



UNILASALLE
CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE



LUÍSA EMÍLIA LUCENA CAMARGO

**ATENÇÃO AOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS EM CAPS AD: DESENVOLVIMENTO DE UMA MEDIDA DE
MOTIVAÇÃO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO**

CANOAS, 2015

LÚISA EMILIA LUCENA CAMARGO

**ATENÇÃO AOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS EM CAPS AD: DESENVOLVIMENTO DE UMA MEDIDA DE
MOTIVAÇÃO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle – UNILASALLE, como exigência parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Orientação: Prof. Dr. José Carlos de Carvalho Leite

CANOAS, 2015

LUÍSA EMÍLIA LUCENA CAMARGO

**ATENÇÃO AOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS EM CAPS AD: DESENVOLVIMENTO DE UMA MEDIDA DE
MOTIVAÇÃO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle – UNILASALLE, como exigência parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Aprovado pela banca examinadora em 06 de maio de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. José Carlos de Carvalho Leite
Orientador – UNILASALLE

Prof. Dr. Júlio Cesar Walz
UNILASALLE

Prof^a. Dr^a. Lidiane Isabel Filippin
UNILASALLE

Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes Drachler
UFRGS

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma (Carl Jung).

AGRADECIMENTOS

“Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso, eu amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo, que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade” (Paulo Freire).

Aos pacientes dos CAPS AD de Canoas/RS que durante nove anos me ensinaram o que sei hoje sobre vida, liberdade de escolha e esperança. Aos que contribuíram espontaneamente para a realização deste estudo minha gratidão e emoção;

Aos intelectuais, que partilham comigo esta caminhada, e que em sua amorosidade me incentivaram a trilhar novos caminhos em busca do conhecimento, desejantes de justiça social acreditam, assim como eu, na superação, no desejo e no sonho da mudança de vida, e, sobretudo na liberdade e autonomia que nos traz o saber;

Ao Mestre Prof Dr. Balduino Andreola, mestre amoroso que em sua intelectualidade e sabedoria, foi quem me incentivou a encarar o desafio de ser Mestre;

Ao meu Orientar Prof. Dr. José Carlos Leite que me conduziu com paciência e acreditou que eu chegaria ao final desta caminhada melhor do que quando iniciei. Mestre minha eterna gratidão;

Ao Prof. Me. Alessandro Cury Soares, por fazer meu olhar brilhar quando me desafiava a acreditar que ensinar e aprender é, sobretudo divertido, e traz muito prazer;

Aos colegas, hoje amigos da primeira turma do Mestrado Profissional de Saúde e Desenvolvimento Humano, por todos os dias e noites que juntos passamos em busca da nossa formação;

Aos professores doutores do Mestrado Profissional de Saúde e Desenvolvimento Humano do Unilasalle pela parceria e provocações necessárias ao nosso crescimento;

Ao Unilasalle Canoas na pessoa do Reitor Prof. Dr. Ir. Paulo Fossatti pela oportunidade de crescimento e realização de um sonho;

Aos colegas do Unilasalle pelo apoio, paciência e auxílio nos momentos em que o tempo não era suficiente para dar conta das 'escritas', e o cansaço era maior que meus sonhos;

A minha família, pelo incentivo e por compreenderem minha ausência e distanciamento. Estudar é um ato solitário, mas que requer o amor e o cuidado incondicional dos que te rodeiam.

A Deus pela força, e sabedoria para viver cada momento com alegria e firmeza.

Muito obrigada, amo todos vocês!

RESUMO

O presente estudo se propôs a criação de questionário padronizado contendo 15 itens a ser utilizado como medida de expectativa de auto-eficácia, para seguir o tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de substância psicoativas (álcool ou outras drogas ilícitas), desenvolvido a partir da análise do conteúdo de entrevistas com pacientes que estavam em tratamento em CAPS AD. Este estudo está inserido na linha de pesquisa *Desenvolvimento Humano e Processos Saúde-Doenças*, do mestrado profissional em Saúde e Desenvolvimento Humano do Unilasalle Canoas/RS. A consistência interna e a validade de construto foram examinadas em 11 sujeitos que frequentaram o CAPS AD. Os tópicos gerados nas três dimensões: papel de modelos sociais e de persuasão social nas experiências de proteção e riscos à saúde, experiências de domínio pessoal do desempenho de comportamentos em saúde e as relações dos estados emocionais e fisiológicos dos sujeitos com suas habilidades para aderir a meta em tratamento em CAPS AD, possibilitaram a geração da medida de motivação para adesão ao tratamento, através dos itens gerados a partir das unidades significativas e da análise de conteúdo das referidas unidades.

Palavras-chave: Expectativas de auto-eficácia; adesão a tratamento; uso de álcool e drogas, CAPS AD

ABSTRACT

Study that proposed the creation and standardized questionnaire containing 15 items to be used as a measure of expectation of self-efficacy to follow the treatment of people with problems related to psychoactive substance (alcohol or illicit drugs), developed from the analysis the contents of interviews with patients who were being treated in CAPS AD. The internal consistency and construct validity were examined in 11 subjects who attended the CAPS AD. This study was part of the research line Human Development and Health-Disease Process, the professional master's degree in Health and Human Development Unilasalle Canoas/RS. Topics generated in three dimensions: role of social models and social persuasion in the protection of experience and risks to health, personal experiences domain behaviors of performance in health and relationships of emotional and physiological states of the subjects with their ability to adhere to target for treatment in CAPS AD, allowed the generation of measuring motivation to adhere to treatment, through the items generated from the significant units and the content analysis of such plants.

Keywords: Expectations of self-efficacy; adherence to treatment; use of alcohol and drugs, CAPS AD

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica dos sujeitos entrevistados no CAPS AD (N=11).....	28
Tabela 2 – Exemplo de Matriz de unidades significativas tópicos dos itens a serem gerados referentes a “Experiências de domínio pessoal do desempenho de comportamentos em saúde”	31
Tabela 3 – Exemplo de Matriz de unidades significativas e tópicos dos itens a serem gerados referentes ao “O papel de modelos sociais e de persuasão social”	37
Tabela 4 – Exemplo de Matriz de unidades significativas e tópicos dos itens a serem gerados referentes as “Relações dos estados emocionais e fisiológicos dos sujeitos com suas habilidades para aderir a meta”	40
Tabela 5 – Itens da Escala de Auto-eficácia gerados a partir das unidades significativas e da análise de conteúdo das referidas unidades.....	42
Tabela 6 – Questionário de motivação para adesão ao tratamento no CAPS-AD....	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Principais contribuições do estudo proposto	11
1.2	Questão norteadora	12
1.3	Objetivos	13
1.3.1	<i>Objetivo Geral</i>	13
1.3.2	<i>Objetivos Específicos</i>	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas	
2.2	Motivação para aderir ao tratamento psicossocial para uso de substância Química	16
2.2.1	<i>Processos Ativados pela Auto-Eficácia</i>	18
2.2.2	<i>Fontes de Auto-Eficácia</i>	19
2.2.3	<i>Dimensões da Auto-Eficácia</i>	21
3	MÉTODO	23
3.1	Participantes e delineamento	23
3.2	Instrumentos de coleta de dados e metodologia de análise	24
4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
5	RESULTADOS	27
5.1	Características clínicas e sociais	27
5.2	Experiências de domínio pessoal do desempenho de comportamentos em saúde	29
5.3	O papel de modelos sociais e de persuasão social	33
5.4	Relações dos estados emocionais e fisiológicos dos sujeitos com suas habilidades para aderir à meta	39
6	DISCUSSÃO	43
7	CONCLUSÕES	45
8	PRODUTO FINAL	46
	REFERÊNCIAS	48
	ANEXO A – Questionário sobre o uso de drogas preferidas	53

ANEXO B – Short Alcohol Dependence Data (Raistrick et al 1983) (Jorge, Masur, 1986).....	54
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido a ser apresentado pelos usuários do CAPS-AD Travessia e Amanhecer, participantes do presente estudo.....	55
APÊNDICE B – Tabelas Completas.....	59

1 INTRODUÇÃO

1.1 Principais contribuições do estudo proposto

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) classifica o uso abusivo de substâncias psicoativas como uma doença crônica e recorrente. A dependência química ou uso abusivo de substâncias psicoativas aumentou consideravelmente seus índices nos últimos anos gerando preocupação em toda sociedade pelos riscos e consequências que traz à saúde pública. Os fatores que influenciam o uso e mais tarde o uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) são diversos, entre eles a influência do convívio com usuários de drogas, a busca de prazer, a tentativa de amenizar a ansiedade, o medo, a tensão e as dores físicas que também podem motivar o uso de drogas, conforme indica o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2013). Embora o uso de álcool e outras drogas seja bastante remoto, pois há notícias que com o surgimento da humanidade, surge o uso de substâncias com funções não alimentares, mas que possibilitam um estado passageiro de euforia, bem estar e prazer. A humanidade reconhece esta propriedade singular nas bebidas alcoólicas e em plantas usadas até hoje para o mesmo propósito. Exemplo disto está no século VI, onde o consumo de haxixe e ópio era considerado pelos aristocratas como um vício luxuoso e excêntrico reservado às elites (POIARES, 1999).

Percebe-se nas sociedades modernas o crescente uso compulsivo das substâncias psicoativas. O que tem preocupado educadores, médicos, pesquisadores e juristas que buscam entender este fenômeno que leva a repensar as formas de tratamento e abordagem para a questão da drogadição na sociedade atual (CARNEIRO, 2009).

Pesquisa da Fiocruz realizada entre os anos 2010 e 2012 indica que 74 milhões de adultos e crianças apresentam problemas relacionados ao uso de álcool, 5% dos adolescentes e adultos de 15 e 64 anos usam drogas ilícitas. A maior prevalência é a de problemas relacionados ao álcool, mas a incidência das drogas ilícitas entre adolescentes e adultos é alarmante. Em quatro anos o número de usuários de cocaína e derivados passou de 491mil a 860 mil (0,4% a 0,7% da população de 15 a 64 anos). A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), realizou em 2012

estudo envolvendo um universo de 370 mil usuários de crack nas 26 capitais brasileiras, no Distrito Federal e grandes metrópoles brasileiras, a partir da pesquisa realizada pela Fiocruz, o Ministério da Saúde revela que há aproximadamente 700 mil usuários de crack no Brasil, e a partir dos dados conclusivos do estudo, as políticas de enfrentamento ao uso de substâncias psicoativas passaram a ter maiores incentivos do governo federal visando o tratamento e a recuperação de usuários.

O abandono do tratamento, a falta de suporte familiar e social, a prevalência do desemprego e outros problemas de saúde diminuem muito a chance de tratamento e recuperação. Pesquisas do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2010) do mostram que até 73% dos pacientes de CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), desistem do tratamento, logo após a entrevista de acolhimento, ou durante os dois meses iniciais, o que merece investigações que contribuam com a mudança desta realidade. Estes dados mostram a necessidade de repensar e construir práticas de atendimento e metodologias de abordagem mais eficazes no tratamento para o uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA).

Este estudo amparou-se no que prevê a Portaria 3088 de 23/12/2011 do Ministério da Saúde, art. 4º, inciso IX. (2), que trata dos objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial, cujo item IX cita a necessidade de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011).

O presente estudo buscou contribuir com as intervenções psicossociais, informando sobre a motivação dos pacientes para mudança de comportamento aditivo e para seguirem em tratamento, uma vez que a maioria dos indivíduos que iniciam o tratamento psicossocial para tratamento pelo usos abusivo de álcool e outras drogas o abandonam durante os meses iniciais (MORAES et al. 2005), (PASSOS; CAMACHO, 2000).

1.2 Questão norteadora

O estudo baseou-se na perspectiva da cognição social de Bandura, a Teoria da autoeficácia (BANDURA, 1997), adaptada para a questão norteadora desta

pesquisa: *o desenvolvimento de uma medida de autoeficácia para permanecer em tratamento em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)*. A teoria da autoeficácia auxilia a compreender como a motivação de usuários de substâncias psicoativas para a mudança de comportamentos aditivos pode promover comportamentos de promoção da saúde, a exemplo da adesão ao tratamento e de uma vida sem uso de tais substâncias.

Igualmente importante tem sido o acolhimento prestado aos pacientes pela equipe de profissionais de saúde dos programas de tratamento, visando ajudá-los a alcançar um estágio de prontidão para a mudança do comportamento aditivo e viabilizar o plano terapêutico. Entende-se por plano terapêutico o conjunto de alternativas terapêuticas, definidas a partir da avaliação de cada caso, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar, que visa obter maior adesão do paciente e de seus responsáveis ao tratamento (BRASIL, 2003).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Desenvolver questionário padronizado a ser utilizado como medida de expectativa de autoeficácia para o tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool ou drogas ilícitas.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar experiências de domínio pessoal do desempenho de comportamentos em saúde, com especial atenção ao comportamento de adesão às atividades terapêuticas junto ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD);
- b) Identificar o papel de modelos sociais e de persuasão social nas experiências de proteção e risco à saúde;
- c) Descrever as relações dos estados emocionais e fisiológicos dos sujeitos com suas habilidades para aderir à meta de uso de substância e às atividades terapêuticas junto ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD);

2 REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, é ainda muito recente a definição de políticas públicas para a questão do consumo de álcool e outras drogas. Somente em 2003, o Ministério da Saúde lança "A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas" (BRASIL, 2003).

O crescimento do uso de álcool e outras drogas é evidente, esta questão tornou-se uma preocupação mundial, tornando-se com o passar dos anos um grave problema de saúde pública, que impacta negativamente sobre a saúde física e mental dos usuários e de suas famílias (CEBRID, 2010). A mudança de comportamento diante do uso de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas, contextualizada pelas características do mundo moderno exige novos olhares dos agentes de saúde diante desta problemática, melhorando o cotidiano dos indivíduos e de seus familiares, a fim de dar soluções viáveis ao tratamento para o uso abusivo de substâncias psicoativas. O uso destas substâncias é favorecido por momentos em que o indivíduo tem dificuldades em lidar com estresse no meio familiar e profissional, pela imposição de limites, regras e responsabilidades do cotidiano, assim como as comorbidades a que está sujeito.

A complexidade dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas demanda diferentes opções de tratamento. Atualmente, as principais abordagens utilizadas mesclam intervenções de caráter cognitivo comportamental (prevenção de recaída e entrevista motivacional, por exemplo), autoajuda e tratamento medicamentoso, com índices muito semelhantes e baixos de abstinência, após o tratamento (ARALDI et al., 2012). O álcool, por se tratar de uma droga lícita, passa quase despercebido nesta discussão, sendo disponibilizado livremente no comércio, em comemorações familiares, reuniões entre amigos e até rituais religiosos, tornando-se a droga de maior consumo entre a população, sendo de fácil acesso, aumentando a viabilidade das pessoas tornarem-se dependentes do seu uso. Sendo que esta possibilidade será maior ou menor conforme o estado de vulnerabilidade (psicológica, social e biológica) de cada indivíduo. Não permitindo, muitas vezes, que o usuário tenha a percepção do uso indiscriminado, sendo mais uma vítima de uma doença que chega de forma insidiosa e progressiva, como é o caso do

alcoolismo, e quando associado ao uso de outras substâncias psicoativas esta dependência torna-se mais grave ainda. (CETAD, 2013)

O Ministério da Saúde brasileiro vem investindo em novas estratégias para o tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, sendo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), uma das principais estratégias no combate ao uso indiscriminado e abusivo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011).

De acordo com relatório divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2014), a partir de dados coletados em 2012, sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas, observa-se que no Brasil 68,7% da população já fez uso de álcool em um dado momento da vida e 11,2% da população apresenta dependência de consumo etílico, assim como, mostra a existência do uso de outras substâncias psicoativas entre elas: opiáceos, cocaína maconha, anfetaminas, ecstasy e ultimamente o crack, um subproduto da cocaína. Cerca de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos, o que corresponde a uma média de 243 milhões de pessoas, usa drogas ilícitas segundo dados divulgados pelo Relatório Mundial sobre Drogas da ONU (Organização das Nações Unidas). O estudo indica, no entanto, que o consumo permanece estável, aumentando proporcionalmente com o crescimento da população. Segundo dados do Relatório Mundial sobre Drogas da ONU o total de usuários de drogas chega a cerca de 243 milhões de pessoas no mundo que estão usando drogas ilícitas. Os dependentes ou aqueles que têm distúrbios ligados à droga chega a aproximadamente 27 milhões de pessoas, as mortes por uso abusivo de drogas e álcool chega a marca das 200 mil pessoas, só em 2012. O número de novas drogas (substâncias psicoativas) dobrou entre 2009 e 2013.

Elaborado pelo Escritório da ONU sobre Drogas e Crime (UNODC, na sigla em inglês), o relatório aponta também a existência de uma média de 27 milhões de usuários de drogas problemáticos (aqueles que consomem drogas regularmente ou os apresentam distúrbios ou dependência). Isso corresponde a cerca de 0,6% da população adulta mundial ou 1 em cada 200 pessoas. Outro dado preocupante, segundo o estudo, é que apenas um em seis usuários de drogas tem acesso ou recebe algum tipo de tratamento para dependência de drogas a cada ano. Em 2012, ocorreram 200 mil mortes relacionadas a drogas (ONU, 2014).

O aumento do uso de substâncias psicoativas tem desafiado as políticas públicas de saúde, fazendo com que novas ações e políticas sejam implantadas, porém há que se reconhecer a necessidade de ampliar os estudos científicos sobre esta problemática social e de saúde pública. O Brasil através do Ministério da Saúde ampliou e redimensionou suas ações para tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas (substâncias psicoativas), implantando novas estratégias de saúde neste sentido.

2.1 Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas

O CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas é um serviço especializado no tratamento de indivíduos com problemas causados pelo uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, constitui-se como um serviço de saúde mental de base comunitária, preconizado pelas atuais políticas de saúde mental do Ministério da Saúde e têm suas diretrizes pontuadas na Portaria nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011 em seu artigo 7º. Portanto, é um dos componentes da rede de atenção às demandas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. No CAPS AD, a atenção aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas conta com atividades terapêuticas e preventivas, tais como: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e de orientação), atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividade de suporte social), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias. Neste contexto é importante destacar a necessidade da realização de estudos que proporcionem um panorama das práticas dos CAPS AD, de modo a problematizar os saberes e as práticas profissionais nestes espaços públicos de tratamento especializado.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, em seu artigo 7º, parágrafo 4º estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial estejam organizados nas seguintes modalidades de serviços: CAPS i, CAPS I, CAPS II, CAPS ad e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional:

Art. 7º Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

II - CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

A referida Portaria recomenda que os CAPS AD devam ser implantados em cidades com população entre 70 e 200 mil habitantes, constituídos por equipe uma multidisciplinar, ou seja, médico clínico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos. No CAPS AD o paciente deve ser acolhido e, no momento do acolhimento, devem ser observados os riscos de vulnerabilidade física, cognitiva e psicossocial por profissionais capacitados, os quais farão intervenções mediante as necessidades do paciente. No atendimento é organizado em conjunto, paciente e profissional de saúde, o plano terapêutico, isso em acordo com o paciente, para que este venha frequentar o tratamento conforme seu caso, os planos são: intensivo, plano em que o paciente deverá frequentar o tratamento todos os dias; semi-intensivo, modalidade para o paciente que apresenta menos sofrimento que a modalidade anterior, sendo sugerida pela equipe multidisciplinar, a frequência de cada paciente no período, que poderá ser de três vezes por semana se intensivo e a modalidade não intensiva oferecida a pacientes que não necessitam de atenção contínua, em que o paciente deverá receber atendimento até três vezes ao mês.

A internação hospitalar para desintoxicação tem sido oferecida às pessoas com uso abusivo de substâncias psicoativas que apresentam riscos à própria vida e a de terceiros, e, ao longo desse período, a intervenção motivacional também é disponibilizada para promover a adesão ao tratamento psicossocial subsequente. Portanto, vale lembrar que pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tem garantido, pelas normativas do Ministério da Saúde conforme a Portaria nº 3088 de 23/12/2011 em seu artigo 3º inciso II, assistência a si e a seus familiares, visando a ressocialização e a restituição dos vínculos sociais (BRASIL, 2011).

2.2 Motivação para aderir ao tratamento psicossocial para uso de substância química

A adequação do tratamento às necessidades e expectativas dos usuários permanece um desafio, para a efetividade dos programas de tratamento, como é o caso deste estudo que tratou dos pacientes usuários de substâncias psicoativas que trataram-se em CAPS AD. (ANDRETTA, 2005). O estudo aprofundou o conhecimento quanto ao papel da motivação dos pacientes sobre o processo terapêutico, o que poderá favorecer a adequação da atenção psicossocial especializada às necessidades dos usuários. Motivação para adesão ao tratamento será acessada pela expectativa de auto-eficácia para adesão ao tratamento, variável central da teoria cognição social (BANDURA, 1977).

2.2.1 Processos Ativados pela Auto-Eficácia

Os processos mediadores da expectativa de auto-eficácia no comportamento humano são discutidos em amplas revisões de literatura, envolvendo estudos longitudinais e transversais (BANDURA, 1977). As revisões literárias reforçam a hipótese de que a expectativa de auto-eficácia regula ações humanas intencionais ao agir sobre processos cognitivos, afetivos, motivacionais e seletivos. Especificamente, a expectativa de auto-eficácia influencia processos cognitivos que desenvolvem regras para prever e influenciar eventos, estabelecer metas e estratégias e antecipar possibilidades de sucesso nessas metas e afeta processos

cognitivos que determinam a eficiência na solução de problemas. Assim, os processos cognitivos são o primeiro tipo de mediadores da expectativa de auto-eficácia no desempenho de um padrão de comportamento. O segundo processo mediador da expectativa de autoeficácia é a seleção de atividades e ambientes (BANDURA, 1997). Na tentativa de desempenhar com sucesso um padrão de comportamento, os indivíduos tendem a evitar situações que excedam suas habilidades e procuram participar de atividades e de ambientes em que acreditam poder desempenhar com sucesso o comportamento de interesse. Ao afetar a seleção de atividades e de ambientes, a expectativa de auto-eficácia influencia o desempenho pessoal. Os processos afetivos são o terceiro tipo de mediadores da expectativa de auto-eficácia. A crença na auto-eficácia determina o tipo e a intensidade de reações afetivas a eventos vitais, podendo, assim, influenciar cognições e ações (BANDURA, 1977). Por exemplo, estudos sugerem que a baixa auto-eficácia para prevenir situações estressantes tende a produzir ansiedade ou agitação, a baixa auto-eficácia para desempenhar comportamentos considerados essenciais ao alcance de metas tende a levar à depressão e à desmotivação . Os processos motivacionais que determinam a intenção de desempenhar o comportamento proposto, o esforço e a persistência no enfrentamento de dificuldades constituem o terceiro tipo de mediador da expectativa de auto-eficácia na regulação do desempenho. A auto-eficácia influencia processos motivacionais ao modificar significados e valores de influências externas, ao afetar expectativas de resultados de comportamentos e valores desses resultados e ao modificar avaliações de desempenho no alcance de metas pessoais.

2.2.2 Fontes de Auto-Eficácia.

A convicção de eficácia para desempenhar um comportamento resulta de processos cognitivos provenientes de quatro fontes: experiências de domínio pessoal do desempenho, experiências por meio de modelos sociais, persuasão social e estados emocionais e fisiológicos (BANDURA,1977). A experiência de ter domínio sobre o desempenho proposto é entendida como a percepção de ter obtido sucesso nesse desempenho, por ter sido capaz de perseverar na criação e na execução das ações necessárias para superar os obstáculos a tal desempenho.

Essa percepção de sucesso por superar obstáculos pelo esforço pessoal perseverante tem sido considerada a mais efetiva das fontes de informação para o desenvolvimento de um forte senso de eficácia. Por outro lado, a percepção de ter fracassado tende a prejudicar a convicção de auto-eficácia, principalmente se esta ainda não estiver fortemente desenvolvida (BANDURA, 1977). Por exemplo, estudos demonstram que a auto-eficácia para o controle do comportamento aditivo está associada à experiência de ter tido sucesso no autocontrole do uso do álcool em diversas situações de risco (DICLEMENTE; FAIRHURST; PIOTROWSKI, 1995) (MARLATT; BAER; QUIGLEY, 1995). Nessa linha, espera-se que sujeitos que estejam seguindo a rotina do tratamento para dependência de substâncias psicoativas, tenham maior expectativa de auto-eficácia do que os não-aderentes a esse tratamento. As experiências por observação de modelos sociais desenvolvem e modificam a convicção de auto-eficácia, principalmente se o indivíduo se considerar em condições semelhantes às dos modelos. Ao observar o desempenho de outros, o sujeito julga suas próprias competências. Sua auto-eficácia tende a aumentar se concluir que, por esforço próprio, pessoas em situações semelhantes à sua tiveram sucesso no desempenho proposto. A observação de modelos de sucesso também aumenta a auto-eficácia porque provê conhecimentos, habilidades e estratégias potencialmente úteis para melhorar o desempenho pessoal. Por outro lado, a convicção na capacidade de ter sucesso no desempenho proposto tende a diminuir pela observação de modelos sociais que fracassam em situações semelhantes à sua (BANDURA, 1977). A persuasão social é exercida por meio de avaliações recebidas de outros sobre a capacidade pessoal para o desempenho de uma atividade. Pessoas persuadidas de que são capazes de desempenhar com sucesso a atividade proposta tendem a ter maior auto-eficácia e a mobilizar esforço maior e mais sustentado. Avaliações negativas tendem a prejudicar a auto-eficácia do sujeito, principalmente se um forte senso de auto-eficácia não foi previamente desenvolvido (BANDURA, 1977). Os estados emocionais e os fisiológicos podem afetar o julgamento sobre a capacidade pessoal. Stress, tensão e estados de humor depressivo podem ser interpretados como indicadores de vulnerabilidade; cansaço e fadiga podem ser percebidos como sinais de debilidade física (BANDURA, 1977).

2.2.3 Dimensões da Auto-eficácia

A expectativa de auto-eficácia varia em três dimensões: magnitude, força e generalização (BANDURA,1977). A magnitude refere-se aos níveis de dificuldade ou de ameaça que a pessoa acredita ser capaz de superar para desempenhar com sucesso o comportamento proposto.

No caso de uma pessoa, que está tentando parar ou diminuir o uso de substâncias psicoativas recorrendo ao tratamento em CAPS AD, é possível que seja mais difícil seguir o tratamento proposto quando estiver sentindo efeitos adversos do meio e de suas condições sócio familiares, do que quando tiver evidências de que seu tratamento está sendo efetivo, como se sentir bem de saúde e contar com apoio social fora do ambiente clínico.

A força refere-se ao grau de determinação do indivíduo para desempenhar o comportamento proposto. Por exemplo, espera-se que alguns indivíduos tenham certeza de que serão capazes de permanecer em tratamento para quando estiverem sentindo efeitos adversos, que outros tenham dúvida e ainda que outros acreditem que serão incapazes de continuar em tratamento nessa situação adversa. A generalização refere-se à transferência de auto-eficácia entre habilidades e ambientes. Assim, a auto-eficácia em uma situação afeta a auto-eficácia em outras situações, inclusive naquelas ainda não vividas pelo sujeito. Por exemplo, é possível que o nível de auto-eficácia para seguir tratamento para uso de substâncias psicoativas em situações fora da rotina ou na rua afete a auto-eficácia para esse comportamento quando em viagem de passeio ou trabalho, mesmo que esta situação ainda não tenha ocorrido. A generalização da auto-eficácia entre as situações medidas pela escala se reflete na intensidade da correlação entre os itens. A generalização também ocorre entre atividades; por exemplo, é possível que a auto-eficácia para seguir o tratamento esteja relacionada à auto-eficácia para outros comportamentos em saúde prescritos ao sujeito. Bandura (1977) salienta que, devido à capacidade discriminante do sujeito, a generalização tende a ser maior quanto maior for a semelhança entre as atividades a serem realizadas, as habilidades necessárias para sua realização (comportamentais, cognitivas e afetivas) e as situações em que a atividade deverá ser realizada. Bandura (1977) esclarece que a expectativa de auto-eficácia não pode ser medida diretamente,

sendo idealmente medida por um conjunto de variáveis observáveis relacionadas a ela, isto é, os itens da medida de motivação. Tal medida deve incluir impedimentos de diferentes magnitudes para adotar e manter o comportamento proposto no contexto social onde a escala será aplicada. A cada item deve ser adicionada uma medida em que o sujeito indique sua confiança e sua capacidade para realizar o comportamento proposto em um tempo futuro claramente especificado. Este estudo descreve o desenvolvimento de medida de expectativas de auto-eficácia para o sujeito que busca tratamento em CAPS AD. O questionário proposto como medida neste estudo foi construído de modo que os itens reflitam a experiência de sujeitos em tratamento.

3 MÉTODO

3.1 Participantes e delineamento

Participaram do estudo, adultos a partir dos 18 anos completos, atendidos em CAPS-AD do município de Canoas/RS. O CAPS AD é um serviço especializado mantido pela prefeitura municipal de Canoas e pelo Sistema Mãe de Deus, destinados a atender a pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O estudo desenvolveu os itens do questionário para medir as expectativas de auto eficácia para manter-se em tratamento, entrevistando onze (11) sujeitos. Os 11 sujeitos participaram de entrevistas exploratórias individuais para o desenvolvimento do questionário. Estima-se que este tamanho de amostra seja suficiente para obter saturação de unidades , ou categorias significativas (FONTANELLA et al, 2008) das experiências de estar em tratamento.

- **Critérios de inclusão de participantes:**

11 pacientes com idade igual ou superior a 18 anos que concordem em participar do estudo, estes pacientes foram indicados pelos profissionais de saúde do CAPS AD Canoas, conforme as seguintes experiências: estar no primeiro mês do tratamento (n =3), frequentar regularmente o tratamento por, no mínimo, três meses (n= 3), ter abandonado o tratamento no primeiro mês (n= 3) e após seis meses de tratamento (n= 2).

Eles foram entrevistados individualmente nos CAPS AD, após consentimento informado por escrito pelo paciente, entregue à pesquisadora CAPS AD antes da realização da entrevista.

- **Critérios de exclusão de participantes:**

I - Pacientes que não tenham condições de responder aos questionários/entrevistas, que apresentem algum grau ou evidência de retardo mental ou qualquer outro motivo que os impeça de responderem às entrevistas/questionários a serem aplicados)

II - Pacientes que não desejem participar do estudo.

3.2 Instrumentos de coleta de dados e metodologia de análise

- Medida de autoeficácia para permanecer em tratamento em CAPS AD: Para o desenvolvimento dos itens de autoeficácia manter-se em tratamento, foram realizadas entrevistas exploratórias individuais, baseadas em roteiro temático pré-definido que inclui:
 - a) o propósito de estar em tratamento;
 - b) as percepções quanto ao apoio social fora do ambiente clínico;
 - c) as situações de risco para recair e as situações de maior probabilidade de manter-se na meta terapêutica;
 - d) as situações de risco para abandono do tratamento e àquelas onde a confiança no tratamento está aumentada;
 - e) as percepções e as expectativas de resultado – vantagens e desvantagens - de frequentar o tratamento e participar ativamente das sessões; e,
 - f) as expectativas quanto a possíveis mudanças na qualidade de vida, como resultado de estar em tratamento.

A entrevista baseou-se em perguntas semiabertas, facilitando ao pesquisador estabelecer comparações entre sujeitos e, ao mesmo tempo, possibilitou aos entrevistados expressar o entendimento de suas experiências com palavras próprias.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para facilitar a análise do seu conteúdo, os entrevistados puderam fazer comunicações com o gravador desligado, conforme solicitado pelo sujeito ao manifestar interesse em não gravar determinada fala. Os sentimentos mobilizados na entrevista não foram trabalhados do ponto de vista psicodinâmico, mas foi imprescindível que o demonstrássemos enquanto pesquisador empatia e compreensão ouvindo a cada um conforme suas necessidades buscamos, porém manter as características informais e situacionais da conversação.

A análise de conteúdo dos depoimentos dos pacientes foi utilizada para desenvolver os itens da escala de expectativa de autoeficácia para manter-se em tratamento. Esta análise foi realizada em três momentos, conforme Miles e

Huberman (1994). O *primeiro* momento foi a redução do conteúdo dos depoimentos, incluindo a transcrição das entrevistas gravadas, a leitura das transcrições, e a identificação dos temas pré-definidos no roteiro-tópico e outros temas emergentes do discurso dos sujeitos. As unidades significativas da experiência foram identificadas e transcritas conservando-se a linguagem do sujeito e, a seguir, para facilitar comparações, foram transformadas em linguagem proposta pelo pesquisador. Portanto a redução dos dados envolveu identificar, selecionar, focar, simplificar, abstrair, transformar e condensar a informação. O *segundo momento* da análise foi a organização e a interpretação da matriz de unidades significativas dos depoimentos, identificando padrões, verificando contrastes, esclarecendo relações e construindo um entendimento da informação. O *terceiro momento* foi a elaboração final dos itens, verificando o conteúdo da escala, eliminando itens redundantes, esclarecendo relações e, depois, adicionando uma escala *lickert* onde os sujeitos indicaram sua crença na capacidade pessoal de manter-se em tratamento nas situações de risco expressas em cada item. Outras medidas de exposição: Também foram coletadas neste estudo as seguintes informações as quais compõem uma construção compreensiva dos casos em estudo: **características do tratamento**, informada pelo serviço; **condições sociais e econômicas dos sujeitos**, incluindo idade, gênero, escolaridade, renda mensal, se é morador de rua e com quem reside (medidas por perguntas fechadas); **experiências em tratamentos anteriores para problemas relacionados com uso de substâncias químicas**; o **tipo de drogas psicoativas consumidas**, informado pelo paciente por meio do questionário sobre uso de drogas preferidas (*ver Anexo A*); e **a severidade da dependência, medida pela escala SADD** – Short Alcohol Dependence Data (RAISTRICKET et al 1983) (JORGE; MASUR, 1986) (*ver Anexo B*), que será adaptada para uso de drogas. O SADD (RAISTRICK, 1983) foi padronizado para uso no Brasil por Jorge e Masur (1986). Trata-se de uma escala autoaplicável, constituída por 15 itens relacionados ao consumo do álcool, que objetivou avaliar o grau de dependência desta substância. Há quatro alternativas de respostas para cada questão: 0=Nunca; 1=Poucas vezes; 2=Muitas vezes; e 3=Sempre. De acordo com a soma total de pontos, os alcoolistas são classificados nas seguintes categorias: 1 a 9=Dependência leve; 10 a 19=Dependência moderada; e 20 a 45=Dependência grave.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo vinculou-se ao projeto guarda-chuva intitulado “Impacto das expectativas de usuários sobre o processo terapêutico no abandono do tratamento em CAPS AD: *etapa Canoas*”, de responsabilidade do Prof. Dr. José Carlos de Carvalho Leite. Para subsidiar a pesquisa guarda-chuva foram realizadas coletas de dados nos dois únicos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do município de Canoas - CAPS AD. As informações foram coletadas de forma individual, de acordo com a demanda de acolhimentos no serviço, sem qualquer prejuízo para as pessoas envolvidas, principalmente no que diz respeito aos dados pessoais dos pacientes. Os dados coletados no presente estudo estão sob a guarda da pesquisadora (Luísa Emília Lucena Camargo) e de seu orientador (Prof. Dr. José Carlos de Carvalho Leite) por cinco anos, sendo garantido seu sigilo e confidencialidade.

Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver apêndice A) para a autorização da coleta e análise dos dados, cientes que as informações geradas são divulgadas, via relatório e publicações, seguindo os princípios éticos da pesquisa em saúde.

Os princípios de bioética – beneficência, não maleficência, justiça e autonomia permearam todos os passos deste estudo, assim como a garantia da confidencialidade das informações trazidas pelos participantes (FRANCISCONI; GOLDIN, 2002). Desta forma, somente a equipe da pesquisa tem acesso ao banco de dados e qualquer informação que possa revelar a identidade dos pacientes, sendo confidencial e tratada com sigilo profissional. As informações confidenciais são guardadas à parte do banco de dados, usadas para as análises. No banco de dados os sujeitos são identificados apenas por números.

5 RESULTADOS

5.1 Características clínicas e sociais

O grupo de sujeitos entrevistados constituiu-se de 11 pacientes do CAPS AD com problemas relacionados com o uso de drogas ou álcool, todos eles residentes em Canoas. Identificados os 11 sujeitos, entre eles 02 são do sexo feminino e 09 do sexo masculino, destes 02 sujeitos possuem curso superior incompleto, 03 com ensino médio completo, 01 com ensino médio incompleto, 03 com o ensino fundamental incompleto e 02 com o ensino fundamental completo, portanto todos sabem ler e escrever. Os 11 sujeitos apresentam problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, entre estas a maconha, a cocaína e o crack.

Quanto ao período de tratamento, 03 sujeitos haviam iniciado há menos de 30 dias, sendo que um iniciou há 15 dias, 01 sujeito fazia tratamento há 03 meses, 01 sujeito há 02 meses, 03 pacientes frequentavam a unidade há cerca de 2 meses de forma esporádica, ou seja, apenas quando estavam em crise em função do consumo drogas ou álcool, 03 sujeitos reiniciaram o tratamento na semana da aplicação da entrevista, pois o haviam abandonado com menos de 30 dias de frequência. Outros 02 sujeitos recentemente abandonaram o CAPS depois de 6 meses de tratamento.

Dos 11 sujeitos, 02 apresentavam evidência de comprometimento clínico, em função do desgaste físico e nutricional causado pelo uso abusivo de álcool e crack. Um sujeito é cadeirante, integrado ao meio e em busca de reabilitação junto à entidade local que presta atendimento a pessoas com deficiência.

Dos 11 sujeitos entrevistados, 01 estava temporariamente acolhido no albergue municipal e 01 sujeito vive sozinho em sua residência, embora conte com apoio da família de origem; os demais residem com as respectivas famílias (genitores, esposas, companheiras ou filhos). Sete sujeitos viviam separados de suas esposas ou companheiras e filhos em função do uso de álcool ou outras drogas, 02 estavam com os companheiros e 02 temporariamente sem contato familiar (do companheiro e filhos por determinação judicial).

Os 11 sujeitos encontravam-se sem trabalho regular, sem renda individual informada e sem perspectiva de trabalho em função do uso de álcool e outras drogas. Destacando-se o envolvimento com polícia ou justiça, que quase todos

mencionaram. Do ponto de vista clínico, todos dos entrevistados preencheram os critérios para dependência, abuso e Distúrbios Psiquiátricos Menores (DPM).

A Tabela 1 sumariza algumas características sociais e econômicas dos participantes.

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica dos sujeitos entrevistados no CAPS AD (N=11)

Categoria	Classificação	Quantidade
Sexo	Masculino	09
	Feminino	02
Idade	20 a 30 anos	03
	31 a 40 anos	04
	41 a 50 anos	03
	acima de 51 anos	01
Escolaridade	Fundamental compl.	02
	Fundamental inc.	03
	Medio compl.	03
	Medio inc.	01
	Superior inc.	02
Ocupação profissional	Desempregado	08
	Atividade Informal	02
	Aposentado	01
Reside	Família/Amigos	09
	Sozinho	01
	Abrigo/ Albergue	01

Fonte: CAPS AD Canoas/RS, 2014

A seguir são descritos os resultados do estudo, a partir das respostas obtidas nas entrevistas, o primeiro item trata das experiências de domínio pessoal do desempenho de comportamentos em saúde, o segundo item trata do papel de modelos sociais e de persuasão social nas experiências de proteção e risco à saúde e o terceiro das relações dos estados emocionais e fisiológicos dos sujeitos com suas habilidades para aderir à meta de uso de substância e às atividades terapêuticas junto ao CAPS AD.

5.2 Experiências de domínio pessoal do desempenho de comportamentos em saúde

Essa seção descreve a experiências de domínio pessoal do desempenho de comportamentos em saúde, com especial atenção ao comportamento de adesão às atividades terapêuticas junto ao CAPS AD.

Sobre frequentar anteriormente outro tratamento para dependência química dos 11 entrevistados os sujeitos S1, S2, S3 e S4 referiram não ser esta a primeira tentativa de tratamento. S5 relatou que esteve internado 5 vezes em fazenda terapêutica, S6 há 10 anos buscava tratamento e S9, S10 e S11 não sabiam precisar a quanto tempo buscavam tratamento mas sabiam que fazia mais de 5 anos buscavam uma solução para a dependência química. Dentre estes três últimos, um esteve em internação hospitalar em 2013 e 2014 em função dos surtos psicóticos causados pelo uso abusivo de drogas.

Descreveram pontos positivos da experiência de já ter frequentado algum tipo de tratamento para problemas relacionados a adição. Por exemplo, S2 citou a organização de seu modo de vida, a diminuição do uso de drogas e álcool e a redução de danos sobre seu corpo. S5 percebeu que não tinha controle sobre a droga; salientou que aprendeu sobre os 12 passos e citou o 1º deles com sendo o principal: a necessidade de admitir a impotência diante da droga e do álcool e de se ter o apoio da família. Admitiu que depois de três tentativas frustradas os familiares desistiram de auxiliá-lo. S6 referiu o retorno ao convívio familiar como sendo um dos maiores benefícios de se estar em tratamento. Além disto, conseguiu fazer “tudo direito”: trabalhar e cumprir horários e compromissos. S7 conseguiu perceber muitos benefícios; contudo sustentava que fazer uso controlado com ele não funcionava (como dizem a “redução de danos”), pois sua compulsão era grande. S9 percebeu que só conseguia benefício com o tratamento aquele que queria se tratar. S10 referiu ter recaído, mas que durante o tratamento reduziu muito o uso de drogas. S11 disse ter tido 28 internações e referiu-se à recaída como sendo uma “escapatória que a pessoa tem”. A percepção de uma nova visão de vida foi unânime entre os sujeitos que tiveram experiências com outros tratamentos para problemas de adição. S3, S4 e S8 nada relataram, pois esta foi a primeira tentativa de tratamento.

Sobre a certeza de que conseguiriam frequentar as atividades a serem desenvolvidas no CAPS AD, S1, S4 e S7 referiram o desejo de buscar ajuda terapêutica. S8, S9 e S11 admitiram não ter certeza se conseguiriam frequentar as atividades, pois

“não se pode ter certeza de nada no mundo das drogas”. S2 relataram que participavam dos grupos, falavam com os técnicos (psicóloga e psiquiatra), que faziam as atividades, que procuravam ocupar a mente e que no CAPS se sentiam mais seguros e mais fortes. S3 disse que tinha vontade frequentar o tratamento, pois queriam mudar de vida. S5 citou o filho como uma certeza e razão para continuar o tratamento. S6 se referiu ao tratamento como sendo um dia de troca de experiências que levou a “refletir as coisas certas e erradas que feze isto garante que se continue o tratamento.” S10 disse que pediria para ser internado em uma fazenda ou um hospital, pois refere não ter confiança no tratamento que fazia, mas ao mesmo tempo tem medo de ficar muito tempo preso em uma internação.

A respeito de quem os acompanhava nas consultas e atividades propostas no plano de tratamento, os sujeitos relatam o seguinte: S1 cita a esposa; S2 disse que vem sozinho (a mãe trabalha, mas está sempre disponível para ajuda-lo); S3 da mesma forma cita o esposo embora este trabalhe sabe que poderá contar com ele quando for preciso; S4 contou com a filha, mas veio sempre sozinho e preferiu assim, pois a família fazia muita “pressão” para que parasse de usar álcool e isso o incomodava; S5 citou como apoio o namorado; S6, S7, S8, S10 relatou que não tinha outras pessoas ou familiares comprometidos com seu tratamento e que teve que frequentar as atividades propostas sozinho; S9 citou a mãe como pessoa que o acompanhava no tratamento; e S11 citou o pai e a mãe como possíveis pessoas de apoio nesta fase.

Os sujeitos referiram sobre a possibilidade de não contar com o apoio de familiar ou amigo para suprir suas necessidades durante o tratamento. S1 argumentou que pouco importa se não tivesse tal apoio, porque ele queria tratar-se e nada o atrapalhou (“não depende de ninguém para querer tratar-se”). S2 disse que procurou deixar sua mãe mais livre possível, não forçando que venha ao CAPS (ela tinha seus compromissos e trabalhava fora), e que os outros integrantes da família não são tão abertos ao diálogo. Não pode ter certeza que a mãe venha, mas sabe que ela está sempre pronta a ajuda-lo. S3, S4, S6, S7 e S9 dissera “ter certeza que não irão precisar da ajuda porque sabem se controlar e querem se tratar”. S5 afirmou que está há 2 anos com o namorado e ele estava sempre ao seu lado (“mas pode ser que ele canse”). Mas se ele não estiver, irá seguir porque quer fazer um tratamento. Admite que pode até conseguir alguém da família para dar apoio, mas quer e sabe que precisa ficar sóbria e bem para ter um

casamento feliz e cuidar dos bem dos filhos (tem 2 filhos, um de 14 anos de idade que não vê há 10 anos e um de 3 anos). S8 afirmou que a causa é dele e que sozinho tem que assumir o tratamento; referiu ter irmãos e, se precisar, buscaria ajuda e apoio deles. S10 disse não ter certeza, mas sabia que precisa esforçar-se; não pode depender de ninguém, não existem familiares para ajudá-lo. Para S11, “a certeza é a esperança de libertação e não poder contar com ninguém é ruim”; referiu que era mais difícil “não ter com quem dividir as ‘coisas’ a nem ver ninguém vibrando por ti”; contou com apoio dos pais.

Os sujeitos refletiram sobre as possíveis razões para o tratamento atual fracassar. S1 afirmou que nada o atrapalharia porque o sucesso do tratamento depende apenas dele querer tratar-se. S2 associou o abandonar tratamento à voltar a usar a substância no ritmo compulsivo como fazia antes. Continuar os atendimentos com a psicóloga o ajuda hoje tem mais consciência dos gatilhos que disparam a vontade de usar droga. S3 referiu que o tratamento só não daria certo se “o matassem ou a família estivesse muito doente para ele não vir ao CAPS; não abandonaria por nada o tratamento.” S4 e S6 sustentaram que seria um fracasso voltar a usar drogas ou álcool. S5 disse estar tão decidida a não recair que não conseguia pensar nesta possibilidade. S8 referiu que a possibilidade de fracasso no tratamento ocorria se tivesse um episódio de depressão, um descontrole emocional ou um “baque muito grande”. Para S9, um motivo para o tratamento dar errado seria “jogar tudo para o alto e não prestar mais atenção em nada e deixar que a vida vire um inferno de uma vez só” mas que não vai deixar isso acontecer. S10 disse achar que tudo depende de seu técnico de referência. Está há mais de 20 dias no CAPS e o técnico ainda não atendeu. Para S11 um motivo para fracasso do tratamento seria simplesmente desistir de tudo, de sua recuperação.

Tabela 2, exemplo de Matriz de unidades significativas tópicos dos itens a serem gerados referentes a “Experiências de domínio pessoal do desempenho de comportamentos em saúde”, organizadas na linguagem dos sujeitos e na linguagem do pesquisador e apresenta também os itens elaborados a partir da análise de conteúdo das referidas unidades.

Tabela 2 - Exemplo de Matriz de unidades significativas tópicos dos itens a serem gerados referentes a “Experiências de domínio pessoal do desempenho de comportamentos em saúde”

Linguagem do sujeito	Linguagem do pesquisador	Tópicos dos itens a serem gerados
<p>S1 “... não nunca me tratei antes...” S2 “... não foi uma busca que partiu de mim vim porque tive surtos desenvolvi doenças, fui para o Hospital da ULBRA em março 2014, em 2013tive Hospital Espírita ...” S3 “... não é a primeira vez que tento tratamento...” S4 “não é a primeira vez que me trato...” S5 “já me tratei fiquei 5vezes em Fazenda Terapêutica, mas não deu certo...” S6 “...há mais de 20 anos uso drogas me aprofundei nas drogas faço tratamento há 10 anos tô sempre na luta dona...” S7 “sim diversas vezes em Comunidade Terapeutica, Desafio Jovem ,Hospitais, há 10 anos me trato sou bipolar e tomo lítio até hoje.” S8 “não é a primeira vez que me trato...preciso ” S9 “sim no outro caps eu já me tratava...” S10 “sim em vários lugares vim de caxias, rio grande..” S11 “sim eu me trato desde os 18 anos quando tinha só 2 anos de uso de droga(...)comecei lá no outro caps no da igara...”</p>	<p>S1 , S2 , S3 e S4 referem que não, que esta é a primeira tentativa de tratamento, S5 relata que esteve internado 05 vezes em fazenda terapêutica, S6 há 10 anos buscam tratamento, S9, S10 e S11 não sabem precisar a quanto tempo buscam tratamento mas sabem que faz mais de 5 anos buscam uma solução para a dependência química , entre estes três últimos um esteve internado em 2013 e 2014 no hospital universitário em função dos surtos psicóticos causados pelo uso abusivo de drogas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Após internação em hospital para desintoxicação 2. Após internação em fazenda terapêutica 3. Após internação em comunidade terapêutica 4. Após muitas tentativa esta vai da certo

(S1) nada me atrapalharia o sucesso depende de mim
 (S2) eu voltar a usar naquele ritmo compulsivo a substancia, abandonar o tratamento, principalmente com a psicóloga tenho mais consciência dos gatilhos que disparam a vontade de usar droga
 (S3) só se matassem ou minha família estive muito doente mas não abandonaria
 (S4) eu voltar a usar cachaça
 (S5) eu recair eu estou tão decidida a não recair que não consigo pensar na possibilidade de recair
 (S6) eu usar recair
 (S7) eu levantar daqui a gora e ir embora
 (S8) uma depressão um descontrole um baque muito grande
 (S9) jogar tudo para o alto não prestar mais atenção em nada e deixar que a minha vida vire um inferno de uma vez só que eu não vou deixar isso acontecer é só uma atitude minha ir atrás de alguém ou de uma festa ai ta tudo perdido
 (S10) eu acho que depende do meu técnico conversar comigo
 (S11) eu desistir de tudo

S1 nada o atrapalharia o sucesso do tratamento depende apenas dele (...) S2 (...) voltaria a usar no ritmo compulsivo a substancia como antes, abandonar o tratamento, hoje tem mais consciência dos gatilhos que disparam a vontade de usar droga, S3 só não daria certo se “o matassem ou a família estivesse muito doente para ele não vir ao CAPS, não abandonaria por nada o tratamento, S4 seria voltar a usar “cachaça”, S5 está tão decidida a não recair que não consegue pensar nesta possibilidade, S6) relata que para o tratamento não dar certo seria apenas se ele voltasse a usar drogas ou álcool, S7 diz que seria sair do CAPS e ir embora, S8 refere que isso ocorreria se tivesse um episódio de depressão, um descontrole emocional, um “baque” muito grande, para S9 um motivo para o tratamento dar errado, seria jogar tudo para o alto e não prestar mais atenção em nada (...) S10 tudo depende de seu técnico de referência em conversar com ele e atendê-lo, segundo ele está há mais de 20 dias no CAPS e o técnico ainda não atendeu, para o S11 um motivo seria ele desistir de tudo, do tratamento, de sua recuperação.

1. Nada atrapalharia
2. O sucesso do tratamento depende de mim
3. Voltar a fazer uso da droga
4. A depressão, o descontrole
5. Desistir de tudo

5.3 O papel de modelos sociais e de persuasão social

Sobre o que os incentivou e encorajou para mudar comportamento em relação ao uso de drogas ou álcool é referido o seguinte. S1, S2, S3, S6, S8 e S9 afirmou que as motivações para mudar estavam na percepção de seus erros decorrentes do uso de drogas, na família e na relação com filhos. Para S4 e S5 o que os incentivou foi a vontade de ficar bem de saúde. S7 pondera que o que o encorajou, ao mesmo tempo lhe causou medo foi admitir que é difícil mudar comportamentos evitar pessoas e lugares. S7 mencionou ainda que “este mundo da droga trazia um comportamento marginalizado”, por isso quis mudar. S10 encorajou-se em função de seu desejo de retornar para a igreja e tornar-se um pastor. S11 disse que o dia a dia de um usuário é não ter o mínimo de alimentação, conforto e dignidade e não desejava mais viver assim.

Outros aspectos foram identificados como facilitadores do tratamento. Frequência a grupos de autoajuda tais como AA (alcoólicos anônimos) e NA (narcóticos anônimos) são alguns exemplos (S1 e S5). Para S5 e S11 a família exerceu papel importante como apoio na recuperação. A prática de esportes e o trabalho foram considerados por S2, S3 e S9 como fator importante. Para o S8, a motivação principal para seguir em tratamento foi sua vontade própria; para S10 foi frequentar uma igreja, tomar remédios para diminuir a fissura e um profissional que o acompanhasse.

Sobre a certeza de que conseguia manter-se em abstinência, ou controlar o uso, o S1 disse não ter certeza, que tinha muita confiança em si e esta poderia ser rompida por qualquer motivo alheio a ele, o S2 e o S4 disser que na verdade não tinham nenhuma certeza disso, o S3 disse ser sua fé, o S5 disse ter certeza do hoje e da força do seu querer, o S6 disse que primeiro foi necessário diminuir o uso, segundo conta com a família, que a família conta muito, que esta lhe deu suporte e que continua ajudando ele. S7 disse que é o seu querer, que se não quiser nada vai funcionar, o S8 disse que certeza não tem nenhuma pois segundo ele o futuro a “Deus pertence”, para o S9 foi somente seu agir ao contrario do que agia antes, evitando amigos e continuando a “abstinência” e mudando o comportamento de antes. S10 disse que não tinha esta certeza, que isto não há como controlar, que por exemplo se incomodar-se vai ficaria frágil e usaria, o S11 disse que a certeza não é muita pois a mente começava a manipular a pessoa e ela acabava voltando a usar a droga.

Sobre não ter apoio de familiar, amigo ou conhecidos para S1 ter este apoio seria mais difícil o tratamento e manter-se sem uso da droga, para S2 tinha consciência que deveria “se virar sozinho”, S3 disse que teria que ir ao CAPS, S4 disse que preferia ir sozinho, S5 relatava que continuava porque queria vir e continuar e sem uso da droga e veria outra pessoa da família para o acompanhar, S6 contou apenas com ele próprio, S7 relatou que se não tivesse apoio teria que se virar “sozinho”, S8 disse que neste caso seria “ele e ele”, pois não contava com outra pessoa. S9 disse que sempre se “virou sozinho”. S10 disse que teve que contar só com ele mesmo. S11 relata que “aí teria que ver o que fazer”.

Sobre em que momentos ou situações do dia sentia mais falta ou necessidade do uso de drogas, os sujeitos relataram o seguinte: “S1 disse ser no final da tarde início da noite.” Para S2 e S6, finais de semana e domingos (“este principalmente é um dia complicado”). Durante a semana envolviam-se nas atividades do dia a dia. Relataram sentir-se “travados” para fazer qualquer programa no final de semana se não usassem drogas. S3 disse que em nenhum momento se sentia falta e decidiu que não queria mais usar droga. S4 não chegava a sentir falta da droga; usava porque gostava. S5 disse que era quando acordava pela manhã aí ia dizendo para si mesmo que não queria mais usar e a vontade passava. S7 não associava nenhum tipo de emoção com o uso de droga. Referiu que ter dinheiro, estar sozinho ou ter objetos que servissem de moeda de troca facilitavam para buscar a droga. Para S8 a noite era o pior momento. Como morava e vivia sozinho, o dia era ocupado com atividades; a noite estava sozinho e isso o instigava a beber. Para S9, quando surgiam os pensamentos sobre o uso, vinha a vontade de usar droga; ou quando se sentia deprimido e isso acontecia de dia mesmo. Para S10 a vontade de usar ocorria quando se chateava, quando brigava com alguém ou quando ocorriam problemas quaisquer que não conseguia resolver. Para S11 isso ocorria quando sentia saudade de alguém, aí “o cérebro manipula a pessoa”; quando acordava de madrugada “aí vinha na mente às lembranças e tem que se distrair”.

Sobre como chegou ao serviço, CAPS AD o S1 disse que um amigo o trouxe, o S2 foi após a 1ª internação no Hospital Espírita, o próprio hospital o encaminhou para o CAPS AD e que abandonou o tratamento indo só nas reuniões e visita domiciliar sentiu-se traído pela técnica de referencia que abriu para a família e

empresa coisas que falou e que deviam ficar entre ele e a profissional que o atendia, dia que há momentos do tratamento em que não queria familiares junto com ele, porém outro dia quando foi consultar sem familiar não o deixaram consultar, o S3 disse que ela e o marido chegaram sozinhos, uma senhora amiga aconselhou e deu o endereço e o casal procurou sozinhos o serviço, S4 disse ter chegado com a filha com um encaminhamento do médico da UPA, o S5 relatou que procurou por um lugar que pudesse se tratar e o namorado a trouxe, o S6 ao sair de fazenda terapêutica, pois não se adaptou as regras veio sozinho para o CAPS AD para retomar o tratamento, disse que não conseguia obedecer ordens e regras, o S7 disse que veio sozinho buscar ajuda, pois a vida com as drogas coisa ficou difícil, o S8 disse que foi trazido pelo irmão ele ofereceu ajuda percebeu que precisava, pois segundo ele, já havia ultrapassado todos os seus limites, os S9 e S10 chegaram ao serviço sozinhos e o S11 foi trazido pela família.

Em relação à possibilidade de recaída ao longo do tratamento os sujeitos falam o seguinte: para S1 isso não era impossível; há a possibilidade, embora distante. S2 disse que há sim a possibilidade, que recaiu a pouco tempo depois de dois “pegas num baseado”. S3 e S4 disseram que não há esta possibilidade ambos afirmaram que conseguiam imaginar o que seriam as consequências negativas da recaída. Para o S5 a recaída não faz parte da recuperação como muitos afirmam; recair faz parte da doença. “A pessoa tem que ser forte e decidida porque se der um “resbalão” a pessoa perde tudo o que conseguiu até aquele momento, a confiança dos outros.” Para S6 isto é algo que ele não pensava, mas admitiu que há a possibilidade de acontecer. “A medicação ajuda bastante; hoje estar sem medicação tem sido difícil de se manter sem a droga.” Para S7 a possibilidade existia “vai do que a pessoa alimenta em seus pensamentos.” S8 via esta possibilidade com medo e assombro; “mas se acontecer uma forte emoção, não nega que possa acontecer.” S9 diz que “falam que a recaída faz parte do tratamento”, porém não acredita nisso acha que se a pessoa tem o objetivo de parar ela não tem que pensar em recair; “tem que agir bem e nem pensar em recair.” Para S10, “basta se incomodar”. Por exemplo, no dia em que se incomodou ao chegar alguns segundos atrasados no albergue e não o deixarem entrar, voltou para a rua chateado; encontrou um amigo e usou. Disse que existe sim a possibilidade de recaída. Basta que aconteça algo que mexa com a pessoa. S11 relatou que existe sim a possibilidade de recair, que é

necessário “matar um leão por dia. À noite tem um apelo maior para usar e é por isso que é preciso fazer uso de alguma medicação”.

Tabela 3, exemplo de matriz de unidades significativas, tópicos dos itens a serem gerados referentes ao “O papel de modelos sociais e de persuasão social”, organizadas na linguagem dos sujeitos e na linguagem do pesquisador e apresenta também os itens elaborados a partir da análise de conteúdo das referidas unidades.

Tabela 3 – Exemplo de Matriz de unidades significativas e tópicos dos itens a serem gerados referentes ao “O papel de modelos sociais e de persuasão social”

Unidades significativas		Tópicos dos itens a serem gerados
Linguagem do sujeito	Linguagem do pesquisador	
<p>(S1) meus erros, minha família minha relação com os filhos. (S2) a família é o que mais penso deixo de fazer o que gosto por causa deles, (S3) a vontade de parar, droga não leva a nada já sofri muito usando (S4) minha vontade de ficar bem (S5) a minha vida (S6) meus filhos, minha mãe. (S7) o que me encoraja ao mesmo tempo me dá medo mudar é muito difícil mudar comportamentos evitar pessoas, lugares, é um comportamento marginalizado por isso quero mudar. (S8) minha filha que tem 18 anos minha família (16b) minha mãe eu incomodei ela demais e ela não tem mais forças e Deus (S10) retornar para a igreja pq eu quero parar com as drogas isso não leva a nada a só ilusão (S11) o dia adia de um usuário é não ter o mínimo de alimentação, conforto e dignidade não quero viver assim.</p>	<p>S1 lembrar dos erros por causa de drogas, a família e a relação com filhos , S2 a família é o que influencia (...), S3 usar droga não leva a nada sofreu muito por causa das delas, S4 é a vontade de ficar bem, S5 a motivação é a sua minha vida, S6 são seus filhos e sua mãe, S7 o que o encoraja ao mesmo tempo causa medo mudar é o fato de se muito difícil mudar comportamentos evitar pessoas, lugares, sabe que este mundo da droga traz um comportamento marginalizado. S8 a filha que tem 18 anos e a sua família, embora não resida com elas, S9 o maior incentivo é sua mãe reconhece que a incomodou demais com tudo o que fez por causa da droga. S10 se encoraja em função de seu desejo de retornar para a igreja e se tornar um pastor, quer parar com as drogas reconhece que isso não leva a nada é só ilusão, S11 o dia a dia de um usuário é não ter o mínimo de alimentação, conforto e dignidade não quero viver assim quer mudar para não ter mais esta “vida ruim.”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A família 2. A vontade de mudar de vida 3. Ter uma vida digna 4. Erros cometidos pelo uso da droga
<p>(S1)não é impossível possibilidade distante se disser que não vai</p>		

acontecer estarei mentindo
 (S2) há a possibilidade sim, recaí a pouco tempo dois pegas num baseado
 (S3) não há esta possibilidade
 (S4) não há esta possibilidade eu me controlo
 (S5) a recaída não faz parte da recuperação mas faz parte da doença tem que ser forte e decidido pq se tu der um resbalão tu perde tudo o que tu conseguiste até aquele momento a confiança dos outros é rela faz parte da doença
 (S6) é algo que não penso mas há a possibilidade de acontecer a medicação ajuda bastante hj estou sem medicação e tem sido difícil
 (S7) a possibilidade existem vai do que eu alimenta meus pensamentos de como penso em fazer o uso
 (S8) com medo com assombro eu não quero mas se acontecer uma forte emoção eu não nego que possa acontecer
 (S9) dizem que a recaída faz parte do tratamento eu não acredito nisso acho q se a pessoa tem o objetivo de parar ela não tem que pensar em recair tem que agir bem nem pensar em recair
 (S10) me incomodei cheguei um milímetro atrasado ai fui p a rua e usei ai encontrei um amigo existe sim a possibilidade de recaída
 (S11) sim acho que há aqui tem ocupação mas tem que matar um leão por dia a noite tem um aperto maior para usar por isso tem que tomar algum remédio.

S1 não é impossível, há a possibilidade embora seja algo distante(...) S2 há sim a possibilidade, que recaiu a pouco tempo (...), S3 e S4 dizem que para eles não há esta possibilidade ambos afirmam que se controlam diante do uso não querem recair e voltar a usar drogas, S5 a recaída não faz parte da recuperação, como muitos afirmam, mas que recair faz parte da doença, a pessoa tem que ser forte (...) S6 é algo que ele não pensa, mas admite a possibilidade de acontecer, a medicação ajuda bastante hoje está sem medicação e tem sido difícil (...) S7 a possibilidade existe vai do que a pessoa alimenta em seus pensamentos (...) S8 vê esta possibilidade com medo e assombro, não quer, (...) S9 diz que falam que a recaída faz parte do tratamento, não acredita acha que se a pessoa tem o objetivo de parar ela não tem que pensar em recair tem que agir bem, e nem pensar em recair, S10 basta se incomodar e exemplifica(...) ele diz que existe sim a possibilidade de recaída basta que aconteça algo que mexa com a pessoa, S11 existe sim a possibilidade de recair, que é necessário “matar um leão por dia”, a noite tem um apelo maior para usar e que por isso é preciso fazer uso de alguma medicação.

1. A recaída é possível
2. A recaída depende de sua atitude e comportamento
3. A recaída faz parte da doença
4. Sem medicação há recaída

5.4 Relações dos estados emocionais e fisiológicos dos sujeitos com suas habilidades para aderir à meta

Sobre os locais onde se sentiam **mais seguros e protegidos** em relação usar drogas ou álcool os entrevistados apresentaram o seguinte relato. S1, S2, S5, S6, S7, S8, S9, S10 e S11 referiram quando estavam em casa e acompanhados pela família ou no CAPS AD. Porém S2 reconheceu que se sentia muito vulnerável: se saísse na rua corria riscos. S3 disse sentir-se seguro no CAPS AD e no Albergue, embora lá houvesse uso de drogas e álcool. S4 sentia-se seguro em todos os lugares. “O problema estava com ele se ele não soubesse se controlar”.

Sobre os locais em que sentiam **menos seguro e desprotegido** em relação ao uso drogas ou álcool foi relatado o seguinte: S1 em ambientes locais como bares, jogos, com amigos que usavam droga e faziam uso de bebidas alcoólicas. S2 e S11 sentiam-se inseguros se encontrassem alguém que usasse ou se fosse a algum lugar que tinha (lugares de fácil acesso a droga e ao álcool). Para S3, S5, S6, S7, S8 e S9 os bairros próximo onde moram representavam risco: sentiam-se inseguros em andar circulando, pois há muita oferta. Já para o S4 não há local que o coloque em risco. Ele é que devia “se controlar para não fazer uso da droga.” S10 disse sentir-se inseguro no Albergue, pois os “albergados usam droga e bebem lá dentro também.”.

Tabela 4, exemplo de matriz de unidades significativas, tópicos dos itens a serem gerados referentes ao as “Relações dos estados emocionais e fisiológicos dos sujeitos com suas habilidades para aderir a meta”, organizadas na linguagem dos sujeitos e na linguagem do pesquisador e apresenta também os itens elaborados a partir da análise de conteúdo das referidas unidades.

Tabela 4 - Exemplo de Matriz de unidades significativas e tópicos dos itens a serem gerados referentes as “Relações dos estados emocionais e fisiológicos dos sujeitos com suas habilidades para aderir a meta”

Unidades significativas		Item elaborado
Linguagem do sujeito	Linguagem do pesquisador	
<p>(S1) em casa com a família</p> <p>(S2) no caps e em casa se bem que é muito vulnerável esta proteção se sair na rua corro o risco</p> <p>(S3) no caps e no albergue</p> <p>(S4) em todos os lugares o problema ta comigo se eu não me controlar</p> <p>(S5) em casa</p> <p>(S6) no caps e qdo estou com minha família</p> <p>(S7) na verdade não é nem local é estar acompanhado pelo meu filho mãe pai e não ter dinheiro</p> <p>(S8) no caps</p> <p>(S9) no caps e na casa da minha mãe</p> <p>(S10) no caps</p> <p>(S11) junto com a minha família e no caps</p>	<p>S1 refere ser em casa e acompanhado pela família, S2 sente-se seguro no CAPS AD e em sua casa , porém reconhece que é muito vulnerável esta proteção pois se sair na rua corre riscos, o S3 diz sentir-se seguro no CAPS AD e no Albergue embora lá haja uso de drogas e álcool, o S4 sente-se seguro em todos os lugares o problema segundo o sujeito está com ele se ele não souber se controlar, o S5 sente-se seguro em casa, o S6) no CAPS AD e quando está com sua família, o S7 diz que na verdade não é nem local sua segurança é estar acompanhado pelo meu filho, mãe , pai e não ter dinheiro, o S8 dia que no CAPS AD está seguro, para o S9 no CAPS AD e na casa de sua mãe, S10 no CAPS AD e o S11 diz estar seguro junto com a minha família e no CAPS AD.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Com a família 2. No CAPS AD 3. Não é local é ter dinheiro, oportunidade 4. O problema está na pessoa não no lugar
(S1) bares, jogo, amigos que usam		

<p>(S2) se encontrar alguém se for a algum lugar que tenha, ou seja, fácil de ter acesso</p> <p>(S3) no bairro rio branco e Niterói risco de vida</p> <p>(S4) não há local que me coloque em risco eu tenho q me controlar</p> <p>(S5) na rua</p> <p>(S6)qdo estou com pessoas que tem problema como eue falando sobre o uso</p> <p>(S7) em qq lugar a noite e sozinho</p> <p>(S8)na balada festa com uso de álcool tem ligação direta</p> <p>(S9) na rua ali é um chamarisco se encontra gente amigos e droga se parar ta perdido</p> <p>(S10) no Albergue usam lá dentro também</p> <p>(S11) com os meus amigos conhecidos que bebem e que tem comportamento de risco</p>	<p>S1 bares, jogos, com amigos que usam droga e fazem uso de bebidas alcoólicas, S2 se encontrar alguém que use, se for a algum lugar que tenha, ou seja, lugares de fácil acesso a droga e ao álcool, S3 os bairros onde mora e o mais próximo lhe oferecem risco maior e lá se sente inseguro em andar circulando, S4 não há local que o coloque em risco ele é que deve se controlar para não fazer uso da droga, S5 na rua de modo geral, S6 quando está com pessoas que tem problema como ele em relação a drogas ou se fala sobre o uso, S7 em qualquer lugar a noite e se estiver sozinho, S8 na balada, em festa com uso de álcool isto tem ligação direta com a droga, S9 na rua se sente inseguro, a rua segundo ele é um chamarisco, ali encontra gente, amigos e droga se sente perdido, S10 no Albergue pois os albergados usam droga e bebem lá dentro também, S11a insegurança vem com os seus amigos, conhecidos que bebem e usam drogam estes segundo ele estes tem comportamento de risco.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Na rua 2. Com pessoas que fazem uso de drogas 3. A noite 4. Sozinho
---	--	---

Finalmente, os tópicos gerados nas três dimensões acima possibilitaram a geração da medida de motivação para adesão ao tratamento, assim apresentadas na Tabela 5 que se encontra abaixo.

Tabela 5 - Itens da Escala de Auto-eficácia gerados a partir das unidades significativas e da análise de conteúdo das referidas unidades

-
1. Se inicialmente passar por uma internação para desintoxicação
 2. Se conseguir assumir minha impotência diante da droga ou do álcool
 3. Se me propuser a participar das atividades do plano terapêutico
 4. Se voltar a estudar, trabalhar/ manter minha mente ocupada
 5. Se lembrar dos erros do passado cometidos em função do uso de drogas ou álcool
 6. Se mantiver o desejo de mudar de vida
 7. Se voltar a conviver com a família
 8. Se contar com outras formas de apoio social fora do CAPS AD
 9. Se não puder contar com apoio social, familiar
 10. Se tiver acesso a dinheiro, objetos de valor, lugares e pessoas que façam uso de drogas ou álcool
 11. Se eu estiver acompanhado por amigos e familiares que não façam uso de drogas ou álcool
 12. Se estiver deprimido, preocupado e sozinho
 13. Se pensar na minha saúde, na qualidade de vida e nos meus projetos pessoais
 14. Se continuar frequentado regularmente o CAPS AD
 15. Se mantiver responsabilidade sobre o meu tratamento

Fonte: Produzido pela autora, 2014.

6 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi desenvolver uma medida de motivação para a adesão ao tratamento em CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), em sujeitos com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A primeira etapa da avaliação de uma escala é a verificação do conteúdo dos itens por observação direta (DEVELLIS, 1991), (MILES & HUBERMAN, 1994). Esses autores esclarecem que o objetivo de avaliações desse tipo é verificar se os itens parecem medir a variável que a escala se propõe a medir, e se o conjunto de itens parece abranger os principais aspectos dessa variável. A observação direta da escala desenvolvida neste estudo mostra que os itens foram fraseados de modo que o sujeito possa expressar seu grau de certeza de que conseguirá manter-se em tratamento, conforme o plano terapêutico planejado por ele e pelos profissionais de saúde, que o acolheram em seu ingresso no CAPS AD. A escala investiga a expectativa de autoeficácia em situações dificultadoras do seguimento do plano terapêutico, incluindo: 1- experiências de domínio pessoal do desempenho de comportamentos em saúde 2- modelos sociais e de persuasão social e 3- relações dos estados emocionais e fisiológicos dos sujeitos com suas habilidades para aderir a meta. Todos os itens emergiram da análise de conteúdo do depoimento de sujeitos em tratamento em CAPS AD.

O conteúdo da escala foi avaliado por pacientes e suas sugestões foram incorporadas na versão final. Além disso, a grande maioria das situações difíceis para adesão ao tratamento investigadas pela escala desenvolvida no presente estudo, também foram descritas em outros estudos sobre razões para não-adesão ao tratamento em CAPS AD (CAVALCANTI, 2009), (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006)

Na versão final da escala de auto-eficácia, a codificação dos itens em cinco graus standardiza a coleta de dados e facilita a derivação de variáveis indicadoras do nível de expectativa de auto-eficácia dos sujeitos. Os itens são codificados diretamente na escala, diminuindo a possibilidade de erro de transcrição e de digitação. Portanto, a verificação do conteúdo dos itens, por observação direta, e a análise da metodologia de construção da escala sugerem que, provavelmente, a

escala avalia expectativa de auto-eficácia em situações difíceis para seguir o tratamento e abrange os aspectos importantes dessas expectativas.

Um escore baseado na soma pontos dos itens codificados de zero a quatro facilitaria o uso clínico da escala, mas pesquisas sobre sua aplicação na prática clínica ainda são necessárias. Assim, futuros estudos com a aplicação de análise fatorial dos itens poderão contribuir para o melhor entendimento da variável medida pela escala. Especificamente, a extensão em que o conjunto de itens organizado nas três situações dificultadoras, já descritas poderá informar sobre a viabilidade da formação de diferentes fatores ou dimensões do construto das expectativas de auto-eficácia em questão.

A escala é relativamente pequena e de fácil administração, o que a torna adequada para aplicação em ambientes clínicos. Por exemplo, os itens poderão ser usados para avaliar a auto-eficácia de sujeitos, identificando aqueles em maior risco para não-adesão e ainda para subsidiar intervenções oportunistas sobre a adesão ao tratamento.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo buscou apresentar a entrevista exploratórias individual, baseadas em roteiro temático pré-definido, como uma modalidade de pesquisa, sinalizando a dificuldade de tal tarefa, pela diversidade de entendimentos do seu significado e conseqüentes aplicações em muitas áreas de conhecimento. No entanto, é inegável a sua importância como instrumento de investigação e o seu estudo deve ser situado na discussão acadêmica. A partir das posições apresentadas quanto à origem e significado deste estudo, destacou-se sua característica de estudar uma unidade, bem delimitada e contextualizada, com a preocupação de não analisar apenas um caso em si, como algo à parte, mas o que ele representa dentro do todo e a partir daí. Apresentada a possibilidade da utilização de instrumentais individuais, além daqueles que priorizam a abordagem qualitativa. O delineamento da pesquisa qualitativa como metodologia de investigação mostrou a possibilidade da definição de quatro fases relacionadas: delimitação da amostra, a coleta de dados; a seleção, a análise e interpretação dos dados e elaboração do questionário. Quanto às aplicações do estudo de caso, são muitas e variadas. São de grande utilidade em pesquisas exploratórias e comparadas. Como toda pesquisa apresenta vantagens e limitações na sua aplicação, merecendo o cuidado necessário quando buscar generalizações. É necessário ressaltar que este é apenas o início de um estudo que necessita ser aprofundado, porém serve de instrumento inicial para a avaliação da validade e eficácia das propostas de metas a serem atingidas em um tratamento para pessoas com problemas relacionados com o uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) em CAPS AD.

8 PRODUTO FINAL

O produto final, desenvolvido trata-se de um questionário para identificar possíveis condições de risco, para abandono em tratamento de dependência química a ser implantado em CAPS AD.

Para atingir tal objetivo, itens acessando a autoeficácia do usuário para adesão ao tratamento foram identificados a partir das entrevistas exploratórias, portanto o presente trabalho representa o primeiro passo no desenvolvimento desta medida.

O questionário é de fácil aplicação, o que o torna adequado sua utilização em ambientes clínicos. Por exemplo, os itens poderão ser usados para avaliar a autoeficácia de pacientes, identificando aqueles em maior risco para não adesão e ainda para subsidiar intervenções técnicas na adesão ao tratamento. Uma proposta inicial de instrumento aplicável em sujeitos que buscam tratamento em CAPS AD e de fácil aplicação, mas pesquisas sobre o instrumento e sua aplicabilidade na prática clínica ainda são necessárias.

Tabela 5, exemplo de questionário de motivação para adesão ao tratamento no CAPS-AD elaborado a partir da linguagem dos sujeitos linguagem, do pesquisador e dos itens elaborados a partir da análise de conteúdo das referidas unidades.

Tabela 6 - Questionário de motivação para adesão ao tratamento no CAPS-AD

Qual é a certeza que você tem que, nas seguintes situações abaixo, irá conseguir frequentar o tratamento no CAPS-AD?

	Vou conseguir mesmo	Acho que vou conseguir	Não sei	Acho que NÃO vou conseguir	Com certeza NÃO vou conseguir
1 Se inicialmente passar por uma internação para desintoxicação ou usar medicação					
2 Se conseguir assumir minha impotência diante da droga ou do álcool					
3 Se me propuser a participar das atividades do plano terapêutico					
4 Se voltar a estudar, trabalhar/ manter minha mente ocupada					
5 Se lembrar dos erros do passado cometidos em função do uso de drogas ou álcool					
6 Se mantiver o desejo de mudar de vida					
7 Se voltar a conviver com a família					
8 Se contar com outras formas de apoio social fora do CAPS AD					
9 Se não puder contar com apoio social, familiar					
10 Se tiver acesso a dinheiro, objetos de valor, lugares e pessoas que façam uso de drogas ou álcool					
11 Se eu estiver acompanhado por amigos e familiares que não façam uso de drogas ou álcool					
12 Se estiver deprimido, preocupado e sozinho					
13 Se pensar na minha saúde, na qualidade de vida e nos meus projetos pessoais					
14 Se continuar frequentado o CAPS AD					
15 Se mantiver a responsabilidade sobre o meu tratamento					

Fonte: Produzido pela autora, 2014.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev, 2005.

ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. **Psicol. clin.** [online]. 2005, v.17, n.2, pp. 127-139. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pc/v17n2/v17n2a10.pdf>> Acesso em: 13 out. 2013.

ARALDI, J.C. et al. Teachers' social representations of abusive use of alcohol and other drugs during adolescence: repercussions on preventive actions in schools. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.135-46, jan./mar. 2012.

ARAUJO, R. B. et al. **As Estratégias de Coping para o Manejo da Fissura de Dependentes de crack.** Unidade de Desintoxicação, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xjUOX5zmtzqJ:www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/download/11572/7509+&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a>. Acesso em: 02 out. 2013.

ARAUJO, Renata Brasil et al. A avaliação do *craving* em alcoolistas na síndrome de abstinência. **Psico-US.** [online]. 2004, vol.9, n.1, pp. 71-76. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S141382712004000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 28 nov. 2013.

AZEVEDO, Reinaldo. Crack. **Revista Veja on-line.** Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/tag/crack/>> Acesso em: 02. dez. 2013.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84, 191-215. 1977

BANDURA, A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. Freeman & Co. Bandura, A.. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84, 191-215. 1977.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1986.

BANDURA, A. **Self-efficacy conception of anxiety.** Em R. Schwarzer & R. A. Wicklund (Orgs.), *Anxiety and self-focused attention* (pp. 89-110). New York: Harwood. 1991

BANDURA, A. **Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning.** Em R. Schwarzer (Org.), *Self-efficacy: Thought control of action* (p.355-394). Washington, DC: Hemisphere. 1992.

BARROS, M.; BATISTA dos S. A. C. Por dentro da Autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 112, set. 2010. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/download/10818/5961+&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a>. Acesso em: 15 out. 2013.

BARROSO, T; BARBOSA, A. M. Programa de Prevenção do Consumo de Álcool em Jovens Estudantes. **Revista Referência da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**, n.3, p.33, Lisboa, 2006. Disponível em: <http://www.idcplp.net/?idc=6&idi=5590>. Acesso em: 07 out. 2013.

BRADLEY, E. H; CURRY Leslie A.; DEVERS, Kelly J. **Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory**. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955280>. Acesso em: 29. nov. 2013.

BRASIL. **Portaria n.º 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. 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). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%203362002.pdf>. Acesso em: 07 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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/Ministério da Saúde. 2. ed. **rev. ampl.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852010000400008. Acesso em: 05 out. 2013.

BRASIL. **Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas**. Levantamento sobre o uso de substâncias psicoativas entre estudantes da rede pública e estudantes da rede particular das 26 capitais e Distrito Federal, 2010. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Apresentacoes/328357.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2013.

BRASIL. **Portaria n.º 3.088/GM**, 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. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 03 dez. 2013.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados 8**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf. Acesso em: 02 out. 2013.

CARNEIRO, Henrique Soares. As drogas na história da humanidade. **Diálogos - Revista do Conselho Federal de Psicologia**, Brasília, p. 14 - 15, 01 nov. 2009.

CAVALCANTI, Maria Tavares; DAHL, Catarina Magalhães; CARVALHO, Maria Cecília Araujo de e VALENCIA, Elie. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, **RJ. Rev. Saúde Pública [online]**. 2009, vol.43, suppl.1, pp. 23-28. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800005>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

CEBRID - **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 05 out. 2013.

CETAD - **Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas** - Tendências do consumo de SPA no Brasil. Disponível em: <<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/Observa/Artigo:EpidemiologiaDoConsumoDeSPAs:Cap1>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

CONNORS. G. J., WALITZER K. S.; DERMEN K. H. Preparing clients for alcoholism treatment: Effects on treatment participation and outcomes. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 70:1161–1169, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12362966>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

DEVELLIS, R. F. **Scale development: Theory and applications**. Applied Social Research Methods Series (Vol.26). London: Sage, 1991.

DIÁLOGOS: **Revista de psicologia ciência e profissão**. v. 6, n. 6, 2009. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/revista_dialogos06.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.

DICLEMENTE, C. C., Fairhurst, S. K. & Piotrowski, N. A. Self-efficacy and addictive behaviors. Em J. E. Maddux (Org.), **Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application** (p.109-141), New York: Plenum Press, 1995.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Maior pesquisa sobre crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil**. Agência Brasil. 2012. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 01 dez. 2013.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>> Acesso em: 28 nov. 2013.

FRANCISCONI, C. F. & GOLDIN, J. R. Ética aplicada à pesquisa. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, 5(9), 8-9. 2002.

JORGE M. R.; MASUR J. Questionários padronizados para a avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool. **J Bras Psiquiatr**. p. 35:287-92. 1986.

LIMA I. S.; PALIARIN, M. M.; ZALESKI, E. G. F.; ARANTES, S. L. **História oral de vida de adolescentes dependentes químicos, internados no setor de psiquiatria do hospital regional de Mato Grosso do Sul para tratamento de desintoxicação**. SMAD, 4(1). 2008. Recuperado em Dezembro 01, 2008. Disponível

em:<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762008000100003&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 25 nov. 2013.

MADDUX, J. E. & Lewis, J. Self-efficacy and adjustment basic principles and issues. Em J. E. Maddux (Org.), **Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application** (pp. 37-68). New York: Plenum Press, 1995.

MARLATT, G. A., BAER, J. S. & QUIGLEY, L. A.. Self-efficacy and addictive behavior. Em A. Bandura (Org.), **Self-efficacy in changing societies** (p. 289-315), Melbourne: Cambridge University Press, 1995.

MILES, M. B. & Huberman, A. M.. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

MONTEIRO, C. F. de S. et al. Perfil Sociodemográfico e Adesão ao Tratamento de Dependentes de Álcool em CAPSAD do Piauí. **Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, pp. 9095, jan-mar, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127718940013>>. Acesso em: 06 out. 2013.

MORAES, E. et al. Visita domiciliar no tratamento de pacientes dependentes de álcool: dados preliminares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 27, 347-348. 2005.

MOURA, M. A. P. et al. Motivação para o uso de álcool entre adultos Jovens em Terezina. **Revista Interdisciplinar do Centro Universitário UNINOVAFAPI**, Teresina, 2013. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/16>>. Acesso em: 10 out. 2013.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. OMS, Genebra, 2001.

ONU. **Relatório Mundial sobre Drogas, UNODC, Viena**, 2014. Disponível em: <<http://www.unodc.org/documents/lpobrazil/noticias/2014/06/WorldDrugReport2014webembargoed.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

ONU. **Relatórios sobre Drogas, UNODC, Viena**, 2014. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

PAPILA, D.; WENNDKOS, O. S. **Psicologia do Desenvolvimento Humano**. 10 ed. São Paulo: McGrawHill Interamericana do Brasil Ltda., 2009.

PASSOS, S.R.; & CAMACHO, L. A.. Factors associated with immediate dropout of outpatient treatment for drug abuse in Rio de Janeiro. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 35(11), 513-517, 2000.

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuário de álcool e outras drogas (CAPSad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.59, n.4, 2010.

POIARES, C. A. Contribuição para uma análise histórica da droga. **Revista TOXICODEPENDENCIAS**, ano 5, número 1, ® Edição 5PTT, PP 3 – 11, 1999.

RAISTRICK, D. et al. - Development of a Questionnaire to Measure Alcohol Dependence. **British Journal of Addiction**. 78: 89-95, 1983.

SOUZA, P. F. et al. **Dependentes químicos em tratamento: Um estudo sobre a motivação para a mudança**. Centro de Ciências Humanas Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/artigos/18692dependentesquimicos-em-tratamento-um-estudo-sobre-a-motivacao-para-mudanca>>. Acesso em: 07 out. 2013.

SOUZA, J. de; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: O ecomapa como recurso. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 2, São Paulo, jun 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000200017> Acesso em: 10 out. 2013.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. da S. **O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química**. **Psicologia Teoria e Prática**, v. 10, n.1, São Paulo, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872008000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2013.

YUNES, M. A M.; JULIANO, M. C. A Bioecologia do Desenvolvimento Humano. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852010000400010> Acesso em: 05 out. 2013.

ANEXO A – Questionário sobre uso de drogas preferidas

Quantas vezes você usou cada uma das drogas listadas abaixo no último mês? Marque os círculos, conforme a droga, a quantidade e as vezes que a usou:

	Não Usei	Usei de 1 a 2 vezes	Usei de 3 a 9 vezes	Usei de 10 a 20 vezes	Usei mais de 20 vezes	Tenho problemas pelo uso dessa droga	Essa é minha droga predileta
Álcool	0	0	0	0	0	0	0
Cocaína/crack	0	0	0	0	0	0	0
Maconha	0	0	0	0	0	0	0
Estimulantes (anfetaminas, etc.)	0	0	0	0	0	0	0
Alucinógenos (LSD, mescalina, etc.)	0	0	0	0	0	0	0
Tranquilizantes (diazepam, barbitúricos, etc.)	0	0	0	0	0	0	0
Analgésicos	0	0	0	0	0	0	0
Opiáceos (morfina, heroína, etc.)	0	0	0	0	0	0	0
Fenilciclidina (PCP, pó-de-anjo)	0	0	0	0	0	0	0
Inalantes, solventes	0	0	0	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO B – Short Alcohol Dependence Data (Raistrick et al., 1983 / Jorge & Masur, 1986)

1. As seguintes perguntas dizem respeito a uma série de fatores relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas (ou outras drogas). Por favor, leia cuidadosamente cada pergunta.
2. Responda as questões tendo em vista a época em que você estava bebendo (ou usando drogas).
3. Responda cada pergunta assinalando a resposta que lhe pareça mais apropriada.
4. Se você tiver alguma dificuldade peça ajuda.
5. Responda a todas as perguntas.

	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser apresentado aos usuários dos CAPS-AD Travessia e Amanhecer, participantes do estudo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Sujeito de pesquisa: adultos com 18 anos completos ou mais que apresentam problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e drogas) e que buscam atendimento e tratamento em CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas)

Local da pesquisa: CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) Amanhecer situado em Canoas - RS

Os senhores estão sendo convidados (a) a participar da pesquisa: **“Atenção aos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas em CAPS ad: Desenvolvimento de uma medida de motivação para a adesão ao tratamento”**, sob responsabilidade do(s) pesquisador(es) **Mestranda Luísa Emília Lucena Camargo**, Prof. Dr. José Carlos de Carvalho Leite, Prof. Me. Alessandro Cury Soares, do curso de **Mestrado Profissional de Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle- Unilasalle /Canoas**.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessárias para esclarecermos todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo deste estudo é examinar em adultos com problemas relacionados ao álcool e drogas o impacto das expectativas quanto ao tratamento e as chances de abandoná-lo; Aproximadamente mais **18** pessoas como os senhores, participarão do presente estudo.

Os senhores estão sendo convidados a participarem deste estudo porque **estaremos pesquisando os pacientes atendidos ou que buscam atendimento** no CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas). Buscamos com seu auxílio desenvolver também um questionário ser utilizado como medida da expectativa, ou seja, o paciente espera do tratamento e o que faria ele desistir ou permanecer em tratamento em CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas);

Caso os senhores concordarem em participar deste estudo, serão convidados a responder um questionário a serem coletadas informações que levar-nos-ão a definir e conhecer quais são seus objetivos e onde pretende chegar com o tratamento que busca no CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas). Este será um questionário individual,

baseado em roteiro sobre o tema do tratamento e do uso de substâncias psicoativas (álcool e drogas), que será acompanhado e gravado pelo entrevistador/pesquisador responsável pelo estudo;

A duração do estudo é estimada em 02 encontros com duração de 30 a 45 minutos cada um, tempo estimado para o procedimento de coleta de dados através da entrevista a ser realizada.

O tempo que precisará dispor para responder ao questionário poderá lhe acarretar certo desconforto, mas isto poderá ser tratado e discutido com o pesquisador responsável, caso ocorra. Informamos também que sua participação na pesquisa não lhe acarretará custo financeiro algum.

Também poderá lhe trazer eventual desconforto, algum conteúdo desenvolvido durante a entrevista. Neste caso, o pesquisador responsável, juntamente com um professor pesquisador e um técnico do serviço lhe atenderá, a fim de auxiliar a resolver e esclarecer dúvidas. O desconforto que talvez surja são de ordem pessoal ou da proposta da pesquisa e outros questionamentos, que podem ser perfeitamente esclarecidos com uma conversa franca e pontual. Os riscos possíveis podem ser de não entendimento do conteúdo das questões colocadas, mas que podem ser explicadas de forma simples e esclarecedora pela pesquisadora responsável.

Não há previsão de benefício imediato decorrente de sua participação neste estudo. Entretanto há previsão de que os resultados do estudo ajudem na compreensão de como funciona a motivação, o impulso e o desejo para o tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Isto permitirá que sejam disponibilizadas informações, que melhorem ainda mais a adesão ao tratamento, ou seja, iniciar e dar continuidade ao tratamento das pessoas que buscam ou desejam este tipo de auxílio nos serviços de saúde.

Os senhores não terão despesas pessoais em qualquer fase deste estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de danos diretamente causados por procedimentos da pesquisa, será garantido aos senhores acompanhamento técnico de membros da equipe da pesquisa os quais estarão a sua disposição para prestar apoio durante período de tempo determinado.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, os senhores somente participam se quiserem. Podem desistir da participação em qualquer momento, sem que isto acarrete em multa nem outra penalidade qualquer. Eventual desistência não interferirá no seu adequado tratamento hoje ocorrente.

Se for verificada a necessidade de suspender, interromper ou cancelar o estudo antes do previsto por questões técnicas, os motivos para a descontinuação serão informados ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição envolvida no estudo. O encerramento se dará apenas após autorização do CEP. Os senhores serão imediatamente informados em caso de descontinuação.

Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participar do estudo, serão fornecidas aos senhores, por escrito. Decidindo continuar neste estudo, terão que assinar um novo (revisado) termo de consentimento para documentar seus conhecimentos sobre novas informações.

Todas as informações colhidas e/ou resultados serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) de sua identidade a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados.

A identificação dos participantes estará em sigilo. Os dados obtidos através do questionário e das gravações das entrevistas serão guardados em arquivo junto à pesquisadora responsável e, apenas a pesquisadora responsável e o professor orientador terão acesso aos dados. Os documentos serão guardados com a pesquisadora responsável por cinco anos, logo após incinerados. As informações do estudo serão divulgadas em reunião de apresentação dos resultados de forma coletiva, mantendo o anonimato das pessoas estudadas. Os resultados desta pesquisa serão disponibilizados para publicação, sendo seus resultados favoráveis ou não, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Em qualquer etapa do estudo os senhores terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis pelo estudo nesta instituição são a mestranda Luísa Emília Lucena Camargo, **email:** a.socialluisaemilia@gmail.com, para qualquer informação, os senhores poderão entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (51) 98851960 ou com a Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário Unilasalle – Unilasalle/ Canoas, pelo Telefone (51) 3476-8500, em horário comercial de segunda a sexta-feira exceto feriados. O Comitê de Ética em Pesquisa de referência é do UNILASALLE, e-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, os senhores poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Mãe de Deus, através do telefone (51) 3230-6087 em horário comercial ou pelo e-mail cep.ucmd@maededeus.com.br.

Concordo em participar do estudo intitulado: **“Atenção aos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas em CAPS AD: desenvolvimento de uma medida de motivação para a adesão ao tratamento”**,

Ficaram claros para mim quais são os OBJETIVOS do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo ou represália de qualquer natureza.

Autorizo a utilização dos meus registros médicos (prontuário médico) pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo CEP da instituição.

Estou ciente que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela pessoa que realizou a discussão sobre o termo de consentimento e quando aplicável pela testemunha e/ou representante legal.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Assinatura do voluntário

Data:

Nome do voluntário (letra de forma)

Data:

Luísa Emília Lucena Camargo - Mestranda

Data:

Prof. Dr. José Carlos de Carvalho Leite

Data:

Prof. Me. Alessandro Cury Soares

Data: