PAV, Formigoni MLOS, organizadoras. *Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2*. 11. ed. Brasília: SENAD/SUPERA; 2017. Cap.1, p. 13-26.

109. Meirelles JACM, Chohfi MCF, Basilio MM, Geraldini A, Araújo Filho GM, Laranjeira RR, et al. Nível de adesão ao tratamento ambulatorial de pacientes dependentes de substâncias psicoativas. *Espacios* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 ago. 06];36(4):1-13. Disponível em: http://www.uniad.org.br/images/Revista_ESPACIOS___Vol._36_N%C2%BA_04_Ano_2015.pdf.
110. Xavier RT, Monteiro JK. Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. *Psic. Rev. São Paulo* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 out. 23];22(1):61-82. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/16658/12511>.
111. Scaduto AA, Barbieri VB, Santos MA. Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: avaliação dos resultados do tratamento. *Revista Psicologia: Teoria e Prática* [Internet]. 2014 ago [acesso em 2017 out. 23];16(2):156-71. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n2/14.pdf>. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p156-171>.
112. Carvalho JES, Liotti DBM, Lenzi MCR. Caps AD e Alcoólicos Anônimos: o processo de tratamento sob o ponto de vista dos usuários. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 out. 23];7(16):41-61. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2339/4326>.
113. Magalhães RB, Saíde OL. Alcoólicos anônimos: potencialidades terapêuticas de um grupo de mútua ajuda. *Revista debates em Psiquiatria* [Internet]. 2015 dez [acesso em 2017 out. 23];12-20. Disponível em: http://abp.org.br/rdp15/06/RDP_6_3.pdf.
114. Yalom ID, Leszcz M. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
115. Pechansky F, Baldisserotto CFP. Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicotrópicas. In: Duarte PCAV, Formigoni MLOS, organizadoras. *Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6*. 11. ed. Brasília (DF): SENAD/SUPERA; 2017. Cap.5, p. 79-93.
116. Fracasso L. Tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em Comunidades Terapêuticas. In: Duarte, PCAV, Formigoni, MLOS, organizadoras. *Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6*. 11. ed. Brasília (DF): SENAD/SUPERA; 2017. Cap.7, p. 113-37.
117. Pratta EMM, Santos MA. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2009 jun [acesso em 2017 out. 09];25(2):203-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>.

118. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico*. 2011 abr/jun;42(2):168-78.
119. Moretti-Pires RO, Ferro SBG, Büchele F, Oliveira HM, Gonçalves MJF. Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011 ago;45(4):926-32.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nº da entrevista: _____

Data: _____

1. Dados de Identificação

- Entrevistado: _____ Prontuário: _____
- Idade: _____
- Situação Conjugal: _____
- Número de filhos: _____
- Crença: _____
- Ocupação: _____
- Substâncias Psicoativas utilizadas: _____
- Possui suporte/apoio: De quem/De que Instituição? _____
- Doença clínica/psiquiátrica: _____
- História familiar de uso/psiquiátrica: _____

2. Questões norteadoras

1. Como foi/foram suas primeiras experiências com uso de drogas?

2. As experiências de tratamento:

- Quais foram os motivos que levaram o senhor a buscar o tratamento (internação, CAPS, Atenção Básica, grupos de mútua ajuda etc)?
- Qual tipo de serviço ou local o senhor já procurou para pedir ajuda para o tratamento?
- Que tipo de tratamento era realizado nesses serviços?

3. Que benefícios para o seu tratamento o senhor identificou nesses locais onde foi atendido:

- Que dificuldades o senhor encontrou nesses locais?
- Que sugestões de melhoria o senhor teria para os serviços que atendem pessoas com problemas de droga

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE 62543916.7.0000.5327

Título do Projeto: **DESENVOLVIMENTO DE UM MAPA DIGITAL DA REDE DE SERVIÇOS DE ADIÇÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é a elaboração de um Mapa de orientações da Rede de Serviços de Adição do Município de Porto Alegre. Além disso, a pesquisa tem como objetivo analisar a trajetória e a percepção dos usuários em tratamento para adição em relação aos serviços para tratamento de adição. Esta pesquisa está sendo realizada no Serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação serão os seguintes: será realizada uma entrevista individual a respeito de seu histórico do uso de substâncias psicoativas e sua percepção em relação aos serviços de saúde para tratamento da dependência química. A entrevista será gravada por meio de um gravador de voz, e posteriormente será transcrita e analisada. A entrevista irá acontecer nos consultórios da Unidade de Adição e do ambulatório de Adição do Serviço em Adição da Unidade Álvaro Alvim, com duração de 30 a 60 minutos.

Os possíveis desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são relacionados ao tempo destinado à entrevista e ao constrangimento frente às perguntas realizadas. Neste caso, você poderá interromper a entrevista e retomar em outro momento ou mesmo desistir.

Não há benefício direto pela participação na pesquisa, no entanto, essa pesquisa pode ajudar a entender a trajetória dos pacientes com dependência e auxiliar no atendimento de futuros de pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Marcio Camatta, chefe do Serviço de Enfermagem em Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) através dos telefones (51)3359-6482 e (51)3359-6477 ou com as pesquisadoras Mitieli Vizcaychipi Disconzi e Cíntia Nasi pelos telefones (51) 3359 6475 ou (51) 3303 8858 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 160649

Data da Versão do Projeto: 19/12/2016

Pesquisadores:

MAÍCIO WAGNER CAMATTA

ANNE JEANNINE BISSO LACCHINI

CINTIA NASI

MITIELI VIZCAYCHIFI DISCONZI

Título: DESENVOLVIMENTO DE UM MAPA DIGITAL DA REDE DE SERVIÇOS DE ADIÇÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA

Porto Alegre, 12 de janeiro de 2017.

ANEXO B - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

Porto Alegre, 22 de novembro de 2016

Declaro para os devidos fins que tenho conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "**Desenvolvimento de um mapa digital da rede de serviços de Adição do Município de Porto Alegre**" e autorizo sua execução na Unidade de Adição, do Serviço de Psiquiatria de Adição, Unidade Álvaro Alvim- HCPA.

Atenciosamente,

Flávio Pechansky
Chefe da Unidade de Adição, da Unidade Álvaro Alvim