
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR – SESu/MEC
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA A
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Diagnóstico Situacional e Propostas de Intervenções Baseadas em
Evidências para um CAPS AD III do Distrito Federal**

Isabela Borges Botelho
Orientadora: Prof. Dra. Lisia von Diemen

Porto Alegre, dezembro de 2017

ISABELA BORGES BOTELHO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Diagnóstico Situacional e Propostas de Intervenções Baseadas em Evidências para um CAPS AD III do Distrito Federal

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e outras Drogas

Orientadora: Prof. Dra. Lisia von Diemen

Porto Alegre, dezembro de 2017

Borges Botelho, Isabela
Diagnóstico Situacional e Propostas de Intervenções
Baseadas em Evidências para um CAPS AD III do
Distrito Federal / Isabela Borges Botelho. -- 2017.
64 f.
Orientador: Lisia von Diemen.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto
Alegre, Programa de Pós-Graduação em Álcool e Outras
Drogas, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Saúde baseada em evidência. 2. CAPS AD. 3.
Dependência Química. I. von Diemen, Lisia, orient.
II. Título.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob orientação da Prof. Dra. Lisia von Diemen

Aprovada por:

Prof. Dra. Lisia von Diemen – MPAD/HCPA
Presidente

Dra. Anne Orgle Sordi – HCPA
Membro

Felipe Ornell
Membro Externo

Márcio Silva – HCPA
Membro

*Dedico este trabalho a todos os meus
amigos e colegas trabalhadores da
Saúde Mental, em especial aos do CAPS
AD III Rodoviária.*

AGRADECIMENTOS

Foram muitas pessoas que contribuíram de alguma maneira na realização desta dissertação de mestrado. E uso este humilde pedaço de folha para expressar toda a minha gratidão:

A Trindade Santa, Pai, filho e Espírito Santo, A Nossa Senhora e a todos os santos e anjos que intercederam por mim nestes dois anos tão importantes e difíceis.

A minha família, especialmente meus pais por sempre incentivarem os estudos e torcerem por mim e pelas minhas vitórias. Minhas irmãs pela força para que eu não desistisse.

Ao meu esposo e amigo, que me incentivou a iniciar e a concluir o mestrado, e pela compreensão por todas as semanas que estive ausente.

A todos os meus amigos do CAPS AD Rodoviária, que estiveram ao meu lado me incentivando, ajudando e torcendo por mim.

A minha orientadora Lísia von Diemen, por me receber como orientanda, pela paciência e conhecimentos repassados.

A Coordenadora do Mestrado Carla Dalbosco, por sempre me ajudar prontamente sempre que pedi.

A secretária Melissa Huf, pelo carinho e prontidão em me ajudar.

Aos mestrandos e amigos da 3ª Turma de Mestrado, pelos desabafos, trocas de conhecimentos e momentos vividos juntos.

As minhas amigas, colegas de turma e colegas de quarto Cássia e Ju, por dividirem tantos momentos importantes e únicos comigo.

A todos os professores, pelos conhecimentos transmitidos.

A todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para a finalização deste trabalho, mais uma vez, muito obrigada!!!

RESUMO

As demandas em saúde mental, incluindo o uso de drogas, exigem constantes atualizações dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Desta forma, o objetivo deste estudo foi conhecer as estratégias utilizadas na assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas de um CAPS AD III no Distrito Federal e as possibilidades de aplicação do enfoque da saúde baseada em evidências. Foi realizado em duas etapas. A primeira etapa tratou-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo Estudo de Caso, no qual foi realizado um diagnóstico situacional. A coleta dos dados deu-se através de três fontes de informação: entrevista semi-estruturada com os profissionais, com questões abertas sobre os atendimentos individuais, acolhimentos e grupos terapêuticos; observação participante e análise documental. Foram entrevistados 21 servidores da equipe técnica. A média do tempo de experiência na área em questão foi de 4,4 anos. O CAPS localiza-se em uma região de uso significativo de drogas. Dispõem de 22 grupos/oficina. Das atividades desenvolvidas, seis apresentam um público significativo, porém são coordenadas apenas por um profissional. Portanto, em períodos de férias e licenças do servidor, as atividades são interrompidas. Observado que algumas atividades não seguem uma estrutura ou manual, sendo realizadas de acordo com a formação profissional do servidor. Foi relatado também que a falta de recursos materiais para realização dos grupos e oficinas, telefone, internet, prontuário eletrônico inviabiliza e/ou dificulta o andamento dos atendimentos e articulações em rede. Além da rede de abrangência do CAPS ser extensa, o número de abrigos (rede social) ainda é escasso o que, em conjunto com a dificuldade econômica dos pacientes, os impede de terem um maior acesso ao serviço. Outro problema relatado é a desmotivação dos servidores e falta de supervisão adequada. Na segunda etapa, foi realizado uma pesquisa bibliográfica baseado em evidência identificando as técnicas de intervenção mais efetivas e eficazes para o tratamento de pacientes em uso de SPA, que ainda não são disponibilizados no CAPS e são passíveis de serem implementadas no serviço. Aquelas que já são utilizadas foi realizado uma comparação com os estudos baseados em evidência a fim de verificar o que poderia ser melhorado. As técnicas foram descritas conforme público (adultos, adolescentes, família). Conclui-se que na estrutura de um CAPS AD pode-se vislumbrar mudanças nas práticas assistenciais realizadas e novas práticas a serem inseridas através dos avanços obtidos nas técnicas de tratamento baseadas em evidências.

Palavras-chave: Saúde baseada em evidência, CAPS AD, Dependência química

ABSTRACT

Demands on mental health, including drug use, require constant updates from the Centers for Psychosocial Care Alcohol and Other Drugs (CAPS AD). This way, the objective of this study was to know the strategies used in the assistance provided to users of alcohol and other drugs of a CAPS AD III in the Federal District and the possibilities of applying the evidence-based approach to health. It was carried out in two stages: the first stage was a qualitative research of the Case Study type, in which a situational diagnosis was made. The data were collected through three sources of information: semi-structured interviews with professionals with open-ended questions about individual care, nursing and therapeutic groups; participant observation and documentary analysis. Twenty one technical staff were interviewed. The average experience time in the area in question was 4.4 years. CAPS is located in a region of significant drug use. They have 22 groups / workshop. From the activities developed, six have a significant audience, but are conducted only by one professional. Therefore, during vacation periods and server licenses, activities are stopped. Note that some activities do not follow a structure or manual, being carried out according to the professional training of the server. It was also reported that the lack of material resources to carry out the groups and workshops, telephone, internet, electronic medical records makes it difficult and / or makes difficult the progress of the consultations and networking. In addition to the extensive CAPS network, the number of shelters (social network) is still scarce summing up the economic difficulty of the patients prevent them from having greater access to the service. Another problem reported is server demotivation and lack of proper supervision. In the second stage, an evidence-based bibliographic research was carried out, identifying the most effective intervention techniques for the treatment of patients using SPA, which are not yet available in CAPS and are likely to be implemented in the service. Those ones which are already used have been compared with evidence-based studies in order to verify what could be improved. The techniques were described as public (adults, adolescents, family). It is concluded that in the structure of a CAPS AD, it can be glimpsed changes in the care practices performed and also new practices to be inserted through the advances obtained in the treatment techniques using evidence based health as a guideline.

Key words: Evidence-based health, CAPS AD, Chemical dependence

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo - “Oxford Centre for Evidence-based Medicine”	16
Tabela 2 - Categorias.....	24
Tabela 3 - Caracterização dos grupos/oficinas	26
Tabela 4 - Nível de Evidência segundo o referencial teórico citado pelo entrevistado	39
Tabela 5 - Terapias baseadas em evidências para adultos/ família	41
Tabela 6 - Terapias baseadas em evidências para adolescentes.....	44
Tabela 7 - Terapia baseada em evidência para famílias de adolescentes.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS

Estratégia Saúde da Família (ESF)

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Redução de Danos (RD)

Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD)

Substâncias Psicoativas (SPA)

Prática Baseada em Evidências (PBE)

Medicina Baseada em Evidências (MBE)

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Política Nacional sobre Drogas (PNAD)

Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)

Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais (TCUDI)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Plano Terapêutico Singular (PTS)

Organização não governamental (ONG)

Intervenção Breve (IB)

Terapia Familiar Breve (TFB)

Terapia Multissistêmica (TMS)

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)

Terapia Motivacional (TM)

Manejo de Contingência (MC)

Prevenção de Recaídas (PR)

Alcoólicos Anônimos (AA)

Narcóticos Anônimos (NA)

Manejo da Raiva (MR)

Abordagem de reforço da comunidade (Adolescente) - (ARC -A)

Terapia familiar multidimensional (TFMD)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1. O surgimento dos CAPS AD	12
2.2. CAPS AD: modalidades e objetivos	13
2.3. Saúde Baseada em Evidências	14
2.4. CAPS AD X Saúde Baseada em Evidências	17
3. OBJETIVOS	18
3.1. Objetivo Geral	18
3.2. Objetivos Específicos	18
4. MÉTODOS	19
4.1. Primeira Etapa	19
4.1.1. Delineamento da pesquisa	19
4.1.2. Local da pesquisa	19
4.1.3. Sujeitos da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão	20
4.1.4. Coleta e análise dos dados	21
4.2. Segunda Etapa	22
4.3. Aspectos Éticos	23
5. RESULTADOS/ DISCUSSÃO	24
5.1. Primeira Etapa: Diagnóstico Situacional	24
5.2. Segunda Etapa: Revisão da Literatura Baseada em Evidência e Propostas	33
5.2.1. Tratamento baseado em evidências x Tratamentos existentes	33
5.2.2. Tratamento baseado em evidências para adolescentes	43
6. CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS	59
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	60
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DE COPARTICIPAÇÃO/ CONCORDÂNCIA	62
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS	63

1. INTRODUÇÃO

O Brasil, considerado o maior país da América Latina, apresenta hoje uma população de aproximadamente 206 milhões de habitantes. As diferenças regionais existentes são marcantes, com peculiaridades históricas e culturais que interferem na educação, saúde, práticas religiosas, contribuindo muitas vezes para o consumo de alguns tipos de drogas específicas (1).

O uso de drogas é um acontecimento muito comum na humanidade sendo considerado um grave problema de saúde pública. Na Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, obteve-se uma estimativa de pessoas em uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa em 13,7% e uso de tabaco em 15%, consideradas drogas lícitas (2).

Algumas ações foram realizadas com o objetivo de solucionar problemas relacionados ao uso das drogas. Uma ação que teve impacto nesta temática foi a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que iniciou na década de 70 na tentativa de substituição dos manicômios e na realização de mudanças nos valores, sejam eles culturais ou sociais, nas práticas, saberes, no cotidiano da vida das instituições e das relações interpessoais (3).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira obteve avanços conforme demonstrado no Relatório de Gestão 2007/2010 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (4). Percebe-se a redução do número de leitos hospitalares de longa permanência, a construção de estratégias como as Residências Terapêuticas, consultórios de rua, integração da rede à Estratégia Saúde da Família (ESF), estabelecimento de políticas de geração de renda, e criação de serviços substitutivos como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)(5)(6).

O Ministério da Saúde, em 2003, criou oficialmente a política de assistência ao uso indevido de álcool e outras drogas no Brasil, sendo instituída a Redução de Danos (RD) como diretriz clínico-política e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) como seu dispositivo assistencial (7).

O CAPS AD é uma unidade de saúde que realiza atendimento a pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA), e seus familiares. Tem como foco primordial na assistência a atenção comunitária, enfatizando a reabilitação psicossocial (7). Diante do crescimento das demandas em saúde mental e o aumento da sua complexidade, exige-se constantes atualizações, formas de mobilização, articulação política e de gestão diferentes e a construção de estratégias inovadoras de assistência (8).

Levando em consideração a necessidade de se melhorar a qualidade da assistência nas instituições de saúde e diminuir os custos operacionais surge, na década de 1980, no Canadá, a

Prática Baseada em Evidências (PBE). É considerada uma abordagem que define o problema, busca e analisa de forma crítica as evidências disponíveis, introduz as evidências na prática e avalia os resultados encontrados (9).

A Medicina Baseada em Evidências (MBE), como também é chamada esta prática, utiliza as melhores evidências científicas disponíveis para a tomada de decisão na prática clínica (10). Este tipo de prática reúne informações confiáveis e pertinentes ao analisar sistematicamente e implantar os resultados da investigação em áreas clínicas, gerenciamento e políticas (11).

As ações em serviços de saúde como os CAPS AD, não devem ser realizadas conforme intuição ou observações não sistematizadas. Ao persistir em intervenções sem impactos, que se baseiam, muitas vezes, em reforçar a estigmatização e a moralização, e em ações que não trazem benefícios às pessoas, não mudarão os indicadores nos campos da saúde e social (8). O contexto vivido e as peculiaridades das populações atendidas, também deve ser considerado. O cuidado sendo prestado norteando-se na MBE e embasando sua prática na melhor evidência disponível, as intervenções tornam-se mais concretas. Dessa maneira, seus resultados subsidiam a melhoria da assistência e do julgamento clínico dos trabalhadores em relação aos pacientes (12).

No Distrito Federal, o CAPS AD pioneiro foi inaugurado em 2004, sendo considerado um serviço relativamente novo (13). Até o momento, foram desenvolvidas poucas pesquisas nestes dispositivos. No cotidiano de trabalho, percebe-se que muitas ações são estruturadas de acordo com a linha teórica de formação de cada profissional e não pelo tratamento comprovadamente mais eficaz. A ausência de diretrizes definidas sobre os tratamentos ofertados nos CAPS AD possibilita que funcionem com programas terapêuticos diferentes, sendo às vezes pouco adequadas para determinadas situações, não oferecendo assim o melhor para o usuário.

Desta forma, torna-se de extrema relevância conhecer as condutas terapêuticas utilizadas no CAPS AD III para que se possa identificar ações mais eficientes e eficazes para cada condição encontrada. A identificação destes problemas pode contribuir para a melhoria da assistência prestada, subsidiando a atuação dos profissionais para agirem com responsabilidade e segurança no atendimento a esses usuários de acordo com intervenções em saúde baseadas em evidência e que estejam de acordo com a realidade e contexto da instituição.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. O surgimento dos CAPS AD

A Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se nos anos 70 com o Movimento Sanitário. Constituído por trabalhadores, intelectuais, sindicalistas e outras pessoas da sociedade civil, teve como objetivo principal mudanças e questionamentos a respeito das políticas públicas de atenção à saúde no Brasil (3). Movimento esse estimulado pela relevância quanto aos direitos humanos em relação a luta contra a ditadura militar (14). Inspirado no modelo italiano, inicia-se o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais (3).

Desta forma, a Política de Saúde Mental no Brasil passa a se destacar pela redução dos leitos psiquiátricos de longa permanência, estimulando que as internações psiquiátricas, se necessário, sejam em hospitais gerais e com curta duração. Visa também à construção de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes e ações que permitam a reabilitação psicossocial sendo inserido no trabalho, na cultura e lazer (15).

A partir deste ponto foram aprovadas leis nos diversos estados do país, começando em alguns municípios atos de desinstitucionalização dos usuários nos hospitais/manicômios. Concomitantemente, surgem os serviços substitutivos como os CAPS, a fim de reinserir o sujeito na sociedade, sendo o primeiro em 1987, na cidade de São Paulo (16) (14).

Os CAPS são serviços estratégicos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e é com o surgimento destas unidades que se percebe a possibilidade de organizar uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (3). O CAPS tem como objetivo primordial prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações inter setoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (3).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS AD (14).

2.2. CAPS AD: modalidades e objetivos

Os CAPS AD oferecem atendimento diário para usuários de álcool e outras drogas, disponibilizando cuidados personalizados de natureza intensiva, semi-intensiva e não intensiva. São realizados atendimentos aos familiares, oferecem condições para desintoxicação de regime ambulatorial ou o repouso de usuários que necessitem de cuidados, além da promoção de estratégias de ações no âmbito social, de saúde, educação e trabalho para enfrentamento de problemas e melhora da qualidade de vida, dentre outras ações (7).

Os CAPS AD podem ser organizados em duas modalidades, que se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros (17):

- CAPS AD II – Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com horário de funcionamento das 8 às 18h, de segunda a sexta-feira, porém existem algumas exceções com horário até as 21 horas.
- CAPS AD III – Municípios com população que excede 200.000 habitantes, funciona 24 horas, todos os dias da semana (18).

A Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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). Com esta portaria, surgem os CAPS AD III (19).

Conforme Portaria nº 384 de 05 de julho de 2005, as cidades com população menor que 70.000 habitantes, podem utilizar também os CAPS I, conhecidos como CAPS Geral, para atendimento aos usuários com transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas (20).

É de extrema importância ressaltar que os CAPS AD são responsáveis apenas pelos casos mais graves e de maior complexidade e não por qualquer pessoa que tenha problemas com SPA. Os casos de menor complexidade devem ser atendidos pela Atenção Básica, com o apoio do CAPS AD, se necessário. Os CAPS apresentam função estratégica para articular, prestar assistência e regular a rede de saúde (17). A RAPS é composta não apenas pelos CAPS, mas também pelas Estratégias de Saúde da Família, pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, pelos Consultórios na Rua, pelos Centros de Convivência e Cultura, Comunidades

Terapêuticas, Residências Terapêuticas, Hospitais Gerais, Unidades de Pronto Atendimento (21). Portanto, é de suma importância a articulação correta de toda a rede de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, na 12ª edição da Saúde Mental em Dados, o Brasil apresentou até o final de 2014, 309 CAPS AD II e 69 CAPS AD III. Ainda conforme esse informativo do Ministério, o Distrito Federal apresenta penas 0,46 de cobertura de CAPS para cada 100 mil habitantes por ano, estando entre as quatro capitais com menor cobertura na Saúde Mental (22).

2.3. Saúde Baseada em Evidências

A MBE surgiu como um movimento médico na década de 90, propondo que as condutas praticadas fossem integradas aos estudos eficientes da literatura científica (23). Considerado um novo paradigma na ciência, também conhecida como Saúde Baseada em Evidências, surge para dar suporte aos serviços de saúde a fim de melhorar a qualidade e diminuir os custos (24). Utiliza pesquisas científicas existentes e disponíveis e que tenham validade para inserir os resultados na prática clínica, de acordo com uma hierarquia entre os diferentes delineamentos e qualidade dos estudos (10). O tratamento escolhido é desenvolvido conforme as evidências mais consistentes e não apenas no que o profissional da saúde acredita ser o melhor (24).

Evidências científicas são essenciais em cuidados gerais de saúde, na formulação de políticas públicas e na resolução de conflitos. Portanto este tipo de prática reúne informações confiáveis e pertinentes ao analisar sistematicamente e implantar os resultados da investigação em áreas clínicas, gerenciamento e políticas (11).

A PBE é definida com base em quatro passos básicos e de suma importância:(9)

- Reconhecer o problema e desenvolver uma questão clínica estruturada no paciente;
- Revisar a literatura para obter a melhor evidência disponível a fim de responder a pergunta;
- Avaliar de forma crítica todas as evidências disponíveis;
- Integrar os principais resultados para facilitar o processo de decisão que determina o melhor tratamento para cada usuário do serviço.

Ao buscar na literatura, é importante destacar que as condutas baseadas em evidência devem seguir os níveis de evidência e o grau de recomendação de cada intervenção (25). A Tabela 1 apresenta as recomendações para os níveis de evidência científica conforme *Oxford Center for Evidence Based Medicine* (26).

Esquematizar a evidência científica apenas, não é suficiente para decisões corretas. Os profissionais devem estar sempre atentos aos pacientes para avaliarem os riscos e benefícios relacionados a qualquer tratamento escolhido (11). A PBE exige habilidades que não fazem parte da formação profissional, incluindo precisão ao definir o problema e identificação das informações mais importantes que subsidiarão a resolução do problema. Assim, ao realizar uma busca eficiente da literatura, deverão ser selecionados os estudos com maior relevância. Porém, conhecer a fisiopatologia e/ou o cenário a que será aplicado é de grande importância para avaliar se os resultados das pesquisas poderão ser aplicados ou não (23).

As informações na área da saúde são complexas e numerosas, e concomitante a isso percebe-se que a falta de tempo dos profissionais têm demonstrado a necessidade da ampliação e melhoria de processos que proporcionem caminhos reais e baseados em evidências para se seguir (27). Muitas vezes a avaliação e inserção de novas propostas em um serviço é percebido como penalidade pelas pessoas, porém é conhecido que é de grande relevância evidências bem estabelecidas para a realização de planos e metas ideais na atuação dos profissionais(28). A PBE não garante que todos os resultados serão positivos, mas reduz consideravelmente a probabilidade de riscos, aumentando a qualidade do atendimento oferecido pelo profissional (29).

Tabela 1 - Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo - “Oxford Centre for Evidence-based Medicine”

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – Prevenção – Etiologia	Prognóstico	Diagnóstico	Diagnóstico Diferencial/ Prevalência de Sintomas
A	1A	Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados	Revisão Sistemática de Coortes desde o início da doença. Critério Prognóstico validado em diversas populações.	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos nível 1. Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos.	Revisão sistemática de estudos de coorte (contemporânea ou prospectiva)
	1B	Ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito	Coorte desde o início da doença, com perda < 20%. Critério prognóstico validado em uma única população.	Coorte validada, com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico.	Estudo de coorte com poucas perdas
	1C	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”	Série de casos do tipo “tudo ou nada”	Sensibilidade e especificidade próximas de 100%	Série de casos do tipo “tudo ou nada”
B	2A	Revisão Sistemática de Estudos de Coorte	Revisão Sistemática de coortes históricas (retrospectivas) ou de seguimento de casos não tratados de grupo controle de ensaio clínico randomizado	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >2. Revisão Sistemática de estudos sobre diagnóstico diferencial de nível >2	Revisão Sistemática de estudos sobre diagnóstico diferencial de nível >2
	2B	Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de menor qualidade).	Estudo de coorte histórica, seguimento de pacientes não tratados de grupo de controle de ensaio clínico randomizado. Prognóstico derivado ou validado somente de amostras fragmentadas	Coorte exploratória com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados	Estudo de coorte histórica ou com seguimento de casos comprometido (número grande de perdas)
	2C	Observação de resultados terapêuticos (outcomes research). Estudo Ecológico	Observação de Evoluções Clínicas (outcomes research)	-----	Estudo Ecológico
	3A	Revisão Sistemática de Estudos Caso-Controle	-----	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >3B	Revisão Sistemática de estudos de nível >3B
	3B	Estudo Caso-Controle	-----	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente	Coorte com seleção não consecutiva de casos, ou população de estudo muito limitada
C	4	Relato de Casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade)	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade)	Estudo de caso-controle ou padrão de referência pobre ou não independente	Série de casos, ou padrão de referência superado
D	5	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)			

2.4. CAPS AD X Saúde Baseada em Evidências

O cuidado com a saúde mental no Brasil é resultante de um movimento que envolve diversas classes de pessoas que buscam uma melhor qualidade de atendimentos aos usuários. Com os avanços da reforma psiquiátrica, em 2005, foi aprovada a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Entre as portarias que compõe a PNAD, cabe ressaltar a Portaria nº3088, de 26 de dezembro de 2011, a qual regulamenta a RAPS. O CAPS AD é um dos serviços estratégicos da atenção psicossocial, sendo o centro responsável pela articulação da rede de atenção aos usuários (15).

Os objetivos principais dos CAPS AD estão voltados a dois tipos de ações: RD e inserção social. Para que haja um bom desempenho dessas ações, os profissionais necessitam de habilidades e competências não apenas com relação a sua formação profissional, mas também a conhecimentos de gestão, produção de atividades com evidências científica, trabalho em rede, garantindo cuidado e segurança ao usuário de forma eficaz e efetiva (30).

Não existem protocolos e manuais orientando passo a passo as atividades realizadas em um CAPS AD. Os recursos terapêuticos existentes e estipulado pela PNAD são atendimentos individuais e em grupos, atendimentos aos familiares, atividades comunitárias, assembleias, orientações, tratamento medicamentoso, atendimentos psicoterápicos, visitas domiciliares, desintoxicação, atividades de suporte social (31).

Buscando o aprimoramento desses recursos terapêuticos, alguns cursos são ofertados para a capacitação dos profissionais, no sentido de orienta-los sobre intervenções baseadas em evidências, como: Intervenção Breve, Psicoterapia - Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), Grupos Operativos, RD (32)(17) (7)(14). No entanto, essas intervenções são realizadas em cenários muito diferentes dos serviços substitutivos existentes no Brasil, como os CAPS (30).

Os CAPS AD são serviços novos, com poucos estudos existentes e com tratamentos não padronizados, dificultando a apreciação da efetividade das ações realizadas, bem como um diagnóstico situacional do que pode ser modificado ou melhorado (30)(33). É de suma importância, o envolvimento dos profissionais a fim de realizar a atividade com evidência científica e registrá-las corretamente. Assim, posteriormente, há a possibilidade de avaliação da eficácia dessas atividades (31).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Conhecer e avaliar as estratégias utilizadas na assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas de um CAPS AD III do Distrito Federal e as possibilidades de aplicação do enfoque da saúde baseada em evidências.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o CAPS AD III conforme estratégias de acolhimento, atendimentos individuais e grupos terapêuticos;
- Identificar na literatura intervenções baseadas em evidências e compará-las as indicadas nas modalidades de tratamento proposta pelo serviço;
- Desenvolver propostas de alterações baseadas em evidência, possível de ser implementado de acordo com a realidade e contexto da instituição.

4. MÉTODO

O presente estudo foi realizado em duas etapas distintas:

- Estudo de caso do CAPS AD III/ diagnóstico situacional da instituição
- Revisão da literatura baseada em evidência/ propostas de melhorias da assistência.

4.1. Primeira Etapa

4.1.1. Delineamento da pesquisa

Tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo Estudo de Caso. A pesquisa qualitativa aborda todos os sentidos, ensejos, vontades, crenças, valores e atitudes correspondendo a um espaço mais profundo que não podem ser aferidos com números (34). A preocupação com números neste tipo de pesquisa não é preocupante, mas sim a compreensão do indivíduo, dos grupos ou da organização, ou seja, os fenômenos são estudados de acordo com o significado que cada pessoa atribui a determinado assunto (35).

O Estudo de Caso teve origem na pesquisa médica e psicológica, porém constitui hoje uma das abordagens mais utilizadas no campo das Ciências Sociais. Através deste estudo é realizado uma análise de um caso, seja ele individual, de uma organização ou de uma comunidade, com a preservação dos aspectos holísticos (36).

Yin destaca que o estudo de caso pode ser realizado conforme quatro tipos de projetos: caso único holístico, caso único incorporado, caso múltiplo holístico e caso múltiplo incorporado (37). O caso a ser estudado nesta pesquisa foi do tipo único holístico, sendo a unidade em análise o CAPS AD III a fim de conhecer a situação atual vivida nesta instituição de saúde.

4.1.2. Local da pesquisa

O estudo foi realizado no CAPS AD III Rodoviária. Localizada em Brasília, a instituição escolhida para estudo foi a primeira nesta modalidade no Distrito Federal. Encontrase na região central da Capital do Brasil e é a instituição onde a pesquisadora trabalha, o que facilitou o diagnóstico devido a conhecer melhor este ambiente.

O serviço funciona 24 horas e conta com 12 leitos de Acolhimento Noturno, os quais o usuário pode permanecer por até 14 dias em um prazo de um mês. São desenvolvidas atividades, dentre elas: Grupos terapêuticos, atendimentos ambulatoriais individuais e/ou em grupo e desintoxicação leve a moderada, visitas domiciliares e institucionais, dentre outras.

4.1.3. Sujeitos da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão

Foram convidados para participar da entrevista todos os profissionais técnicos do CAPS AD III. Este serviço dispõe de:

- 10 Enfermeiros
- 18 Técnicos de Enfermagem
- 03 Terapeutas Ocupacionais
- 04 Assistentes Sociais
- 02 Psiquiatras
- 02 Farmacêuticos
- 09 Psicólogos
- 01 Médica Clínica

Foi critério de inclusão participar de grupo terapêutico e/ou atendimento individual e ser servidor público. Aqueles servidores que estavam gozando de alguma licença, independentemente de sua natureza, foram excluídos da pesquisa. Participaram da pesquisa, 21 sujeitos, que atuam em diferentes atividades no CAPS AD, sendo possível apresentar as diversas perspectivas destes elementos chave sobre as intervenções realizadas. Ressalta-se que foi utilizado o critério de saturação dos dados para a interrupção das entrevistas.

4.1.4. Coleta e análise dos dados

A coleta dos dados deu-se pela obtenção de detalhes do processo terapêutico através de três fontes de informação: entrevista semiestruturadas como fonte primária e como fontes secundárias foram utilizadas a observação em campo e análise documental.

A entrevista semiestruturada é uma combinação de perguntas abertas e fechadas, de maneira que o entrevistado tem liberdade para expor suas ideias, podendo falar sobre o tema sem prender-se a questão especificamente (34) (38). Foi utilizado um questionário (APÊNDICE A) com perguntas e/ou assertivas que nortearam quanto a: acolhimento, atendimentos individuais, grupos terapêuticos, técnicas e manuais utilizados. Realizadas pela própria pesquisadora e agendadas em horário e local definidos pelo entrevistado, com exceção do horário de trabalho. As entrevistas foram gravadas e ao término salvas em pasta no computador com identificação por código, data e local. É importante ressaltar, que se teve o cuidado de todas as atividades existentes serem contempladas nas entrevistas, com exceção daquelas em que o servidor/coordenador estava em algum tipo de licença. A transcrição das entrevistas foi realizada pela pesquisadora a fim de evitar erros relacionados a sons, ênfases fonéticas e outros detalhes presentes nas gravações.

A observação em campo ajuda o pesquisador a identificar determinadas situações e aspectos existentes na realidade vivida (38). Utiliza os sentidos como ver, ouvir e analisar para entender o que acontece no ambiente, obrigando o pesquisador a estar mais próximo ao objeto de estudo (36).

Concomitante as demais fontes, foi realizado a análise documental a fim de contextualizar a instituição a ser pesquisada. Esta análise possibilita organizar os dados sobre determinado serviço, que poderá utilizar para pesquisas futuras, visto que demonstra um cenário sobre o fundamento teórico-técnico ao qual o serviço está orientado (39). Realizada conforme achados em documentos, sendo estes, atualizados ou retrospectivos, considerados cientificamente fidedignos e de acordo com o objetivo do estudo. Esses documentos foram atas de reuniões, dados de perfil sociodemográfico e de saúde.

Após a obtenção dos dados, foi realizado um diagnóstico da situação apresentada a fim de identificar o que pode ser mantido, melhorado e/ou adaptado. Este diagnóstico foi uma análise holística dos dados, com uma estrutura descritiva de todas as informações relevantes do caso (37), conforme as características do material coletado durante a pesquisa no CAPS AD III seguindo o roteiro previamente estabelecido. Realizado uma descrição de cada grupo

separadamente. Construído uma tabela, onde foram inseridos os públicos alvo identificados, técnicas utilizadas para cada público, o tipo de intervenção estruturada.

4.2. Segunda Etapa

Nesta etapa, através do diagnóstico situacional com consequente identificação do público alvo de cada grupo ou atendimento individual foi realizado um levantamento bibliográfico baseados em evidência dos tratamentos mais indicados. Realizado por meio de consultas em base de dados com relevância significativa para a produção do conhecimento na área da saúde como Pubmed, SciELO, Lilacs e PsycInfo e foram consideradas as revisões sistemáticas, metanálises ou a melhor evidência disponível na ausência dos dois primeiros, conforme Tabela 1.

Para coleta, agrupamento e análise dos estudos foi elaborado uma ficha na qual incluiu a referência do trabalho, procedência, categoria a que se enquadra os estudos, objetivos, metodologia e resultados das pesquisas. As fichas foram compiladas com números, identificando o nome do autor da coleta das mesmas.

Ao final, foram identificadas as técnicas de intervenção mais efetivas e eficazes para o tratamento de pacientes em uso de SPA, que ainda não são disponibilizados no CAPS e são passíveis de serem implementadas no serviço. Aquelas que já são utilizadas foi realizado uma análise da descrição dos grupos e comparação com os estudos baseados em evidência a fim de verificar o que poderia ser melhorado.

Será apresentado de forma oral e escrita aos gestores do CAPS AD III Rodoviária e posteriormente a equipe técnica. Após a apresentação do estudo, será realizado uma roda de discussão na qual serão levantadas demandas, dificuldades encontradas nas propostas e sugestões a respeito do tema. Será agendado um novo momento para elaboração de protocolos de atendimento e alterações de fluxo e grupos. Posteriormente, serão realizadas capacitações para preparação dos profissionais na utilização dos protocolos.

Caso haja boa aceitação das propostas e utilização das mesmas no ambiente de trabalho, após seis meses será realizado uma nova reunião para avaliação, discussão de novas demandas e formulação de sugestões de melhorias e/ou adaptações.

4.3. Aspectos Éticos

Atendendo à legislação nacional vigente, no que se refere às normas de pesquisas em seres humanos, definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução nº 466/2012, o projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) via Plataforma Brasil, ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA para registro e apreciação e ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) (40). Aprovado pelos comitês do HCPA (CAAE: 61892716.6.0000.5327) e da FEPECS (CAAE: 61892716.6.3001.5553), respectivamente, em 09 de dezembro de 2016 e 06 de fevereiro de 2017.

O Termo de Anuência de Coparticipação/ Concordância da instituição para coleta dos dados e realização da pesquisa foi solicitada e anexada a este trabalho (ANEXO A).

O Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais (TCUDI) foi assinado pelas pesquisadoras (ANEXO B). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi entregue aos participantes da pesquisa para ciência e concordância de sua participação.

5. RESULTADOS/ DISCUSSÃO

5.1.Primeira Etapa: Diagnóstico Situacional

O CAPS AD III Rodoviária iniciou suas atividades em 31 de agosto de 2011, como CAPS AD II. Em janeiro de 2013, passa a funcionar 24 horas por dia. Apresenta atualmente 49 servidores. Destes, dois Técnicos em Enfermagem e dois Psicólogos estão em cargos de chefia neste serviço. Foram entrevistados 21 servidores conforme tabela 2 e a média do tempo de experiência com dependência química dos entrevistados foi de 4,4 anos.

Tabela 2 - Categorias

Categoria	Quantidade
Enfermeiro	5
Técnico em Enfermagem	4
Farmacêutico	1
Psiquiatra	1
Médico Clínico	1
Psicólogo	4
Assistente Social	2
Terapeuta Ocupacional	3

Localiza-se em uma área comercial no Plano Piloto em Brasília no Distrito Federal e apresenta uma área de abrangência significativa, visto que está em uma região central. Atende as seguintes regiões administrativas: Brasília (Asa Sul e Asa Norte), Cruzeiro, Octogonal, Sudoeste, Lago Sul, Lago Norte, Varjão, Vila Planalto, São Sebastião, SAAN (41). Estas áreas totalizam uma população de aproximadamente 500 mil habitantes (42).

Além da rede de abrangência do CAPS ser extensa dificultando o matriciamento da rede, o número de abrigos (rede social) ainda é escasso o que, em conjunto com a dificuldade econômica dos pacientes, os impede de terem um maior acesso ao serviço.

Apresenta estrutura física verticalizada o que dificulta a convivência entre os usuários, servidores, etc. Dispõe de 12 leitos de acolhimento noturno, porém dois estão interditados

devido à falta de manutenção dos mesmos. Esta falta de manutenção dos recursos existentes como cadeiras, ar condicionado, chuveiros, gera prejuízos maiores a curto e longo prazo.

A tabela a seguir, mostra os grupos/oficinas existentes no serviço e características de cada um quanto ao público alvo, servidores envolvidos (quantidade), referencial teórico utilizado e quanto a definição das sessões. Todos os grupos existentes na unidade são abertos, com exceção do Grupo de Cessação de Tabagismo. São considerados grupos abertos aqueles que podem entrar e sair pessoas, de acordo com o público alvo, em qualquer sessão. O grupo fechado é aquele em que as pessoas que participam, iniciam e terminam juntas, com prazo definido, não podendo ter nenhum novo ingressante.

Tabela 3 - Caracterização dos grupos/oficinas

Nome	Público Alvo	Servidores envolvidos	Sessões pré-definidas	Referencial Teórico e/ou Linha
Grupo de Família (dois)	Livre	Dois	Não	1 – Humanista/ Intervenção breve 2 – Sistêmica/ TCC
Oficina Pintando o 7	Livre	Dois	Não	RD
Oficina de Estimulação Cognitiva	Usuários com alteração cognitiva	Dois	Não	Reabilitação Cognitiva
Grupo de Assertividade	Livre	Dois	–	Servidora de licença
Oficina de Preparação para o Mercado de Trabalho	Livre	Dois	Sim	Não tem
Grupo de Acolhimento (três)	Todos	Quatro	Sim	Plano Terapêutico Singular (PTS)
Oficina Comunicando	Livre	Dois	Não	Não tem
Roda de Conversa com o Serviço Social	Livre	Dois	Não	Não tem
Oficina de Jogos	Livre	Dois	Não	Não tem
Grupo de Psicoterapia (dois)	Usuários que tenham capacidade de elaboração, crítica.	Dois	Não	1– TCC 2 – Humanista/ Psicoterapia Breve
Grupo Operativo	Usuários que apresentem transtornos psiquiátricos associados ou não ao uso de substâncias.	Dois	Sim	Gestalt Grupo Operativo
Oficina de Esporte e Lazer	Livre	Um	–	Servidor de férias
Grupo de Cessação de Tabagismo	Livre	Cinco	Sim	Ministério da Saúde/ TCC
Oficina da Beleza	Livre	Um	Não	Não tem
Grupo de Psicoterapia para Mulheres	Mulheres	Dois	Não	Gestalt
Oficina Canto/Coral	Livre	Dois	Não	Não tem
Oficina de Automassagem	Livre	Um	Não	Práticas Integrativas
Oficina Cultural	Livre	Dois	Não	Não tem
Oficina de Origami	Livre	Um	Não	Não tem
Grupo Redução de Danos	Livre	Residentes	–	–

Segue abaixo, o detalhamento de cada uma das atividades em grupo conforme a visão dos coordenadores, com exceção daquelas em que os servidores estavam em algum tipo de licença:

- **Grupo de família (dois)**

1- Coordenado por uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. Aberto a comunidade, independentemente da área de abrangência, da idade dos usuários e da adesão ou não ao tratamento para dependência química. Apresenta baixa adesão familiar e por essa razão tentou-se mudar o horário, porém não obteve sucesso. Utiliza-se uma abordagem humanista, com técnica de Intervenção Breve. Não tem sessões estruturadas e os temas são conforme a demanda do grupo. Duração de aproximadamente, uma hora e trinta minutos.

2- Coordenado por uma psicóloga e uma assistente social, é realizado conforme uma abordagem sistêmica com TCC, retirando o foco da droga e do usuário. Tem como objetivo o fortalecimento da família, a individualidade e o manejo da codependência. Utiliza-se dinâmicas de grupo e estratégias de fortalecimento. Grupo aberto a todas as famílias que queiram participar. Apresenta um baixo índice do público masculino. Não tem sessões estruturadas e os temas são conforme a demanda do grupo. Duração de aproximadamente, uma hora e trinta minutos.

- **Oficina Pintando o 7**

Realizado por uma psicóloga e uma técnica em enfermagem. Apresenta como objetivos vincular as pessoas em situação de rua, que vivem nos arredores do CAPS AD e ocupar os espaços que são ocupados por esta população a fim de diminuir a violência e os conflitos. Utiliza-se atividades como bate papos, habilidades manuais, músicas, estimulação corporal e da autoestima. Segue a lógica da RD e tem como meta atraí-los para o tratamento e o aumento da permanência no ambiente de tratamento. É realizado um diário de campo com as evoluções de cada paciente, os perfis e características. Não apresenta sessões estruturadas e os temas são conforme a demanda do grupo. Duração aproximada de uma hora e trinta minutos.

- **Oficina de Estimulação Cognitiva**

Coordenado por uma terapeuta ocupacional e um farmacêutico. Tem como objetivo estimular as funções cognitivas, trabalhando com atividades relacionadas a alteração da atenção, da memória de curto e longo prazo, desorientação, alteração da linguagem, do raciocínio, lentidão. Oficina voltada para usuários que apresentam algum tipo de déficit

cognitivo. A maioria dos participantes são alcoolistas e acima dos 40 anos. A atividade inicia-se com a orientação para a realidade quanto ao nome das pessoas, nome da oficina, localização, data. É contextualizado de forma a trazer as pessoas para a realidade, estimula a memória de curto prazo, de forma a todos saberem os nomes utilizando a estratégia mnemônica. Após, realiza-se jogos, leitura e trabalha-se de acordo com cada usuário. Utiliza-se técnicas de Categorização, Aprendizado Sem Erro (de acordo com o público), o qual o coordenador fala uma dica antes que o usuário cometa o erro. Apresenta duração de uma hora e trinta minutos, aproximadamente.

- **Oficina de Preparação para o Mercado de Trabalho**

Realizado por um assistente social e uma terapeuta ocupacional. Tem como objetivo acolher pessoas que estejam em uma fase para retornar ao mercado de trabalho e consequentemente, a reinserção social. Oficina aberta, porém, com o foco em pessoas que tenham interesse de inserção no mercado de trabalho ou que recebem algum tipo de benefício. Apresenta um ciclo com os temas pré-estabelecidos, utilizando vídeos e textos sobre documentos necessários e onde conseguir, entrevista de emprego, dependência química e trabalho, gerenciamento de dinheiro, auxílios disponíveis e regras, ambiente do trabalho como fator de risco, como se reinventar na crise, divulgação e orientação de cursos e trabalhos. Apresentam parceria com uma Organização Não Governamental (ONG) que oferece cursos profissionalizantes, com vagas destinadas aos usuários do serviço. Apresenta duração aproximada de uma hora e trinta minutos.

- **Grupo de Acolhimento (três)**

Dois grupos são coordenados por uma terapeuta ocupacional e outro coordenado por duas técnicas em enfermagem. Tem como objetivo a inserção dos pacientes no serviço, iniciando o PTS. A sessão é estruturada conforme os seguintes temas: metas de curto, médio e longo prazo e de acordo com as escolhas, são inseridos nas atividades disponíveis no CAPS. Todos que realizam acolhimento ou reacolhimento devem participar. O usuário necessita participar apenas uma vez. Apresenta duração de uma hora e trinta minutos, aproximadamente.

- **Oficina Comunicando**

Realizado por uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira. Livre para qualquer paciente que tenha interesse. Tem objetivo de estimular a comunicação de determinados assuntos, criar vínculo com os pacientes, verificar a capacidade de diálogo e absorção, a

introversão ou extroversão. Não apresenta sessão estruturada, acontece conforme a demanda e são inseridos assuntos conforme alguns acontecimentos culturais (ex. Carnaval – risco de recaídas, evitar pessoas, hábitos). Os temas são abordados por meio de filmes, textos de leitura que sejam de entendimento fácil, poesias. Tem duração aproximada de uma hora e trinta minutos. Relatado dificuldade com relação a percepção do perfil de cada paciente, falta de material e impressão para condução das atividades.

- **Roda de Conversa com o Serviço Social**

Realizado por duas assistentes sociais, tem como objetivo discutir e esclarecer sobre direitos, programas e projetos sociais, políticas de saúde, papel do CAPS. Não apresenta sessão estruturada, são abordados temas de acordo com as dúvidas dos usuários quanto ao seus direitos e deveres. Apresenta duração aproximada de uma hora. Todos que tiverem interesse podem participar.

- **Oficina de Jogos**

Coordenado por uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira, tem como objetivos trabalhar a cognição, respeito as regras, limites, rapidez de pensamento, de raciocínio, trabalho em grupo, competição. Utiliza-se, na maioria das vezes, jogos de tabuleiro. Oficina aberta, todos os usuários podem participar, independentemente de estarem ou não sob efeito de substâncias. Caso necessite, os próprios coordenadores mediarão a situação. Não apresenta sessões estruturadas e tem duração aproximada de uma hora e trinta minutos.

- **Grupo de Psicoterapia (dois)**

1 - Coordenado por duas psicólogas, são realizadas sessões abertas de acordo com a demanda do grupo no dia ou caso não tenha, o mediador introduz um tema. Realizado por meio de vídeos, textos, dinâmicas em grupo. Utiliza-se a técnica da Terapia Cognitivo Comportamental. Podem participar todos que queiram e tenham capacidade de elaboração e crítica. Tem duração aproximada de uma hora e trinta minutos.

2 –Utiliza-se da Psicoterapia Breve voltado para Dependência Química, realizado em um período noturno, com duração de aproximadamente uma hora. É um grupo com perfil masculino e que estão em fase de ação e manutenção (porém não é específico). A sessão é realizada de maneira a ter início, meio e fim. São utilizadas músicas e vídeos a fim de abordar temas demandados pelos próprios usuários. Segue a linha Humanista.

- **Grupo Operativo**

Coordenado por uma psicóloga e um psiquiatra. Surgiu a partir de uma demanda importante dos pacientes que apresentavam algum tipo de transtorno e a dependência química como comorbidade, porém não haviam atividades destinadas a esse público. Tem como objetivo a intervenção nas funções executivas do paciente, buscando as barreiras e trabalhando nestes temas, a fim de melhorar a sua autonomia, autocuidado, memória e interação. São realizadas sessões estruturadas de acordo com os temas dados pelos pacientes, sendo um tema por mês, diretivas ou não diretivas a fim de alcançar o melhor desenvolvimento das funções executivas.

Toda última quarta-feira do mês, o grupo é direcionado para a família dos pacientes participantes, quando é realizado atividades com mapeamento da dinâmica familiar do paciente conforme a visão familiar. Os coordenadores fazem um encontro para auto avaliação uma vez por mês, quando é discutido o que foi realizado, pontos a melhorar ou modificar e também passam por uma supervisão na linha da Gestalterapia. Esta linha, não se preocupa em explicar o comportamento humano, procura entender a pessoa dentro de uma totalidade. São várias situações que se somam e que constituem um todo. O usuário tem uma função e um comportamento em cada local onde passa. Trabalha com o aqui e agora. Tomar consciência do que é no mundo, do comportamento, das ações, do que sente. Apresenta duração de uma hora e trinta minutos.

- **Grupo de Cessação de Tabagismo**

Formado por dois grupos: regular e manutenção. Coordenados por duas enfermeiras, uma farmacêutica, uma terapeuta ocupacional e uma médica clínica. Grupo fechado, realizado conforme protocolo do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Nacional do Câncer. Todos os coordenadores foram devidamente treinados pela Coordenação do Tabagismo no Distrito Federal.

O grupo regular é estruturado em quatro encontros semanais, com temas a serem abordados em cada sessão e após este primeiro mês, a continuidade é realizada através do Grupo de Manutenção com sessões quinzenais. Tem como objetivo principal a cessação do tabaco e utiliza a TCC em grupo para condução das atividades. O acompanhamento é realizado durante um ano, podendo ser considerado ex fumante após este período sem uso. Apresenta duração aproximada de uma hora e trinta minutos. É colocado pelas entrevistadas a necessidade de melhorar a divulgação do grupo e na continuidade das pessoas que estão em manutenção. Diante da situação de não dispor de telefone para confirmar a participação no grupo, as pessoas muitas vezes não comparecem. Alguns cartazes informativos foram colocados em hospitais

gerais, porém não houve mudança na quantidade de ingressantes ao grupo.

- **Oficina da Beleza**

Realizado por uma Enfermeira, esta oficina realiza a técnica do salão de beleza, desenvolvendo a autoestima de uma maneira lúdica. As intervenções são de acordo com a demanda apresentada quanto ao que cada pessoa quer desenvolver no dia. Realizam cuidados com unhas, cabelos, face, conversam sobre os sentimentos em relação aquele momento e situações do dia a dia que lhes incomodam de alguma maneira. É livre a todos os usuários do serviço e sua família, independente do sexo (a maioria são do sexo masculino) e tipo de drogas. Apresenta duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos. Quanto a estruturação é considerada aberta. Apresenta dificuldades na falta de insumos como barbeadores, esmaltes, sabonetes, maquiagem, chapinhas, secadores.

- **Grupo de Psicoterapia para Mulheres**

Realizado por uma psicóloga e uma enfermeira. Surgiu com o intuito de ser um grupo de Psicoterapia para mulheres, devido a queixas apresentadas por elas em não se sentirem a vontade de falar sobre determinados assuntos em grupos mistos. Não possui estrutura fechada, a demanda apresentada é a proposta terapêutica utilizada na sessão. Apresenta um perfil de mulheres alcoolistas. A base teórica utilizada é a Gestalterapia e tem duração de uma hora e trinta minutos.

- **Oficina de Canto Coral**

Coordenado por um enfermeiro e uma assistente social. É um espaço para aqueles que gostam de tocar, cantar e ficar em grupo. Tem como objetivo a interação de grupo e momento lúdico. Não é estruturada conforme manuais e todas as sessões são iguais, sendo considerado aberta. Apresenta dificuldade no transporte para que a oficina possa ser itinerante, a fim de ocupar os espaços urbanos. Existe uma grande quantidade de participantes, não conseguindo levar todos para fora do serviço, muitas vezes levando a frustração dos mesmos.

- **Oficina de Automassagem**

Realizado por uma farmacêutica, a qual passou por treinamento e atualização mensal com a Gerência de Práticas Integrativas da Secretaria de Saúde do DF. Utilizado livro de Marcos Freire como referencial teórico para oficina (43). Tem como objetivos acalmar, trabalho

corporal, interação social, socialização de grupo, socialização de espaços públicos. Considerado um grupo aberto, quanto a sua estrutura. Em todas as sessões é realizado primeiramente um aquecimento, logo depois exercícios de automassagem e finaliza-se com outro aquecimento, geralmente uma atividade de relaxamento. Utilizados recursos como colchonetes, bambolês, porém são insuficientes em relação a quantidade de participantes. Quando as atividades são realizadas em áreas abertas, fora do serviço, apresenta como limitador o transporte, visto que dispõe apenas de um meio com capacidade para seis pessoas. Tem apoio da residente de Farmácia. Apresenta duração aproximada de uma hora.

- **Oficina Cultural**

Realizado por uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. Tem como objetivo a reinserção social e protagonismo do sujeito. Para a organização da oficina, o sujeito é colocado a decidir o local de interesse para visitarem, acordo grupal, autonomia, emponderamento, conhecimento da cidade onde moram. Apresenta dificuldade para estipular quem são as pessoas que participarão da atividade, visto que o transporte disponível é pequeno e insuficiente para a demanda. Tem duração de aproximadamente duas horas.

- **Oficina de Origami**

Realizado por uma enfermeira, foi estruturada a partir de manuais sobre origamis, papeis, desenhos e conforme relato de experiência (44). Têm como objetivos trabalhar a criatividade, estimular as várias áreas do cérebro, paciência, trabalho em equipe, coordenação motora. Quanto a estrutura, é considerada aberta. Em cada oficina é ensinado e montado diferentes tipos de dobraduras, com duração aproximada de uma hora. Apresenta dificuldade para conseguir o material utilizado nas atividades.

Dos grupos/oficinas desenvolvidas, seis apresentam um público significativo, porém são coordenadas apenas por um profissional. Portanto, em períodos de férias e licenças do servidor, as atividades são interrompidas. Alguns servidores destacaram o pequeno número de atividades que exijam menor capacidade de elaboração dos usuários e a baixa adesão nos Grupos de Família. Observado também que algumas atividades não seguem uma estrutura e/ou referencial teórico, sendo realizadas de acordo com a formação profissional do servidor. As oficinas cultural, de lazer/esporte e canto/coral utilizam espaços externos ao CAPS para a realização, porém o carro disponível é pequeno, não sendo suficiente para o número de usuários participantes.

Os atendimentos individuais são realizados de acordo com a formação de cada profissional e conforme as necessidades apresentadas, seguindo estruturas específicas de cada categoria. Os Enfermeiros e Assistentes Sociais possuem formulário próprio para avaliação. Alguns profissionais também citaram o uso da Entrevista Motivacional.

Citado pelos servidores como dificuldade, o início dos atendimentos à adolescentes a partir de 16 anos, devido ao fechamento do CAPS Adi na capital federal, sem treinamento para tal e/ou supervisão. O serviço também não apresenta atividades em grupo específicas para este público. A falta de recursos materiais para realização dos grupos e oficinas, telefone, internet, prontuário eletrônico, também inviabiliza e/ou dificulta o andamento dos atendimentos e articulações em rede.

Durante a análise documental, encontrado o perfil dos usuários atendidos no ano de 2016. Apresentou 2374 usuários ativos, destes 23,8% (564) encontram-se em situação de rua. Quanto ao tipo de substância utilizada, 30% (704) fazem uso de múltiplas drogas (álcool/crack) e 17,8% (423) usam apenas álcool. Percebido nesta análise que na instituição não existem protocolos de atendimentos.

As sugestões mais comentadas para a melhoria do serviço foram supervisão adequada e a “Agenda Aberta”, onde os profissionais ficam mais disponíveis para atender conforme a demanda diária.

Relatado durante as entrevistas grande desmotivação profissional decorrente da realidade de trabalho em que estão inseridos e da falta de supervisão continuada adequada. Como consequência foram citados o aumento do absenteísmo e atestados médicos.

5.2. Segunda Etapa: Revisão da Literatura Baseada em Evidência e Propostas

5.2.1. Tratamento baseado em evidências x Tratamentos existentes

Conforme os grupos/oficinas apresentados na Tabela 3, segue abaixo a revisão da literatura baseada em evidência para cada atividade e propostas sugeridas:

- **Grupo de Família**

O serviço dispõe de dois grupos, com técnicas diferentes: Intervenção Breve (IB) e

Abordagem sistêmica com TCC. Apesar de seguirem um referencial baseado em evidências, os grupos acontecem conforme a demanda. Percebe-se na literatura que as intervenções utilizadas e que são eficazes, seguem sessões pré-definidas. Portanto, sugere-se que sigam as sessões estipuladas pelos estudos (45) (46).

Sobre o grupo que utiliza intervenção breve, encontrou-se na literatura a Terapia Familiar Breve (TFB), a qual apresenta nível de evidência 1B para um maior envolvimento e continuidade no tratamento dos adolescentes que fazem uso abusivo de drogas e também na melhoria do ambiente familiar relatado pelos familiares (45). A TFB é uma abordagem de tratamento familiar com objetivo de tratar o uso de drogas que ocorrem concomitantemente a comportamentos problemáticos decorrentes de conflitos familiares (47). Deve seguir três princípios: a identificação do Sistema Familiar, identificação dos padrões de interação e planejamento de intervenções (48). Para a implementação, são realizadas de 12 a 16 sessões em um período de 4 meses com duração aproximada de 01 hora, que dependerão da gravidade do problema encontrado (45).

O terapeuta estabelecerá uma relação com cada pessoa da família, observará os comportamentos individuais e entre eles. Com esta observação, o terapeuta poderá modificar as interações negativas. A TFB pode ser utilizada e adaptada conforme as situações familiares e sociais, podendo acontecer em clínicas, ambulatórios, comunidades terapêuticas, atendimentos pós tratamento (48).

O grupo que segue Abordagem Sistêmica associada a TCC, encontrada na literatura como Terapia Multissistêmica (TMS), tem evidência nível 1 A na redução dos comportamentos antissociais dos adolescentes, na melhoria das relações dos familiares/adolescentes e na redução da criminalidade (46). Na metanálise encontrada, os estudos analisados que utilizaram a TMS, realizaram em média 40 horas de terapia durante 15 a 24 semanas (46).

Na TMS, o comportamento do adolescente é visto como resultante de múltiplos sistemas, entre eles as características do próprio usuário, da sua família, de seus amigos/colegas, da escola e da comunidade. Realizado trabalho com a família (cuidadores e usuário), porém, também são realizadas sessões apenas com os cuidadores ou com o adolescente sozinho. A TMS tentará utilizar os vários sistemas existentes a favor do tratamento, fortalecendo recursos que podem ajudar a evitar o uso de drogas posteriormente (49).

- **Oficina Pintando o 7**

Esta oficina utiliza a lógica da RD. Considerada como um conjunto de estratégias realizadas a fim de melhorar a qualidade de vida do usuário, ela não foca na abstinência do uso

de drogas, mas na prevenção dos danos causados por ela. Esta lógica, apesar de muito importante, em especial na população em situação de rua, ainda é pouco pesquisado (50). Apresenta evidência nível 1A (51) na redução dos danos causados pelo uso de drogas ilícitas quando utilizados programas de distribuição de seringas e agulhas. Em outro estudo, a RD foi associada ao uso de medicação Naltrexona de ação prolongada e foi eficaz, nível de evidência 1B na redução do uso do álcool e nos danos causados por ele em alcoolistas sem residência (52).

Sugere-se que este grupo continue as atividades nesta lógica para execução das atividades, enfatizando estratégias de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e a utilização de psicofármacos. Diante da impossibilidade de se ter a Naltrexona de ação prolongada no CAPS, visto que não está disponível no Brasil neste momento, seja realizado protocolos de medicação supervisionada para estes pacientes junto com a RD.

- **Oficina de Estimulação Cognitiva**

Apresenta evidência nível 2B, sendo eficaz na melhoria da atenção, função executiva e em alguns domínios da memória, de forma mais específica na memória de trabalho e memória remota, habilidades cognitivas e atenção dividida em pacientes alcoolistas em tratamento (53). Cada sessão teve duração de aproximadamente 1h e foi utilizado exercícios de estimulação da atenção, função executiva e memória e exercícios simples para relaxamento (53). O treino cognitivo é eficaz na evolução dos pacientes, levando a uma melhora do desempenho da memória, velocidade em processar os assuntos, dentre outros benefícios (54). O grupo realizado corrobora em grande parte com a evidência encontrada, com exceção dos exercícios de relaxamento ao final de cada sessão, portanto sugere-se a inserção de tais exercícios ao grupo a fim de melhorar o desempenho dos participantes.

- **Grupo de Acolhimento**

Apresentam como principal objetivo a inserção do usuário no serviço, com o planejamento de metas de curto, médio e longo prazo e início de seu PTS. Encontrou-se um estudo, nível 5 (55), o qual demonstrou ser uma estratégia nova e eficaz para o SUS ao atender as demandas apresentadas pelo usuário em uma equipe multidisciplinar. Destaca as diversas formas de conhecimentos e saberes, dando a possibilidade de uma maior autonomia ao sujeito na construção de seu projeto (55).

- **Grupos de Psicoterapia**

É utilizado em um grupo a TCC como abordagem e o outro Psicoterapia Breve, porém nenhum apresenta sessões pré-definidas. A TCC tem como objetivo principal a prevenção das recaídas no tratamento do abuso de drogas. O participante aprenderá a identificar os problemas e a desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes. Alguns estudos destacam que as habilidades e estratégias aprendidas em sessões de TCC, tendem a permanecer por todo o tratamento (56).

Porém, em estudo que avaliou a eficácia da TCC no tratamento de usuários de álcool e outras drogas, apresenta evidência científica nível 1A (57) sendo eficaz no tratamento de problemas relacionados ao uso de SPA, porém com efeito mais significativo quando utilizado em mulheres, usuários de maconha e quando combinado a outro tipo de terapia (57). Utiliza-se sessões pré-definidas e com duração mais curta, portanto sugere-se que o grupo siga uma estrutura de sessões (57). Devem ser realizados uma sessão por semana, durante 12 semanas. Os tópicos abordados nestes grupos podem ser discutidos na ordem que o terapeuta analisar ser melhor, porém a introdução tem que ser realizada na primeira sessão e a última deverá ser de encerramento. A sequência sugerida e os assuntos são (58):

- Sessão 1: Introdução ao Treinamento de Habilidades
- Sessão 2: Lidar com anseios e insistir em beber
- Sessão 3: Manejo dos pensamentos sobre uso de substâncias
- Sessão 4: Resolução de problemas
- Sessão 5: Habilidades para recusar as substâncias
- Sessão 6: Como lidar com o lapso e emergências
- Sessão 7: Decisões aparentemente de risco
- Após o término das primeiras sessões, o psicólogo poderá utilizar sessões de sua escolha para continuar.
- Sessão final: Encerramento

O grupo que utiliza Psicoterapia Breve realiza sessões conforme a demanda do grupo. Diante do exposto anteriormente, visto que o grupo apresenta um público de usuários em fase de manutenção, sugere-se, portanto, a inserção da estratégia de Prevenção de Recaídas (PR). A PR, conhecida como uma estratégia de prevenção terciária, tem como objetivos a prevenção e manejo dos lapsos, a manutenção da abstinência ou das metas escolhidas pelo usuário (59). Estudo que avalia a eficácia da PR, demonstrou eficácia na redução do uso de SPA e no manejo psicossocial, sendo considerada de nível 1A (60), Apresenta uma combinação de treino de

habilidades de cunho comportamental com estimulação cognitiva a fim de prevenir momentos de recaídas (60).

- **Grupo de Psicoterapia para Mulheres**

Realizado conforme a linha Gestalt. Segundo resumo da metanálise encontrada, este tipo de abordagem tem sido efetiva no tratamento psicoterapêutico, não sendo inferior as demais terapias existentes (61). Este estudo encontra-se em alemão e em seu resumo não consta a metodologia e resultados detalhados da pesquisa. Não foram encontrados os ensaios clínicos com essa técnica relatados na metanálise, tendo sido encontrado um relato de caso com paciente com transtorno por uso de substâncias e transtorno afetivo bipolar, configurando nível de evidência 4 (62).

- **Grupo Operativo**

O Grupo Operativo do CAPS é um grupo que utiliza a técnica de grupos operativos esquematizada pelo pensador e médico Psiquiatra Pichon-Rivière e a teoria da *Gestalt*. Esta técnica tem como objetivo a promoção da aprendizagem para os participantes, a partir de uma crítica leitura da realidade em que vivem com abertura para dúvidas e inquietações que possam surgir (63).

Segundo o pensador Pichon-Rivière, deve existir um olhar duplicado sobre o sujeito e o grupo. O olhar de forma vertical, ao destacar todos os pontos essenciais da pessoa pertencente ao grupo, e horizontal ao pensar em uma totalidade (64). O uso da *Gestalt* em grupos apresenta evidência científica nível 4, conforme visto no grupo de psicoterapia para mulheres (62) e Pichon-Rivière reafirma a importância do uso desta linha nos grupos operativos (64). Em estudo realizado para avaliar a percepção dos usuários de SPA quanto ao grupo, apresentou nível de evidência 5 para a técnica na contribuição do processo de abstinência e na reinserção social dos participantes (65). Sugere-se a continuidade do grupo, visto que é um grupo estruturado, o qual os coordenadores se atualizam constantemente e através da observação participante percebeu-se a melhora dos participantes quanto aos objetivos do grupo. Sugere-se também, que sejam realizados processos de avaliação dos pacientes de forma quantitativa para melhor evidenciar a técnica.

- **Grupo de Cessação de Tabagismo**

Corroborar com o Consenso de Abordagem e tratamento do fumante (66), o qual foi elaborado baseando-se em estudos utilizados no *Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence*. Estudo de revisão sistemática mostrou que a TCC foi eficaz, com nível

de evidência 1A (67), na redução do uso do tabaco e que o uso da TCC com a Terapia de Substituição de Nicotina tem efeito significativo (67). Isso se deve a ampliação dos efeitos medicamentosos ao ensinar o manejo das situações estressoras e dos momentos de risco (68).

- **Oficina de Automassagem**

Foi encontrado na literatura, estudo com nível de evidência 2B (69) na redução do uso do cigarro pois conseguiu diminuir os comportamentos ansiosos dos participantes. Os participantes do estudo encontrado, aprenderam a realizar automassagem nas mãos e orelhas nos momentos em que apresentavam fissura/ ansiedade para fumar (69). Portanto, sugere-se a continuidade do grupo com a implantação de questionários validados para avaliação da ansiedade.

- **Atendimentos Individuais**

Sugere-se a utilização mais frequente da Entrevista Motivacional. A Terapia Motivacional (TM) é um tipo de abordagem com objetivo de solucionar a ambivalência percebida nos usuários sobre envolver no tratamento e não usar as drogas. Nas sessões realizadas o terapeuta tende a buscar mudanças e motivações mais rápidas. São realizadas entre uma a quatro sessões individuais, sendo a primeira a avaliação inicial. A próxima sessão é fornecida um *feedback* ao usuário da sessão anterior, é instigado a discutir sobre o uso e sobre motivações. Nas demais sessões o terapeuta monitora a mudança, verifica as estratégias utilizadas para essa mudança e o encoraja. Esta abordagem tem evidência científica nível 1A para usuários alcoolistas no engajamento do tratamento (70).

Segue abaixo tabela com as atividades realizadas e o nível de para cada uma delas conforme referencial citado pelos entrevistados

Tabela 4 - Nível de Evidência segundo o referencial teórico citado pelo entrevistado

Nome	Referencial Teórico e/ou Linha	Nível de Evidência
Grupo de Família (dois)	1 – Humanista/ Intervenção breve	1B
	2 – Sistêmica / TCC	1A
Oficina Pintando o 7	Redução de Danos	-
Oficina de Estimulação Cognitiva	Reabilitação cognitiva	2B
Grupo de Assertividade	Servidora de licença*	*
Oficina de Preparação para o Mercado de Trabalho	Não tem	-
Grupo de Acolhimento (três)	Plano Terapêutico Singular	5
Oficina Comunicando	Não tem	-
Roda de Conversa com o Serviço Social	Não tem	-
Oficina de Jogos	Não tem	-
Grupo de Psicoterapia (dois)	1– TCC	1A
	2 – Humanista/ Psicoterapia	
	Breve	-
Grupo Operativo	Gestalt Grupo Operativo	5
Oficina de Esporte e Lazer	Servidor de férias*	-
Grupo de Cessação de Tabagismo	Ministério da Saúde/ TCC	1A
Oficina da Beleza	Não tem	-
Grupo de Psicoterapia para Mulheres	Gestalt	4
Oficina Canto/Coral	Não tem	-
Oficina de Automassagem	Práticas Integrativas	2B
Oficina Cultural	Não tem	-
Oficina de Origami	Não tem	-
Grupo Redução de Danos	Residentes*	*

*Não estão nos critérios de inclusão da pesquisa

As oficinas que não apresentaram nenhum referencial teórico, utilizam a sua formação profissional e os saberes empíricos para realizarem as atividades. No entanto, apesar de algumas

atividades acontecerem conforme a demanda e não ter encontrado evidências que comprovem sua eficácia e efetividade, sugere-se a continuidade delas, desde que as atividades passem a ser avaliadas quanto a estes critérios.

O *National Institute on Drug Abuse* destaca 13 princípios para um tratamento efetivo (56):

- A dependência das drogas é uma doença que altera o cérebro de forma funcional e estrutural, porém existe tratamento;
- O tratamento escolhido será conforme as características do usuário. Nenhuma forma de tratamento será igual para todos;
- O tratamento tem que estar disponível sempre que o usuário acessar o serviço;
- O tratamento para ser considerado efetivo precisa atender o usuário em sua integralidade (biopsicossocial), não apenas no uso de drogas;
- O tratamento necessita ser contínuo, com no mínimo três meses;
- As terapias comportamentais (atendimento individual, familiar ou em grupo) são as mais efetivas e encontradas no tratamento do uso de SPA;
- O tratamento medicamentoso é de grande importância para o tratamento e complementar as demais terapias comportamentais utilizadas;
- O Plano Terapêutico e serviços utilizados devem ser reavaliados e modificados, junto ao paciente, sempre que houver necessidade;
- Grande parte dos usuários apresentam comorbidades psiquiátricas e devem ser abordadas concomitantemente;
- A desintoxicação medicamentosa supervisionada é apenas o primeiro passo do tratamento, pois raramente será suficiente para os usuários alcançarem a abstinência. Importante encorajar o usuário a continuar;
- A pressão da família e algumas sanções legais podem ajudar no início do tratamento, permanência e continuidade;
- Monitorizar o uso de SPA durante o tratamento;
- Realizar testagem e aconselhamentos sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Segue na tabela abaixo, propostas de atividades que ainda não são desenvolvidas e que podem ser implementadas neste contexto, baseando-se em boas evidências conforme a droga de escolha são:

Tabela 5 - Terapias baseadas em evidências para adultos/ família

Terapia	Nível de Evidência	Tipo de Droga
Manejo de Contingência (MC)	1A (71)	Álcool, estimulantes e opioides, nicotina, maconha
Modelo Matrix	1B (72)	Estimulantes
Terapia de Facilitação de Doze Passos	1A (73)	Álcool, estimulantes e opiáceos
Manejo da Raiva (MR)	1A (74)	Todas

- **MC**

O MC é uma intervenção que considera que o uso abusivo de drogas é influenciado pelo contexto em que o uso acontece (71). Tem como objetivo principal dar prêmios aos participantes a fim de reforçar comportamentos positivos, como a abstinência (56). Segundo alguns estudos, há uma maior probabilidade de uso conforme o contexto vivido, portanto, os reforçadores alternativos existentes, como ingressos para cinema, voucher de alimentação, tem a capacidade de diminuir o consumo de SPA se estiverem disponíveis em quantidade suficiente. Em uma metanálise realizada, o MC foi destacado como uma das abordagens com maior efetividade, nível 1A (71), na promoção da abstinência durante o tratamento, permitindo assim, uma maior adesão as demais atividades oferecidas. Tem eficácia testada para estimulantes, maconha, álcool e opioides (71).

Foi realizado um estudo no Brasil a fim de avaliar a técnica em usuários de crack/cocaína. Os participantes receberam durante 12 semanas tratamento convencional em conjunto ao MC, enquanto o outro grupo apenas o tratamento convencional. Os resultados foram mais eficazes no grupo que recebeu as duas intervenções quando comparados ao outro (75).

Em outro estudo realizado, 90 usuários de maconha foram submetidos aleatoriamente em grupos que receberam sessões de TCC, MC ou a combinação dos dois durante 14 semanas. Foram acompanhados após o tratamento durante 12 semanas. O MC foi eficaz ao permitir um maior período de abstinência comparado ao grupo de TCC, sendo que a combinação das duas técnicas não levou ao aumento do abstinência comparado apenas ao MC. A TCC foi eficaz na manutenção da abstinência pós tratamento (76).

- **Modelo Matrix**

Desenvolvido na década de 80 devido ao aumento significativo de usuários de estimulantes, este modelo estimula os usuários a debaterem e aprenderem sobre pontos cruciais

relacionados a dependência e a recaída. Os participantes realizam testes de urina para uso de SPA para reavaliações constantes (56).

O Modelo tem eficácia, com nível de evidência 1B e é desenvolvido durante 16 semanas, onde são oferecidas várias sessões ambulatoriais semanalmente (72). Esta fase, dita como mais intensa, acompanha sessões de suporte/aconselhamento (77):

- Três sessões familiares individuais e em grupo
- 8 sessões de grupo para desenvolvimento de habilidades de recuperação precoce
- 32 sessões de grupos de PR
- 12 sessões de grupo de educação familiar
- 36 sessões de grupo de apoio social

O grupo de PR é considerado o grupo central do modelo Matrix, tem como objetivo prestar assistência ao usuário de forma a encorajá-lo a lidar com as questões de sua recuperação e fuga de recaídas. Ele tem duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos e cada sessão abordará um tema específico. O PR é baseado nas ideias de que a recaída é um processo previsível, não é aleatório e que alguns sinais podem ser identificados. Dentre os temas das sessões estão: culpa e vergonha, manter-se ocupado, motivação para recuperar-se, trabalho e recuperação, comportamentos compulsivos, manejo da raiva, dentre outro. Os participantes que tiverem recaídas serão reavaliados e redirecionados (77).

- **Terapia de Facilitação de Doze Passos**

Estratégia utilizada com objetivo de contribuir na adesão do usuário em grupos de auto ajuda como o Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA). É considerada uma técnica eficaz, nível 1 A (73), e deve seguir três pontos chaves: a aceitação de que é dependente, a rendição, que envolve ter uma pessoa superior a ele e aceitando outros indivíduos no seu processo de recuperação e o envolvimento ativo nas 12 sessões e em outras atividades que se fizerem necessário. As sessões são realizadas individualmente e com os parceiros, se for o caso e seguem princípios cognitivo comportamentais e espirituais. É adequado para dependentes graves de álcool e/ou outros usuários de drogas (78).

São realizadas sessões semanais e consecutivas. Organizadas em 12 sessões individuais com usuários de álcool (solteiros) ou 10 sessões individuais e 2 sessões usuários com parceiros em relação estável. Caso seja necessário, serão realizadas mais duas sessões emergenciais de forma individual (78).

- **MR**

O MR é mais uma abordagem que tem apresentado boas evidências em saúde mental, nível 1 A, com pessoas que apresentam comportamentos raivosos constantemente (74). Tem base na teoria de aprendizagem social e apresenta quatro tipos de intervenções principais (79):

- Relaxamento
- Treino cognitivo
- Treino de habilidades de comunicação,
- Intervenções conjugadas, que combinam no mínimo, duas intervenções cognitivo comportamentais

O grupo de MR deve ocorrer em 12 sessões, semanalmente, com duração aproximada de uma hora, abrangendo assuntos sobre a raiva em si e o seu ciclo, estratégias de resolução de conflitos, assertividade e controle da raiva (80).

5.2.2. Tratamento baseado em evidências para adolescentes

Diante do encerramento das atividades do CAPS Adi de Brasília, a unidade de saúde em estudo, recentemente, iniciou atendimentos a adolescentes de 16 a 18 anos, porém, não se adequou nenhuma atividade para esse público específico.

O *National Institute on Drug Abuse*, em seu último *guideline*, baseado em evidências, descreve 13 princípios básicos para o tratamento de adolescentes (68) :

- A abordagem e tratamento do uso de SPA na adolescência deve ser realizado na maior brevidade possível;
- Intervenção em adolescentes pode ser realizada mesmo que não faça uso abusivo de SPA;
- As consultas de rotina anuais são consideradas ótimas oportunidades de abordagem e intervenção do uso na adolescência;
- A pressão da família e algumas sanções legais podem ajudar no início do tratamento, permanência e continuidade;
- O tratamento para transtorno do uso de SPA deve ser conforme às necessidades apresentadas pelo adolescente;
- O tratamento não deve focar apenas no uso da substância, mas também em todo o

contexto vivido pelo usuário;

- As terapias com foco comportamental apresentam eficácia no tratamento;
- Envolver a família e a comunidade no tratamento apresenta bons resultados;
- A identificação e cuidados de outros transtornos mentais devem fazer parte do tratamento deste adolescente para que seja eficaz;
- Identificar e abordar possíveis problemas relacionados a violência, abuso infantil e risco de suicídio;
- Monitorizar o uso de SPA durante o tratamento;
- Manter em tratamento e dar continuidade por um período adequado é importante;
- Realizar testagem nos adolescentes para doenças sexualmente transmissíveis.

Destacaremos abaixo, separadamente, as intervenções baseadas em evidências para adolescentes e para a família e que podem ser implementadas no CAPS.

A. Adolescentes

Atualmente, existem diversas abordagens utilizadas no tratamento do uso de SPA por adolescentes, porém a escolha dependerá da substância utilizada, do grau de envolvimento familiar, social e do prejuízo já causado. As abordagens de caráter comportamental têm demonstrado importantes resultados na evolução do tratamento, ajudando os adolescentes a participarem ativamente de seu processo, aumentando assim a capacidade de recusar as drogas. Com bons terapeutas, estes usuários podem modificar seus comportamentos e atitudes, melhorar sua comunicação com a família, aumentar as habilidades de vida, dentre outros (68).

A tabela 6 destaca as terapias de maior efetividade desenvolvidas para este público (68) e o nível de evidência da técnica conforme os estudos encontrados.

Tabela 6 - Terapias baseadas em evidências para adolescentes

Terapia	Nível de Evidência
MC	1A (71)
Abordagem de reforço da comunidade adolescente (ARC -A)	1B (81)
TCC	1A (82)
Terapia de Facilitação de Doze Passos	1B (83)
TM	1A (84)

- **MC**

O MC é uma nova abordagem, conhecida como Gerenciamento de Contingência, na qual também apresentou boa evidência científica no tratamento para adolescentes e adultos, nível 1 A. A pesquisa demonstrou a eficácia do tratamento usando reforços imediatos e acessíveis para bons comportamentos (71).

O MC tem como objetivo principal modificar e enfraquecer os comportamentos de risco como o abuso de SPA e substituir por atividades mais saudáveis, oferecendo aos adolescentes a chance de ganhar incentivos, como prêmios/brindes ou vale compras (alimentos, ingressos de cinema e outros itens pessoais). Nesta abordagem, o adolescente precisa participar no tratamento da droga, alcançando as metas estabelecidas em seu plano terapêutico e a abstinência. Na maioria das vezes, o MC é realizado com um tratamento psicossocial ou medicamentoso (85).

- **ARC -A**

A ARC-A é uma intervenção que pretende substituir as influências negativas e que reforçaram o uso de drogas nos adolescentes por influências que podem ser positivas como a família, educação, vida social. Tem como objetivo principal a abstinência e a manutenção dela (81).

Nesta abordagem é avaliado as necessidades e níveis de funcionalidade dos adolescentes. Conforme a avaliação, o terapeuta escolherá um dos procedimentos para abordar a resolução de problemas, identificar a capacidade e habilidades de comunicação e incentivar a participação nas atividades sociais. Os procedimentos são análise das funções a fim de conhecer o usuário e as consequências do uso e de comportamentos, revisão e identificação clara e simples dos resultados obtidos, utilização de uma escala de satisfação do adolescente nas diversas áreas da vida a fim de planejar novas metas e treinamento de habilidades relacionados à resolução dos seus problemas e prevenção de recaídas (81).

Foi realizado um estudo com 600 adolescentes, os quais foram divididos aleatoriamente para participarem de dois tipos de ensaios clínicos com a finalidade de avaliar várias abordagens de tratamento para adolescentes. Uma das abordagens testadas foi a ARC – A, que apresentou ter evidência nível 1B no tratamento de adolescentes usuários de maconha. Foram realizadas 10 sessões individuais com o próprio adolescente, quatro sessões com os responsáveis. As sessões aconteceram de 12 a 14 semanas (81).

- **TCC**

A TCC é uma técnica com evidência 1A (82), baseada conforme a teoria de que a aprendizagem é elemento essencial no desenvolvimento de comportamentos de risco, incluindo o abuso de drogas (82). Um ponto primordial é ensinar aos integrantes como identificar/antecipar problemas e com isso desenvolver táticas e habilidades de autocontrole efetivas para enfrentar a situação. Exploração, neste momento, tanto as consequências positivas, quanto as consequências negativas que o uso de drogas pode trazer (86).

Neste contexto, as habilidades de autocontrole devem ser trabalhadas abrangendo regulação emocional e manejo da raiva, resolução rápida de problemas e renúncia da substância. A TCC pode ser realizada ambulatoriamente, de forma individual ou grupal e até em ambientes residenciais (86).

Porém, em alguns momentos, a terapia em grupo para adolescentes pode ter “efeito rebote”, ou seja, trazer efeitos adversos indesejados. Pode acontecer de alguns integrantes do grupo orientarem a discussão de forma a exaltar as drogas, trazendo prejuízos aos objetivos do grupo. Os terapeutas precisam estar atentos e saberem direcionar as atividades grupais para um lado positivo (68).

- **Terapia de Facilitação dos Doze Passos**

A Terapia de Facilitação dos Doze Passos apresenta nível de evidência 1B (83) e é realizada com a finalidade de aumentar a chance de um adolescente, com uso abusivo de SPA, se manter ativo no programa de 12 passos. Os programas existentes são o AA e o NA, os quais enfatizam a aceitação do participante de o uso de drogas em sua vida está incontrolável, que a abstinência é necessária no momento, porém não consegue alcançar sozinho. Existem boas evidências científicas dos benefícios dos 12 passos tanto para adultos, quanto para adolescentes, podendo neste público aumentar a taxa de adesão ao tratamento ambulatorial (83).

- **TM**

A TM é uma abordagem que apresenta evidência 1A (84), baseada na técnica de entrevista motivacional, que tem como objetivo aconselhar os adolescentes a fim de modificar a ambivalência sobre o envolvimento no tratamento e a renúncia ao uso de drogas. Inicialmente é realizado uma avaliação do estágio motivacional do adolescente em querer tratamento (84).

Após a avaliação, segue em sessões individuais, uma a três sessões em que o terapeuta incentiva o usuário a participar no tratamento e realiza um *feedback*, porém sem

confrontos. Sendo empático, porém diretivo, o terapeuta deve trazer a necessidade do tratamento e levar o usuário a apresentar situações que o motivam para fortalecer sua motivação e construir objetivos e metas de mudanças. Caso haja resistência do adolescente, o terapeuta não deve contrariar ou corrigir, a resposta tem que ser neutra. A TM não é utilizada como um tratamento único no uso de SPA, mas como uma forma de motivar os usuários a iniciarem ou se manterem em outros tratamentos (84).

B. Família de adolescentes

Estudos têm demonstrado que os tratamentos com os familiares são de alta eficácia. O envolvimento da família, em muitos casos, pode ser de grande importância e considerado um fator de proteção para o adolescente. As abordagens baseadas na família, vão enfatizar a necessidade da família, incluindo os amigos e colegas, no tratamento deste usuário. Serão abordados os assuntos do uso da substância propriamente dita e também, conflitos familiares, problemas escolares, laborais, transtornos comportamentais (68).

A tabela 7 destaca outra terapia para famílias no tratamento de adolescentes em uso de SPA, conforme a literatura baseada em evidência e que não é realizada no ambiente em estudo.

Tabela 7 - Terapia baseada em evidência para famílias de adolescentes

Terapia	Nível de Evidência
Terapia familiar multidimensional (TFMD)	1B (87)

- **TFMD**

A TFMD é uma técnica com boa evidência científica, nível 1B (87) e tem como objetivo integrar a família e toda a comunidade (escola, justiça) no tratamento do adolescente em uso. Em estudo realizado com adolescentes/família entre 13 e 17 anos, foram distribuídos em grupos que receberam a TFMD e outro tipo de tratamento usual. As famílias que receberam a TFMD passaram por no mínimo 6 horas de terapia mensalmente e os outros no mínimo 4 horas mensais. Apresenta eficácia para aqueles que apresentam abuso de drogas e com alto risco para transtorno de conduta e delinquência. As sessões de terapia podem realizar na própria residência, no ambiente escolar, no tribunal, em clínicas ou qualquer local que seja viável aos participantes (87).

6. CONCLUSÃO

Através desta pesquisa, percebe-se que a instituição em estudo tem oferecido formas de tratamento importantes ao usuário de álcool e outras drogas, principalmente com foco em RD, conforme previsto na legislação. No entanto, o CAPS AD é um serviço novo, não apresenta protocolos de atendimentos e as tomadas de decisões, muitas vezes, estão acontecendo conforme formação do profissional e não na ação mais eficaz e efetiva para o usuário.

A identificação dos problemas existentes na execução das atividades foi e é de extrema importância para a melhoria do trabalho prestado, pois permite subsidiar atos que promovam o melhor desempenho dos profissionais no atendimento. Pesquisas científicas baseadas em evidência são importantes para o embasamento e formulação de políticas públicas. Com a identificação dos problemas existentes no CAPS AD Rodoviária e a PBE, pode-se vislumbrar mudanças nas práticas assistenciais já realizadas neste serviço e novas práticas a serem inseridas.

Esta pesquisa teve como principal limitação a falta de estudos realizados em ambientes brasileiros e/ou semelhantes aos CAPS. A maior parte das técnicas foram estudadas e testadas em outros países com características culturais, socioeconômicas e público alvo divergentes aos do Brasil.

Mediante todas as técnicas identificadas como efetivas no tratamento, tem-se agora o desafio de apresentação das propostas, adequação e implantação das mesmas no CAPS AD Rodoviária. Serão disponibilizados aos servidores todos os manuais e estudos utilizados neste trabalho. Novas pesquisas devem ser realizadas nos CAPS, adaptando e testando técnicas com evidência de eficácia em outros contextos de tratamento e em outras culturas.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Projeção da população brasileira. 2016 [cited 2016 Jul 19]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/>
2. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2014. 181 p. Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. In: Ministério da Saúde, editor. OPAS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 1–56. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. 2011;106 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_frenteiras_reforma_psiquiatrica.pdf
5. Valadares FC. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 Jul 25];18(2):573–4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
6. Tavares De Assis J, Barreiros GB, Inês M, Conceição G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2013;16(4):584–96.
7. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas - SUPERA. Módulo 5. 7th ed. Brasília (DF): Ministério da Justiça; 2014.
8. Ronzani TM, Costa PHA da. Desafios para prevenção e tratamento em álcool e outras drogas: quais evidências procuramos? In: Fernandez OFRL, Andrade MM, Filho AN, editors. Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Brasília (DF): ABRAMD; 2015.

9. Hatala R, Guyatt G, J S, ML G, ML G, DA G, et al. Evaluating the Teaching of Evidence-Based Medicine. *JAMA* [Internet]. 2002 Sep 4 [cited 2016 Jul 17];288(9):1110. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.288.9.1110>
10. El Dib RP. Como praticar a medicina baseada em evidências. *J Vasc Bras*. 2007;6(1):1–4.
11. Manchikanti L. Evidence-based medicine, systematic reviews, and guidelines in interventional pain management, part I: introduction and general considerations. *Pain Physician* [Internet]. 2008;11(2):161–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18354710>
12. Galvão CM, Sawada NO. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(1):57–60.
13. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. CAPS AD Guará, primeiro do DF, completa 11 anos [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 17]. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/6798-caps-ad-guará-primeiro-do-df-completa-11-anos.html%0D>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica nº34. 1st ed. Bra: Ministério da Saúde; 2013. 176 p.
15. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5th ed. Ministério da Justiça; 2013.
16. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
17. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas - SUPERA. Módulo 6. 7th ed. Brasília (DF): Ministério da Justiça; 2014.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. [Internet]. 2012. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. 2011. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental 2004 a 2010. Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
21. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas - SUPERA. Módulo 1. 5th ed. Brasília: Ministério da Justiça; 2014.
22. Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 12 [Internet]. Brasília; 2015 [cited 2017 Jun 29]. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>
23. Evidence Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Jama* [Internet]. 1992;268(17):2420–5. Available from: http://dx.doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032%5Cnhttp://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/9675/jama_268_17_032.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Evidence-based+medicine:+A+new+approach+to+teaching+the+practice
24. Maria Zélia Rouquayrol. *Epidemiologia e Saúde*. 7th ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013.
25. Gray GE. *Psiquiatria baseada em Evidências*. 1st ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
26. Center for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence [Internet]. University of Oxford. 2009 [cited 2017 Jun 26]. Available from: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
27. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2004 Jun [cited 2016 Jul 18];12(3):549–56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692004000300014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

28. Rush B. Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles. *NAT Nord alkohol Nark* [Internet]. 2010 [cited 2016 Sep 16];27(6):617–36. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2011-04995-008&lang=es&site=ehost-live%5CnBrian_Rush@camh.net
29. Atallah, A N; Castro AA. *Fundamentos da pesquisa clínica*. São Paulo: Lemos Editorial; 1998.
30. Silva M de NRM de O, Abbad G da S. *Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD): Modelo de Cuidado, Competências e Demandas de Aprendizagem dos Profissionais*. Universidade de Brasília; 2016.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde. 2004;
32. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas - SUPERA. Módulo 4*. 7th ed. Brasília (DF): Ministério da Justiça; 2014.
33. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA Da, Gonçalves H, et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad Saude Publica*. 2010;26(4):807–15.
34. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29th ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.
35. Creswell JW. *Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. 3rd ed. São Paulo: Penso; 2014.
36. Gil AC. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6th ed. São Paulo: Atlas; 2008.
37. Yin RK. *Estudo de Caso - Planejamento e Métodos* [Internet]. 2nd ed. Porto Alegre: Bookman; 2001. 205 p. Available from: https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf%0Ahttp://arxiv.org/abs/1011.1669

- %0Ahttp://dx.doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201%0Ahttp://stacks.iop.org/1751-8121/44/i=8/a=085201?key=crossref.abc
38. Boni V, Quaresma S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese [Internet]. 2005;2(3):68–80. Available from: http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Aprendendo+a+entrevistar+:+como+fazer+entrevistas+em+Ci%C3%94ncias+Sociais#0
 39. Souza J, Kantorski L, Luis M. Análise documental e observação participante em saúde mental. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2011;5(2):221–8. Available from: <http://bit.ly/24O1XA0>
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Diário Oficial da União Brasil; 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 41. Diretoria de Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental [Internet]. SESDF. 2017 [cited 2017 Oct 17]. Available from: http://www.saude.df.gov.br/images/Programas/2017/Listaservicos_abrangencia_contato_17042017.pdf
 42. Companhia de Planejamento do Distrito Federal - CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 17]. Available from: <http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/319-pdad-2015.html>
 43. Freire M. Automassagem e Medicina Chinesa. Autor D, editor. 1996.
 44. Torres P. Relato de experiência: Utilização do origami como terapia complementar na assistência básica a Saúde Mental. 2009. p. 482–4.
 45. Robbins MS, Feaster DJ, Horigian VE, Rohrbaugh M, Shoham V, Bachrach K, et al. Brief strategic family therapy versus treatment as usual: Results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. J Consult Clin Psychol [Internet]. 2011;79(6):713–27. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0025477>
 46. Curtis NM, Ronan KR, Borduin CM. Multisystemic Treatment: A Meta-Analysis of Outcome Studies. J Fam Psychol [Internet]. 2004;18(3):411–9. Available from:

<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0893-3200.18.3.411>

47. Santisteban DA, Coatsworth JD, Perez-Vidal A, Kurtines WM, Schwartz SJ, LaPerriere A, et al. Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *J Fam Psychol* [Internet]. 2003;17(1):121–33. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0893-3200.17.1.121>
48. Szapocznik J, Ph D. *Therapy Manuals for Drug Addiction. Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. National Institute on Drug Abuse. Bethesda; 2003.
49. Sheidow AJ, Henggeler SW. Multisystemic therapy with substance using adolescents: A synthesis of the research. In: Jainchill N, editor. *Understanding and Treating Adolescent Substance use Disorders: Assessment, Treatment, Juvenile Justice Responses*. Kingston, NJ: Civic Research Institute; 2012. p. 9–1–9–22.
50. Hunt N, Ashton M, Lenton S, Mitcheson L, Nelles B. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. 2003;1–79. Available from: <file:///Users/dtgrassian/Dropbox/PhD/Resources/Harm%5CnReduction/Hunt-HarmReductionOverview.pdf>
51. Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2006;25(6):611–24.
52. Collins SE, Duncan MH, Smart BF, Saxon AJ, Malone DK, Jackson TR, et al. Extended-release naltrexone and harm reduction counseling for chronically homeless people with alcohol dependence. *Subst Abus*. 2015;36(1):21–33.
53. Rupp CI, Kemmler G, Kurz M, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. Cognitive remediation therapy during treatment for alcohol dependence. *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 2015;73:625–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22630801>
54. Motokio DSL, Soares E. *Neuropsicologia E Reabilitação : Revisao Sistemática*. *PsicologiaPt*. 2015;1–15.
55. Silva E, Melo F, Sousa M, Gouveia R, Tenório A, Cabral A, et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. *Rev Bras Ciências da Saúde* [Internet]. 2013;17(2):197–202. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15022/9715>

56. Volkow ND. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide. Natl Inst Drug Abus [Internet]. 2012;1–43. Available from: <http://www.ncjrs.gov/App/abstractdb/AbstractDBDetails.aspx?id=179006>
57. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Stud Alcohol Drugs [Internet]. 2009;70(4):516–27. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2696292&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
58. Kadden R, Carroll KM, Donovan D, Cooney N, Monti P, Abrams D, et al. Cognitive - Behavioral Coping Skills Therapy Manual. Natl Inst Alcohol Abus Alcohol Proj MATCH Monogr Ser. 2003;3:1–100.
59. Marllat GA, Donovan DM. Prevenção da Recaída. Artmed; 2008.
60. Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC, Florida S. Efficacy of Relapse Prevention : A Meta-Analytic Review. 1999;67(4):563–70.
61. Bretz HJ, Heekerens HP, Schmitz B. [A meta-analysis of the effectiveness of gestalt therapy]. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother [Internet]. 1994;42(3):241–60. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=7941644&lang=es&site=eds-live>
62. Aiach Dominitz V. Gestalt Therapy Applied: A Case Study with an Inpatient Diagnosed with Substance Use and Bipolar Disorders. Clin Psychol Psychother. 2017;24(1):36–47.
63. Bastos ABBI. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon Pichon. Psicólogo inFormação. 2010;14:160–9.
64. Castanho P. Uma Introdução aos Grupos Operativos: Teoria e Técnica. Vínculo – Rev do NESME. 2012;9(1):47–60.
65. Cassol PB, Terra MG, Mostardeiro SCT de S, Gonçalves M de O, Pinheiro UMS. Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012;33(1):132–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-

14472012000100018&lng=pt&tlng=pt

66. Brasil.Ministério da Saúde.Instituto Nacional de Câncer-INCA. Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Divisão de Comunicação Social/INCA, editor. Rio de Janeiro: INCA; 2001. 38 p.
67. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;10(10):CD008286. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076944>
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10b&NEWS=N&AN=23076944>
68. Volkow ND. Principles of adolescent substance use disorder treatment: A research-based guide. *Natl Institutes Heal* [Internet]. 2014;1–42. Available from: <http://www.drugabuse.gov>
69. Hernandez-Reif M, Field T, Hart S. Smoking cravings are reduced by self-massage. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 1999;28(1):28–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9973585>
70. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B, Miller W, Rollnick S, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2005;55(513):305–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15826439>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1463134>
71. Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J. Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*. 2006;101(11):1546–60.
72. Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, Dickow A, Frazier Y, Gallagher C, et al. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*. 2004;99(6):708–17.
73. Ferri M, Amato L, Davoli M, Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence (Review) Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Collab*. 2009;(3):10–2.
74. Del Vecchio T, O’Leary KD. Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(1):15–34.

75. Miguel AQC, Madruga CS, Cogo-Moreira H, Yamauchi R, Simões V, da Silva CJ, et al. Contingency management is effective in promoting abstinence and retention in treatment among crack cocaine users in Brazil: A randomized controlled trial. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2016;30(5):536–43. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/adb0000192>
76. Budney AJ, Moore BA, Rocha HL, Higgins ST. Clinical Trial of Abstinence-Based Vouchers and Cognitive-Behavioral Therapy for Cannabis Dependence. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2006;74(2):307–16. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.4.2.307>
77. Center for Substance Abuse Treatment. *Counselor 's Treatment Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2006.
78. Nowinski J; Baker S; Carroll K. *Twelve-Step Facilitation Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence*. In: Project MATCH Monograph Series. Rockville, MD: National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse; 1995.
79. Reilly PM, Shopshire MS. *Anger Management for Substance Abuse and Mental Health Clients: Cognitive-Behavioral Therapy*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2002.
80. Wallitzer KS, Deffenbacher JL, Shyhalla K. Alcohol-adapted anger management treatment: A randomized controlled trial of an innovative therapy for alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat*. 2015;59(716):83–93.
81. Dennis, M.; Godley, S.H.; Diamond, G.; Tims, F.M.; Babor, T.; Donaldson, J.; Liddle, H.; Titus, J.C.; Kaminer, Y.; Webb, C.; Hamilton, N.; and Funk R. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat*. 2004;27(3):197–213.
82. Tanner-Smith EE, Wilson SJ, Lipsey MW. The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *J Subst Abuse Treat*. 2013;44(2):145–58.
83. Kelly JF, Urbanoski K. Youth Recovery Contexts: The Incremental Effects of 12-Step Attendance and Involvement on Adolescent Outpatient Outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36(7):1219–29.

84. Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(4):433–40.
85. Stanger C, Budney AJ. Contingency Management Approaches for Adolescent Substance Use Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2010;19(3):547–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2010.03.007>
86. Kaminer, Y.; Waldron HB. Evidence-based cognitive behavioral therapies for adolescent substance use disorders: Applications and challenges. In: Rowe C, Liddle H, editors. *Adolescent substance abuse: Research and clinical advances*. New York: Cambridge University Press; 2006. p. 396–419.
87. Liddle H a, Dakof G a, Henderson C, Rowe C. Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy–Detention to Community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2011;55(4):587–604.

APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS

Nome:

Idade:

Profissão:

Tempo de serviço:

Experiência com Dependência Química e tempo:

- Acolhimento inicial:
 - Técnica utilizada:
 - Utilização de avaliação estruturada:
 - Objetivos:
 - Dificuldades encontradas:
 - Pontos a modificar:

- Grupos
 - Nomes:
 - Técnica utilizada em cada grupo:
 - Utilização de intervenções estruturadas para condução do grupo:
 - Público Alvo de cada grupo:
 - Objetivos:
 - Profissionais participantes:
 - Dificuldades encontradas:
 - Pontos a modificar:

- Atendimentos individuais
 - Técnica utilizada:
 - Utilização intervenções estruturadas para condução:
 - Objetivos:
 - Dificuldades encontradas:
 - Pontos a modificar:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: **Diagnóstico Situacional e propostas de intervenções baseadas em evidências para um CAPS AD III do Distrito Federal**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer as estratégias terapêuticas utilizadas na assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas de um CAPS AD III do Distrito Federal, sob o enfoque da saúde baseada em evidências. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, será convidado a responder a uma entrevista com questões abertas, com duração média de 30 minutos, sobre os atendimentos individuais, acolhimentos e grupos terapêuticos dos quais participa e/ou coordena. A entrevista será realizada pela própria pesquisadora e agendada em horário e local definido por você, com exceção do horário de trabalho. Será gravada e ao término salva em pasta no computador com identificação por código, data e local. A transcrição destas será realizado pela pesquisadora a fim de evitar erros relacionados a sons, ênfases fonéticas e outros detalhes presentes nas gravações.

Não são conhecidos riscos físicos pela participação na pesquisa. Porém, podem ocorrer alguns desconfortos emocionais em razão do assunto da entrevista e pelo tempo disponibilizado para a entrevista. Esta questão será observada pela pesquisadora para que minimize ao máximo algum tipo de desconforto. A pesquisadora também ficará disponível para esclarecimentos caso surja alguma dúvida.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são propostas de intervenções baseadas no conhecimento científico atual contribuindo para a melhoria da assistência prestada, subsidiando a atuação dos profissionais.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo institucional.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Professora Dra. Lisia Von Diemen, pelo telefone (51) 33596476, com a pesquisadora Isabela Borges Botelho, pelo telefone (61) 981954063 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

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

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DE COPARTICIPAÇÃO/ CONCORDÂNCIA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



TERMO DE ANUÊNCIA DE COPARTICIPAÇÃO / CONCORDANCIA

A Ana Luísa Lamounier Costa, Diretora de Saúde Mental e a **Maria do Socorro de Paiva Garrido**, Gerente do CAPS AD III Rodoviária, estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa **Diagnóstico Situacional e Propostas de Intervenções Baseadas em Evidências para um CAPS AD III do Distrito Federal**, de responsabilidade das pesquisadoras Lisia Von Diemen (orientadora e responsável pelo projeto) e Isabela Borges Botelho (mestranda), com a finalidade conhecer as estratégias utilizadas na assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas do CAPS AD III Rodoviária e as possibilidades de aplicação do enfoque da saúde baseada em evidências, em servidores da SES/DF, com previsão de início em novembro de 2016.

O estudo envolve:

- realização de entrevistas;
- administração de medicamentos;
- procedimentos clínicos ou cirúrgicos;
- exames laboratoriais ou de imagem;
- pesquisa em prontuários;
- outro: análise de fluxogramas, diretrizes, projetos existentes.

O pesquisador responsável informa que o projeto de pesquisa está sendo analisado pelo CEP da Instituição Proponente **Hospital de Clínicas de Porto Alegre** e **está ciente que as etapas do estudo envolvendo a SES-DF ou Entidades Vinculadas, somente poderão ser iniciadas** após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-DF.

Pesquisador Responsável: _____

Assinatura por **extensão** e/ou **carimbo**

Brasília, ____ / ____ / ____

HCPA
Dra. Lisia Von Diemen
Chefe da Unidade de Ensino e Pesquisa em Álcool e Drogas - UAA

Ana Luísa Lamounier Costa
Diretora de Saúde Mental
DISAM/CORIS/SAIS/SES
Mat: 172.083 X CRM-DF 14.440

Assinatura/carimbo

Responsável da SES-DF ou Entidade Vinculada: _____

Assinatura/carimbo

Assinatura/carimbo

Chefia responsável pela Unidade: _____

Assinatura/carimbo

Maria do S. P. Garrido
CRP 117787
Gerente CAPS AD III Candango
Matr. 190.322-9

CEP/Fepecs - ams

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

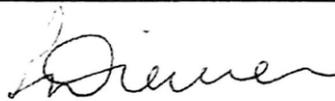
Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

Diagnóstico Situacional e Propostas de Intervenções Baseadas em Evidências para um CAPS AD III do Distrito Federal	Cadastro no GPPG
--	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD III Rodoviária vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 15 de setembro de 2016.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Lisia Von Diemen	
Isabela Borges Botelho	