

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS
PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO – PROPEP
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO NA SAÚDE E TECNOLOGIA

CLÁUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA

**COMPARATIVO DE DUAS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM SAÚDE E SUAS
RELAÇÕES NAS AÇÕES DO AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS**

MACEIÓ
2019

CLÁUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA

**COMPARATIVO DE DUAS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM SAÚDE E SUAS
RELAÇÕES NAS AÇÕES DO AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Ensino em Saúde
e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da
Saúde de Alagoas, para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Célio Fernando de Sousa Rodrigues

**MACEIÓ
2019**

Catálogo na fonte

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)

S586c Silva, Cláudia Cristina Rolim da

Comparativo de duas estratégias educativas em saúde e suas relações nas ações do autocuidado de usuários de álcool e outras drogas / Cláudia Cristina Rolim da Silva ; orientador, Célio Fernando de Sousa Rodrigues, 2019. 170 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia, Maceió, 2019.

Inclui referências.

1. Doenças mentais. 2. Saúde mental. 3. Alcoolismo. 4. Alcoólatras. 5. Drogas. 6. Viciados em drogas. 7. Cuidados pessoais com a saúde. 8. Educação em saúde. I. Célio Fernando de Sousa Rodrigues. II. Universidade Estadual de Ciência da Saúde de Alagoas. Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia. III. Título.

CDU 616.89



ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300
Fone: (82) 3315-6765 - CNPJ 12.517.793/0001-08

Ata de Defesa do Trabalho Acadêmico de Mestrado

CLÁUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA

Aos 26 dias do mês de Setembro de 2019, às 14 horas, reuniram-se os membros da Banca examinadora da Defesa do Trabalho Acadêmico da mestranda Cláudia Cristina Rolim da Silva, regularmente matriculada no Programa de Pós-graduação em nível mestrado. A Banca Examinadora esteve constituída pelos professores doutores: CELIO FERNANDO DE SOUSA RODRIGUES (orientador e Presidente), PEDRO DE LEMOS MENEZES, RODRIGO FREITAS MONTE BISPO e AMANDA KARINE BARROS FERREIRA RODRIGUES. Após a apresentação por 55 minutos do Trabalho Acadêmico intitulado "Comparativo de duas estratégias educativas em Saúde e suas relações nas ações do autocuidado de usuários de Álcool e Outras Drogas" e dos recursos educativos: "A vida de Antônio" (vídeo) e "Manual educativo para o incentivo do autocuidado de usuários em tratamento devido o uso de substancias psicoativas – Sugestões de atividades de educação em saúde", a mestranda foi arguida pela banca na seguinte ordem:

Dr.ª Amanda K.B.F. Rodrigues, Dr. Rodrigo Freitas Monte Bispo e Dr. Pedro de Lemos Menezes. Reunidos em sessão aberta às 17.00 horas, os examinadores consideraram a mestranda APROVADA.

Para constar foi lavrada a presente ata que depois de lida e aprovada foi assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Banca Examinadora:

Celio Fernando de Sousa Rodrigues
PROF. DR. CELIO FERNANDO DE SOUSA RODRIGUES – UNCISAL

Amanda Karine Barros Ferreira Rodrigues
PROF.ª DR.ª AMANDA KARINE BARROS FERREIRA RODRIGUES – UFAL

Pedro de Lemos Menezes
PROF. DR. PEDRO DE LEMOS MENEZES – UNCISAL

Rodrigo Freitas Monte Bispo
PROF. DR.: RODRIGO FREITAS MONTE BISPO – UFAL

A todos que por diversas causas e situações se encontram estritamente ligados a uma substância, a um objeto.

Que reconheçam suas potencialidades e com novas oportunidades, consigam escrever novas e felizes páginas da sua vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus imensamente por me presentear todos os dias com sua presença. Nas dificuldades, nas alegrias em cada página escrita, nas pessoas que contribuíram para que tudo isso fosse possível... eu vi o Seu cuidado. Obrigado Senhor.

Ao meu pai Cicero Belarmino (in memoria), que mesmo não podendo contar com sua presença física vibrou com essa e com todas as minhas realizações ... desde o início e para sempre.

À minha mãe Cicera Rolim, que me deu a vida e fez o impossível para dar a oportunidade para que todos os seus filhos tivessem a possibilidade de estudar. Para que possuíssem o que ninguém consegue roubar: O conhecimento.

Nos momentos de dificuldades, meus pais foram minha inspiração.

Ao meu esposo João Paulo, que escolheu permanecer ao meu lado, sonhou junto comigo para que tudo isso fosse real. Ao meu filho João, sou grata por sua existência, seu sorriso, sua saúde. Desejo que no futuro seja um homem que lute pelos seus sonhos e tenha sede de conhecer, mas que saiba reconhecer nos outros e em si a riqueza da simplicidade e da bondade para com o próximo.

Aos meus irmãos, Cledja, Cledson, Kleiton ... são especiais para mim.

À minha turma de Mestrado, por todos os momentos vivenciados nesse processo de ensino aprendizagem, tão rico e desafiador. Em especial a Fany que soube ser parceira e apoio nas dificuldades.

À Andréa por me escutar, me aconselhar e ser essa pessoa maravilhosa e de luz.

Agradeço a todos os professores do Mestrado, que compartilharam seu conhecimento conosco, em especial a professora Dr^a Almira Santos, o professor Dr. Euclides Marinho pelo seu cuidado e atenção com todos os discentes do curso e ao meu orientador, professor Dr. Célio Fernando, por abrir um leque de possibilidades no campo da pesquisa.

Por fim, agradeço imensamente aos participantes desta pesquisa.

Serei eternamente grata a todos vocês.

“Não tenha medo do caminho, tenha medo de não caminhar”.

Augusto Cury.

RESUMO

Os mecanismos relacionais do indivíduo com a droga são complexos. Ações educativas em saúde podem ser executadas de diferentes modelos, tornando-se interessante avaliar os seus resultados. **Objetivo geral:** Comparar os efeitos de duas estratégias educativas e suas relações nas ações de autocuidado de pessoas acompanhadas por uso de álcool e outras drogas. **Objetivos específicos:** 1) Identificar o impacto das estratégias educativas na redução do consumo de álcool e maconha 2) Avaliar a capacidade de autocuidado dos participantes; 3) Relacionar a redução do consumo de álcool com a capacidade de autocuidado após a aplicação de cada estratégia educativa; 4) Comparar a adesão/ participação dos usuários; 5) Ofertar produtos educativos em saúde para profissionais e população. **Métodos:** Os participantes foram alocados em dois grupos: grupo com intervenções educativas com a estratégia tradicional (GT) e grupo com intervenções educativas com a estratégia dialógica (GD). Em ambos os grupos os participantes foram acompanhados e avaliados em grupo e individualmente por 3 meses. Estudo analítico, descritivo, experimental, com grupo controle não-equivalente. Aplicado pré e pós teste, com dois instrumentos de avaliação: da capacidade de autocuidado (ASA-A) e de dados sociodemográficos e comportamento de uso da droga. Para análise dos dados, foram utilizados o teste de Friedman e o coeficiente de correlação de Pearson. O programa Bioestat - 5.0 para obtenção dos indicadores, considerado o valor significativo quando $p < 0,05$. **Resultados:** demonstraram que os efeitos no comportamento do uso de etanol, o autocuidado, a adesão dos participantes do grupo GD apresentaram maior êxito comparado ao grupo GT. **Conclusão:** A a estratégia dialógica ocasiona em melhor redução no consumo de etanol e maconha, nas queixas relacionadas aos conflitos familiares e financeiros, e melhor adesão/ vínculo no tratamento quando comparado a estratégia tradicional.

Descritores: Educação em saúde; Autocuidado; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Saúde Mental.

ABSTRACT

The mechanisms that are related to individuals and drugs are complex. Educative actions in the healthcare system can be applied in different models, this way making it interesting to analyze the result. **General Objective:** The comparison between two educative strategies in healthcare and how they relate to self-care in individuals who are users of alcohol and other drugs. **Specific Objectives:** 1) Identify the impact of educational strategies in the reduction of the consumption of alcohol and marijuana; 2) Evaluate the self-care capacity of the participants; 3) Relate the reduction of alcohol consumption to the participants capacity to care for themselves after the implementation of each educational strategies; 4) Compare the attendance/participation of the Alcohol and Marijuana users; 5) Offer educational material to professionals and general population. **Methods:** The participants were allocated in two groups; Group the carried out the educative strategy that followed the traditional model (GT) and group of dialogical strategy (GD). In both groups the participants were individually analyzed, and they participated in those groups for a period of 3 months, following the educative model of each group. The study was analytical, descriptive and experimental with a non-equivalent group control. A pre and pos-test were applied with two evaluation instruments: The Friedman test and the Pearson Correlation Coefficient were utilized to analyze and measure data. The capacity to care for themselves (ASA-A) and the evaluation of sociodemographic data and behavior associated with drug consumption. The Bioestat program – 5.0 to obtain significant indicators of value when $p < 0,05$. **Results:** Demonstrate that the effects on people while using ethanol, the way they care for themselves and attendance of the participants of GD group presented more accomplishments when compared to those of the GT group. **Conclusion:** The dialogical educative strategy promotes reduction in the consumption of ethanol and Marijuana, the complaints related to family conflicts and financial problems and better attendance/adhesion to treatment and follow through when compared to traditional strategy.

Descriptors: Health education; Self care; Substance related disorders; Mental health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.2 MODELOS EDUCATIVOS EM SAÚDE E O AUTOCUIDADO.....	22
2. OBJETIVOS.....	34
2.1 OBJETIVO GERAL.....	34
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
3. MÉTODO.....	35
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
3.3.1 Amostragem.....	36
3.3.3 Critérios de Exclusão.....	37
3.6 Intervenções.....	39
3.6.1 Condições comuns em ambos os grupos.....	39
3.6.2 Estratégia educativa dialógica.....	40
3.6.3 Estratégia educativa tradicional.....	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
4.3 CONSUMO DE ETANOL E MACONHA RELATADO.....	51
4.7 ADESÃO DOS PARTICIPANTES.....	64
5. CONCLUSÃO.....	66
PRODUTOS EDUCACIONAIS.....	67
2. OBJETIVOS.....	70
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	71
4. REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	73
5. CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES.....	92
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	92
APÊNDICE B: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E COMPORTAMENTO DE USO DAS DROGAS.....	96
APÊNDICE C – ARTIGO.....	97

APÊNDICE D – MANUAL EDUCATIVO.....	114
APÊNDICE E-DECLARAÇÃO DE APLICABILIDADE DOS PRODUTOS EDUCATIVOS.....	154
ANEXOS.....	155
ANEXO A – ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO ASA-A.....	155
ANEXO B – NORMAS DA REVISTA.....	159
ANEXO C –PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	167

ABREVIATURAS

AIDS-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ASA A- A-ESCALA DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

ASSIST-*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening* - Triagem de Álcool, Tabagismo e Outras Substâncias.

AUDIT- *Alcohol Use Disorders Identification Test*- Teste de identificação de transtornos por uso de álcool.

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de álcool e Outras Drogas.

CAGE -CUT DOWN, ANNOYED, GUILTY EYEOPENED

EUA- Estados Unidos da América.

HIV- Vírus da imunodeficiência Humana.

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

SNC- Sistema Nervoso Central

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TABELAS

Tabela 1: Comparativo em relação a adesão dos participantes dos Grupos GT e GD...64

GRÁFICOS

Gráfico 1. Quantitativo de pessoas que relataram os tipos de drogas autorrelatadas consumidas pelos participantes do estudo.	51
Gráfico 2. Comparativo do consumo médio mensal de etanol relatado dos grupos: Tradicional (GT) e Dialógico (GD).	52
Gráfico 3. Média de cigarros de maconha/mês fumados por grupo GT e GD.	55
Gráfico 4. Comparação da média de autocuidado dos participantes de ambos os grupos observada após as ações educativas.	56
Gráfico 5. Correlação de quantidade de álcool ingerida e o autocuidado no grupo GT.	58
Gráfico 6. Correlação de quantidade de álcool ingerida e o autocuidado no grupo GD.	58
Gráfico 7. Tipos de Problemas relatados e vivenciados pelos participantes do GT.	60
Gráfico 8. Tipos de Problemas relatados e vivenciados pelos participantes do GT.	61

QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Síntese das concepções, vantagens, desvantagens e aplicações dos Modelos Tradicional e Dialógico de Educação.....	25
Quadro 2. Artigos seleccionados com temas sobre educação em saúde e o uso de drogas.....	27
Quadro 3. Artigos seleccionados com ações educativas envolvendo o autocuidado.....	30
Quadro4 Características sociodemográficos dos grupos tradicional e dialógico.....	49
Quadro 5. Complicações de saúde referidos pelos participantes dos grupos T e D.....	62

1. INTRODUÇÃO

O conceito de dependência química ainda não foi elucidado, mas há algumas teorias que buscam explicações tais como, o modelo de doença, em que a dependência está relacionado a algo crônico e herdado; o modelo de comportamento aprendido, ações individuais estão condicionados aos pensamentos e desejos que poderiam ser modificados através de autorreflexões -ações com novos hábitos; modelo psicanalítico, a dependência está diretamente relacionada a alguma deficiência ou privação afetiva, durante a infância; os modelos familiares que destaca a importância do papel da família no tratamento; e o modelo biopsicossocial, mais aceito atualmente, que engloba todos os modelos citados, uma vez que além do fator químico de cada pessoa, os fatores sociais, culturais, familiares e comportamentais são essenciais nas causas, tratamento e reabilitação dessas pessoas (BORDIN, *et al*, 2010).

Embora se considere a tamanha complexidade quando se remete a esse assunto, a maior parte dos pesquisadores discorrem que a dependência de substâncias é uma doença crônica e recorrente que acomete o sistema nervoso central – SNA, ocasionada pelo desejo excessivo e de modo não controlado pela droga, apesar dos prejuízos decorrentes já instalados e observados até pelo próprio indivíduo. (MALBERGIER; OLIVEIRA JUNIOR, 2011).

Esse consumo descontrolado vem aumentando rapidamente, nos últimos anos, se tornando um problema de saúde pública. Em 2016, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime ([UNODC](#), 2016) identificou que houve um aumento do número de pessoas descritas como “dependente de drogas” em todo o mundo, de 27 milhões, em 2013 para 29 milhões, em 2014.

Isto é preocupante, uma vez que em muitas situações os indivíduos priorizam o consumo, seja de álcool ou outras drogas ilícitas em detrimento a obtenção de alimentos, do convívio familiar e autocuidado, acarretando em conflitos, em discussões, no surgimento de doenças, deficit de memória, tomada de decisões, capacidade de absorver informações, e na violência conjugal (MONTEIRO, *et al*, 2011; RIGONI; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Para o atendimento dessas situações entre os dispositivos existentes da rede de atenção psicossocial - RAPS composta pelas unidades básicas, hospitais gerais, unidades de acolhimento, serviços de urgência, serviços de residência terapêutica, hospital psiquiátrico,

dispõem-se dos chamados Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e ou Outras Drogas - CAPS Ads (BRASIL, 2019).

O Caps ad é uma unidade de saúde de média complexidade, com base comunitária, não hospitalocêntrico, voluntário e porta aberta, estão localizados o mais próximo da população. Conta com uma equipe multiprofissional possuindo como eixo norteador a realização de atividades participativas e coletivas, com diferentes propósitos, tais como, o resgate a construção da autonomia de cada indivíduo, estímulo a cultura e ampliação de suas redes sociais (BRASIL, 2012).

Segundo Rocha *et al* (2019) todos os profissionais que atuam nessas unidades trabalham de modo interdisciplinar seguindo os preceitos da humanização da assistência e a valorização da singularidade. Entretanto, Oliveira *et al* (2019) enfatizaram que é essencial nesses espaços, o aumento da frequência da realização de grupos educativos em saúde que busquem o desenvolvimento de habilidades em prol do autocuidado, já que pode ocasionar em resultados positivos para os sujeitos.

Durante as práticas educativas em saúde, se forem bem aplicadas, o profissional tem a oportunidade de transmitir ou discutir conhecimentos para o desenvolvimento da autonomia, autocuidado, resgatar a qualidade de vida, prevenir doenças e agravos dos participantes (SANTOS; GOMES; LIMA, 2018), favorecendo dessa forma, o despertar, a obtenção do conhecimento para uma compreensão das situações vivenciadas e a adoção de novos hábitos de vida.

Porém, observa-se que essas ações realizadas em geral, estão centradas na doença com a utilização de metodologias tradicionais, de modo que a cultura das pessoas não é considerada como ponto de partida para o planejamento dessas ações. (SALCI *et al*, 2013).

Outros autores, Oliveira e Marcon (2007), também corroboram, e afirmam que a educação em saúde é realizada a partir do modelo tradicional, tendo como finalidade a modificação de comportamentos, além de “curar” doenças através de orientações verticalizadas.

Apesar desse modelo ser muito questionado, ainda está enraizado pelos profissionais. E pouco se tem feito para uma educação transformadora no contexto dos campos do Sistema Único de Saúde. (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2010). Mais especificamente, quanto aos usuários de substâncias psicoativas, ainda é identificado certa desmotivação, e um descrédito diante das potencialidades desses indivíduos, das

possibilidades de recuperação e reinserção social, devido ao uso abusivo de drogas, percepções estas de caráter individual, de sua família e da sociedade.

1.1 Classificação: Uso, abuso ou dependência?

Existem alguns termos/conceitos que são bastante utilizados nos aspectos referentes ao padrão de uso de substâncias psicoativas, e assim há alguns detalhes, que se não bem compreendidos podem gerar dúvidas diante de sua classificação.

Para Sadork (2017) e Dalgarrondo (2008) a dependência é apontada quando ocorre o uso repetidamente da substância podendo está presente os sintomas físicos decorrentes com a retirada da droga no organismo (abstinência) e a tolerância (necessidade de quantidades elevadas), e devido esse consumo ocorrem sinais e sintomas físicos, psicológicos, sociais; há uma relação do sujeito-droga e o descontrole. O abuso ou o uso nocivo verifica-se uso frequente mesmo que ocorra dano físico, mental ou /e familiar. E classifica-se como uso, quando ocorre de modo esporádico, pontual e não levar ao quadro de dependência.

Nesse sentido, destaca-se que apesar de diagnóstico de dependência ou uso abusivo, o tipo de substância utilizada não define a gravidade da doença, ou o tipo de consumidor a proposta terapêutica. De modo, que independente desses requisitos, o profissional deve propor-se durante a assistência prestada, ajudar as pessoas a ter autocontrole, autonomia para combater/minimizar os prejuízos advindos com o consumo (BRASÍLIA, 2014).

A partir do entendimento das relações entre droga, sujeito e contexto, é possível perceber os diferentes usos de drogas apresentados na situação problematizadora. Cada tipo de sujeito traz aspectos psicológicos, sociais e biológicos singulares. Para cada tipo de uso de drogas, há um contexto e um sujeito específico. Na cena em que os pais do jovem estão em casa fazendo o uso de álcool em frente à TV e nas cenas do bar e da balada com os amigos, é possível observar as especificidades dos contextos em que os usos ocorrem, muitas vezes naturalizados e não vistos como problemáticos. No entanto, quando retratada a cena da praça, onde há pessoas em situação de rua, com uma condição mais extrema de vulnerabilidade social, torna-se mais fácil apontar que esse uso de drogas é o mais problemático, sem reconhecer o seu próprio uso de álcool, muitas vezes abusivo, também como problemático. (BRASÍLIA, p. 12, 2017).

Cenas como essas estão presentes frequentemente no cotidiano das pessoas; principalmente em relação ao consumo do álcool, uma vez que seu uso é estimulado socialmente em diversos espaços recreativos, de modo a transcorrer às sensações prazerosas

para um consumo abusivo, o que aumenta a probabilidade do aparecimento de transtornos pessoais e coletivos (CALVACANTE, *et al* 2012).

Além da compreensão do contexto de vida é imprescindível compreender os mecanismos que ocorrem no organismo. Para tal é necessário avaliar o nível de consumo e o tipo de substância, sobre isto, em relação ao uso, a frequência e a quantidade do consumo do etanol. Nóbrega (2012) classifica o comportamento/uso em padrões de baixo risco (baixas doses consumidas); Consumo de risco (ingestão em que aumenta a probabilidade do surgimento de prejuízos) e Alto risco (prejuízos já são verificados). **Tabela 1.**

Tabela 1: Classificação: Risco de consumo de álcool por homens e mulheres.

CLASSIFICAÇÃO	HOMENS	MULHERES
Baixo Risco	< 21 unidades/ semana ou < de 3 unidades/dia.	< 14 unidades/ semana ou < de 2 unidades/dia.
Consumo de Risco	22 a 50 unidades/semana ou 3 a 7 unidades/dia	15 a 35 unidades/semana ou 2 a 5 unidades/dia
Alto Risco	> 51 unidades/semana ou > de 7 unidades/dia	> 36 unidades/semana ou > de 5 unidades/dia

Fonte: Nóbrega (2012, p. 219).

É caracterizado como bebedor excessivo, a pessoa que faz a ingestão de cerveja, vinho, destilados, de mais de 21 unidades/semana para homens e mais de 10 unidades/semana para mulheres ou aquele que é considerado o bebedor excessivo episódico, em que seu uso é de mais de 10 unidades para homens e de 7 unidades para mulheres (TELESSAÚDE, S/ANO).

Tabela 2: Relação de tipo de bebida / medidas/unidades.

TIPO DE BEBIDA	MEDIDA	VOLUME	UNIDADES
Cerveja	1 lata	350 ml	1,7
Vinho	1 Cálice	90 ml	1,1
Destilados	1 dose	35 ml	2

Fonte: (TELESSAÚDE, S/ANO).

O diagnóstico de dependência, segundo a 5ª edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5, 2014) está associado diretamente ao surgimento de situações e ou complicações evidentes: não conseguir interromper/diminuir o consumo apesar do desejo; gastar maior parte do tempo para obtê-la, consumi-la ou se recuperar dos danos ocasionados; todas as atividades que o indivíduo executa giram em torno do consumo; há a fissura, forte desejo em consumir a droga, compulsão.

O consumo excessivo é ocasionado devido ao desejo de consumir a droga, onde há o descontrole, possivelmente há algum prejuízo, de ordem física, mental ou social. As áreas que envolvem as necessidades de alimentação, higiene, sono e proteção, o autocuidado, são afetadas, e os mesmos só buscam ajuda profissional quando se encontram com o problema instalado (BITTENCOURT, *et al*, 2019).

E ainda doente, debilitado e com oportunidades de recuperar sua saúde, o usuário muitas vezes não consegue enxergar ou não tem outras possibilidades, e acaba por fazer um novo consumo da droga (SILVA, 2012). São as relações construídas entre o usuário e a substância.

Isto pode ser explicado por que o sistema de recompensa cerebral é ativado diante da realização de atividades prazerosas, como sexo, alimentação, música e o uso de drogas de abuso, levando o indivíduo a “aprender” que aquele uso ou atividade ocasiona prazer, favorecendo o desejo de repetição. O principal neurotransmissor liberado é a dopamina, sendo potencialmente bem maior no caso de uso de drogas quando comparado as outras atividades. Quando há aumento na frequência e intensidade do consumo ocorre a plasticidade nas sinapses exigindo-se o consumo repetido para obtenção das sensações prazerosas (MALBEIGIER; OLIVEIRA JÚNIOR 2014; 2010).

Desta forma, justifica-se as escolhas e comportamentos frente ao desejo, e a impulsão pela substância.

Os efeitos no Sistema Nervoso Central, em relação ao tipo de substância variam. Ou seja, existem aquelas que provocam inibição, consideradas como depressores, como o álcool, excitação, como cocaína, crack, opi e tabaco e as perturbadoras, que ocasionam delírios, alucinações e ilusões, como a maconha (SILVA, 2011).

As áreas que as substâncias agem compõem-se do sistema meso límbico, composto por extensões dopaminérgicas que se estendem no cérebro para o sistema de recompensa, hipocampo (aprendizagem), amígdala (absorção de informações emocionais e dos estímulos

ambientais) e núcleo accumbens (causador do aprendizado e da motivação) e o sistema mesocortical, constituído pela área tegmentar ventral, córtex pré frontal (cognição e ações sequenciadas), giro do cíngulo (atenção, memória, cognição, emoção), córtex orbitofrontal (impulso e tomada de decisão) (BRASÍLIA, 2014).

Somando-se, existem as consequências agudas e crônicas, de médio e longo prazo, que interferem e causam prejuízos em várias esferas na vida do indivíduo e de seu entorno, como acidentes automobilísticos, gastos com internações hospitalares, doenças crônicas, infecções sexuais, e o convívio social, familiar, como também sua força de trabalho, entre outros. Corroborando, estudo realizado por Andrade *et al* (2016) identificou nos participantes alguns problemas no âmbito financeiro, social e da saúde, sendo mais intenso nas questões nutricionais.

Por diversas características a se considerar diante da necessidade de uma avaliação profissional, foram elaborados e validados alguns instrumentos no Brasil, como Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST); Cut down, Annoyed, Guilty Eyeopened (CAGE), que dão suporte para os profissionais da saúde e são utilizados/recomendados para triagem, para identificar/intervir/e/ou encaminhar para serviços de tratamento especializados, pessoas com sinais, sintomas, queixas e históricos suspeitos de comprometimento relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. (BRASÍLIA, 2014).

O AUDIT permite a investigação do uso do álcool nos últimos 12 meses, traz 10 perguntas relacionadas a frequência, quantidade, comportamento e sintomas de abstinência. A partir das respostas gera uma pontuação por questão, que varia de 0-4 pontos, a partir da pontuação final (0-40 pontos) direciona o profissional de saúde para orientações individuais diante do padrão de consumo. (PIRES; WEBSTER, 2011).

Um dos questionamentos realizados no AUDIT, é sobre a quantidade de doses de álcool consumida no dia. A dose não está relacionada ao tamanho do copo, mas sim a quantidade de etanol presente no tipo de substância ingerida. (CISA, 2014).

Outro instrumento validado e que pode ser utilizado para triagem de pessoas que precisam de assistência de profissionais de saúde é chamado de CAGE é composto por quatro perguntas, das quais o examinador aborda a percepção, sentimentos e expectativas do indivíduo sobre o seu uso, em relação a diminuição/interrupção do uso de álcool; investiga

sintomas de abstinência e fissura pelo álcool, (FILHO, *et al*, 2001), se duas ou mais respostas forem afirmativas, sugere-se a indicação de acompanhamento profissional.

Outro instrumento é o ASSIST, teste de triagem do uso de tabaco, álcool e outras substâncias, mais apropriado para ser utilizado por profissionais, como rastreamento em serviços não especializados, como na atenção primária.(HENRIQUE *et al*, 2004). Também investiga os hábitos e comportamento de uso nos últimos 3 meses, o autocontrole e a percepção de familiares /amigos do indivíduo.

Por fim, durante avaliação/ rastreamento e indicação de tratamento é necessário ainda que o profissional de saúde envolva familiares e amigos do indivíduo uma vez que a participação dos mesmos no tratamento, como também nas decisões são aspectos necessários para sua efetividade.

Logo, sob a ótica de profissionais em unidade de tratamento para dependentes químicos, foi verificado que uma comunicação não agressiva, empática e conciliadora, no sentido de promover um ambiente harmônico entre os membros familiares são combustíveis para o sucesso no tratamento proposto por permitir a negociação de mudanças para resolução de problemas existentes (ZERBETTO; GALERA; RUIZ, 2017).

1.2 Modelos educativos em saúde e o autocuidado

A educação em saúde é um elo entre profissionais, população, gestão, e está presente em todas as atividades profissionais com os usuários nos campos de atuação do Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva deve haver o desdobramento para a promoção da cidadania, democratização do direito do saber e o empoderamento de pessoas e coletivos. (BRASIL, 2007).

Mas para o planejamento da ação educativa, é relevante que os profissionais responsáveis, reconheçam as particularidades de cada situação e de cada indivíduo, e acolham o que está sendo solicitado pelo usuário, e assim consigam desenvolver ações educativas que promovam o desenvolvimento do autocuidado, para Valério (2012) a proposta terapêutica e a assistência deve ser construída com o sujeito e nunca sobre o mesmo.

Essa aproximação da assistência profissional com a realidade dos sujeitos nos seus espaços comunitários, com enfoque nos saberes e nos movimentos sociais construídos a partir e para essas discussões são concepções da educação popular em saúde (FALKENBERG *et al* ,

2014), que assegura a realização de autorreflexões para a tomada de decisões a partir do contexto de vida os quais estão inseridos (CARNEIRO, *et al*, 2010).

Em relação ao usuário de substâncias psicoativas, esta assistência deve essencialmente ser direcionada para o trabalho sobre a lógica de reduzir os danos e não impor a abstinência como medida efetiva. O trabalho na lógica da redução de danos, está baseado no respeito das escolhas individuais e na autonomia do usuário no seu tratamento. Uma vez que para o tratamento não importa o tipo de droga, mas a maneira como a pessoa se relaciona com a mesma e os resultados advindos do consumo (VALÉRIO, 2012).

Por considerável complexidade é que há uma dificuldade para estabelecer parâmetros e propostas relacionadas a fim de comparar os resultados com outras doenças (SCHNEIDER, 2010). Estudo realizado por Vasconcelos *et al*, (2012) apontou que ofertar oportunidades para essas pessoas reconhecerem as escolhas frente a negligência com a própria saúde, contribuiu para identificar mudanças necessárias para o resgate de sua saúde.

Em relação ao autocuidado, a teoria do deficit de autocuidado de *Dorothea Oren* (QUEIROS; VIDINHA; FILHO, 2014) caracteriza o autocuidado como uma ação ensinada e aprendida quando o mesmo tem interesse de resgatar sua saúde e bem-estar. Tendo como proposta principal ajudar o indivíduo a desenvolver o cuidado para consigo. (POTTER; PERRY, 2009).

De modo que o mesmo tenha ações para seu autocuidado, mas estas ações podem sofrer influências de fatores como idade, sexo, padrões de vida, sociais e culturais (OREM; TEYLOR, 2011). Podendo ser incluídos os hábitos relacionados ao padrão de uso de drogas, uma vez que geralmente as relações sociais e culturais são construídas e prejudicadas devido ao uso descontrolado e abusivo.

Segundo a teoria do autocuidado, no sistema de apoio educação, ainda que o intuito do enfermeiro seja a de prestar assistência para a promoção do autocuidado na situação em que o paciente possuir capacidades de executar ações, a decisão é do paciente. Por isso é válido envolver o indivíduo na proposta terapêutica para ser agente de seu próprio autocuidado, com estratégias que despertem e o motivem para a execução de atitudes que proporcionem o resgate e a melhoria de sua saúde. (MENDONÇA, *et al*, 2017).

Uma das formas de orientação é por meio da educação em saúde, durante a realização de grupos específicos, que estimulem ações e reflexões sobre sua realidade e promovam a

autonomia em seus mais diferentes aspectos, do reconhecimento à conscientização das consequências de suas escolhas.

Torna-se ainda imprescindível expor que a educação em saúde é uma ação complexa, já que envolve várias dimensões (religião, política, cultura) que se relacionam com a realidade do indivíduo e a sociedade (SALCI *et al*, 2013).

Sobre o referido, uma das responsabilidades do Enfermeiro é contemplar as reais necessidades sociais, de forma que suas competências e habilidades, como exemplo a promoção de estilos de vida saudáveis, concilie às necessidades individuais e coletivas a fim de ser um agente da transformação social (DCN, 2001).

Independente da profissão, o educador/facilitador do grupo, precisa refletir em sua prática, Paulo Freire (1987) afirma que quando a teoria se distancia da realidade prática, a transmissão do conhecimento torna-se passiva e vertical.

Para o autor supracitado, o planejamento de temas deve ser realizado por meio do diálogo entre o educando e o educador, provocando e gerando inquietações e modificações, uma revolução (interna e externamente) coletivamente. Este modelo dialógico, é dinâmico e aguça a criticidade e o diálogo com a realidade (FIGUEIREDO, *et al*, 2010).

Estratégias como estas, estão associadas a teoria do *Empowerment*, de Paulo Freire, considerada como uma teoria social, cultural e construtivista, uma vez que as discussões ocorrem frente a problemática vivenciada, é favorecido à tomada de conscientização do indivíduo/grupo, para fazer com que o coletivo se empodere tornando-os ativos e atuantes, a partir das mudanças necessárias e reconhecidas para solucionar os problemas ou situações identificadas (VALOURA, 2011).

É nesse processo sociocultural, que resultam em movimentos coletivos, individuais e inter-relacionais que se consegue a promoção da saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

As propostas metodológicas, chamadas de metodologias ativas são estratégias emancipadoras, que se encaixam perfeitamente nesses modos de promover a saúde, isso porque o processo do aprender surge de experiências vivenciadas pelos indivíduos, focos da ação educativa, e simuladas (o mais próximo da realidade), propondo discussões que levam a compreensão da realidade, a fim de solucionar os problemas encontrados, em seus diferentes contextos. (VILLELA, *et al*, 2013).

Queiroz (2014) em sua pesquisa com usuários de um CAPS AD, em um grupo de redução de danos, utilizou estratégia dialógica como recurso, observou que esta proporcionou

um espaço de exposição de sentimentos, reflexões e troca de experiências para a conscientização. Destacou que as práticas nos serviços de saúde mental precisam vencer o modelo biomédico e consiga modificar o sujeito/usuário em ativo e protagonista do seu tratamento.

No entanto, é observado que outra forma metodológica, chamada de metodologia tradicional ainda é bastante prevalente na realidade do SUS. A ação educativa é realizada de maneira vertical com a transmissão de conhecimento. Freire (1987) define esse modelo educativo como bancário, em que os educandos, nesta forma tradicional, devem ser pessoas passivas, recebendo informações e colocando-as em “depósitos” para serem arquivadas pelos que não tem “nenhum” conhecimento sobre o assunto, existindo aí uma forma de dominação do conhecimento, dos que se julgam sábios e detentores do saber.

Essa concepção positivista apresentam como características a imposição e prescrição de comportamentos de modo tal que reduz a ação educativa como fórmulas rígidas preconceituosas e penalizadoras, onde não há o espaço para o questionamento e a expressão da dúvida. (BRASIL, 2007). De tal forma, que a comunicação do profissional com o usuário é essencialmente objetiva, e as informações têm como finalidade a obtenção de comportamentos saudáveis e mudança de hábitos, prática biológica, centrada na doença.

Para uma melhor compreensão das diferentes características de cada modelo educativo, Figueiredo *et al* (2010) apresentou um quadro ilustrativo, apresentado a partir de uma revisão de literatura (**Quadro 1**).

Quadro 1. Síntese das concepções, vantagens, desvantagens e aplicações dos Modelos Tradicional e Dialógico de Educação.

QUADRO COMPARATIVO COM DIFERENTES MODELOS EDUCATIVOS	
Modelo Tradicional	Modelo Dialógico
• Transmissão de conhecimentos; • Cabeça cheia de informações; • Não propõem reflexões nos indivíduos; • Transmissão do conhecimento verticalizado; • Educando passivo e receptor de informações	• O sujeito é reflexivo e participativo diante das discussões; • Favorecimento do diálogo; • Construção do conhecimento (horizontal) • Educando ativo e autônomo
Aplicação	Aplicação
• Projetos e capacitações com	• Projetos e capacitações para uma comunidade;

direcionamento nacional; • Grupos educativos para um elevado número de pessoas; • Proposta de sensibilização de pessoas.	• Grupos educativos para a menor quantidade de pessoas; • Proposta de promover saúde e a autonomia das pessoas.
--	--

Fonte: Adaptado de Figueiredo, et al (2010).

É possível observar na tabela que Figueiredo et al (2010), recomenda que metodologias tradicionais sejam aplicadas quando o grupo de pessoas é elevado. Destaca que as metodologias que favorecem o modelo dialógico sejam implementadas em grupos com base comunitária para favorecer a autonomia dos sujeitos.

Já a educação em saúde seguindo o modelo dialógico favorece o despertar da conscientização da reflexão do indivíduo e do diálogo diante seus problemas cotidianos. Principalmente leva o indivíduo e seu grupo para a compreensão de uma forma mais ampla dos processos que envolvem o adoecimento, o resgate e a manutenção da saúde (JUNIOR, *et al*, 2013).

Compreendendo a importância de discussões frente a esse problema mundial, que envolve o uso de drogas torna-se de suma importância o surgimento de novos estudos, a partir da compreensão e do entendimento de pesquisas em andamento, para que investigações possam somar de modo efetivo, trazendo mais informações aos profissionais, gestores e população acometida pela dependência química.

É por esta relevância que executou-se revisão na literatura dos últimos cinco anos, sobre intervenções educativas realizadas para usuários de álcool ou outras drogas, envolvendo o autocuidado e comportamento de uso de drogas.

Foi realizada busca na base de dados PUBMED (National Center for Biotechnology Information) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), nos meses de Janeiro a Março de 2019, dos últimos 5 anos, utilizando os seguintes descritores: “Health Education”, “Substance Related Disorders”, “Self Care”, que resultaram em 410 artigos.

Foram excluídas publicações que apresentavam como tema central o uso do tabaco, medicamentos de controle especial, protocolos de estudos, pesquisas transversais e incompatíveis com esta busca. Após aplicados os critérios de exclusão, restaram 12 artigos que foram selecionados.

Dos artigos selecionados, 50% (n=6) avaliaram os impactos de intervenções educativas e o consumo do álcool e/ou outras drogas (BOGENSCHUTZ, *et al* 2015; BYRNE, *et al* 2014;

CAMPBELL *et al*, 2014; ROSE, *et al* 2017) DIEPERINK *et al* 2014; NADKARNI, *et al*, 2017) conforme verificado no **Quadro 2**.

Quadro 2. Artigos selecionados com temas sobre educação em saúde e o uso de drogas.

AUTOR/ ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS DO PARTICIPANTES	TIPOS DE INTERVENÇÃO	RESULTADOS
Bogenschutz <i>et al</i> (2015)	Comparar os efeitos de uma intervenção breve com reforço por telefone com os de triagem, avaliação e encaminhamento para tratamento e com apenas triagem mínima.	Pacientes (n-1285) de 06 hospitais nos EUA. Homens-70% com idade média de 36 anos.	Intervenção 1 -avaliação e encaminhamento com uma sessão de aconselhamento motivacional com 2 sessões de reforço por telefone no mês seguinte (n-427). Intervenção 2 – panfleto informativo, avaliação e encaminhamento para tratamento, se indicado (n-427). Intervenção 3 -panfleto informativo (n-431).	Não houve diferenças significativas entre os grupos em dias de autorrelato da droga primária, dias de uso de qualquer droga ou dias de consumo pesado.
Byrne <i>et al</i> (2014)	Determinar se a intervenção breve em comparação com o cuidado habitual melhora os resultados de uso de drogas.	Participantes de 7 salas de espera de atenção primária dos Estados Unidos. (n 868). -Homens (70%)	Intervenção 1 – intervenção breve de 30 min. (1-2 sessões); uso de um folheto e lista informativa sobre o uso e recursos sobre substâncias e uma tentativa de reforço por telefone após 2 semanas. Intervenção 2 (controle) – uso de folheto ilustrativo sobre a gravidade em relação ao uso e lista de recursos sobre tratamento.	Não foi identificado mudanças significativas nos hábitos relacionados a frequência de uso de drogas após a utilização da intervenção breve. Nos dois grupos houve redução modesta e semelhantes apenas nos primeiros 3 meses, sem alteração posterior.
Campbell	Avaliar a	Pessoas dependentes	Intervenção – (n-255)	Os participantes da

AUTOR/ ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS DO PARTICIPANTES	TIPOS DE INTERVENÇÃO	RESULTADOS
<i>et al</i> (2014)	eficácia do Sistema de Educação Terapêutica, fornecida pela internet, como extensor clínico de tratamento de transtornos por uso de substâncias.	em programas de tratamento ambulatorial. (n-507) nos EUA.	intervenção realizada pela internet (módulos de 20-30min). Grupo controle – tratamento de rotina (n-252).	intervenção, pela internet, obtiveram maior tempo de abstinência e maior adesão ao tratamento em comparação com o tratamento usual.
Dieperink <i>et al</i> (2014)	Determinar a eficácia da terapia motivacional no uso de álcool em pacientes com o vírus da hepatite C (HCV) e no transtorno por uso de álcool.	Pacientes com vírus da hepatite C (HCV) e uso continuado de álcool (n-139). -Idade-55,8 e 55,2 -Prevalência do sexo masculino 97, 1% e 94,1%.	Intervenção 1 -A eficácia da terapia motivacional em 4 sessões individuais. (n-70). Intervenção 2 -Educação em saúde tradicional em 4 sessões individuais (n-68).	Os participantes da intervenção 1 relataram mais dias de abstinência do álcool em relação a educação tradicional. Ampliando o acesso à terapia antiviral e diminuindo a progressão da fibrose relacionada a hepatite C.
Nadkarni <i>et al</i> (2017).	Avaliar a eficácia sustentada e a relação custo-eficácia do aconselhamento para problemas de álcool ao longo de 12	Participantes do sexo masculino (18-65 anos) identificados com pontuação de (12-19 pontos) no AUDIT na atenção primária. (n-377) na Índia.	Intervenção 1 -Aconselhamento para problemas de álcool composto por 4 sessões e cuidados usuais. (n-188). Intervenção 2 -Consulta com o médico da atenção primária.(n-189).	A intervenção 1 apresentou efeito mais sustentado em 12 meses nos pacientes que indicaram o desejo da mudança no consumo. Além de menor custo em relação ao atendimento com o médico.

AUTOR/ ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS DO PARTICIPANTES	TIPOS DE INTERVENÇÃO	RESULTADOS
	meses.			
Rose <i>et al</i> (2017)	Examinar os efeitos de uma intervenção breve computadorizada autoadministrada em comparação com uma intervenção breve administrada por um profissional	Pessoas que vivem com HIV/AIDS de um hospital público em São Francisco, nos EUA. (n=208). Homens-66,6% Idade média – 45,4 anos.	Intervenção 1 -triagem e intervenção breve realizada por um profissional treinado. Intervenção 2 -triagem e avaliação e intervenção breve realizada no computador, autoadministrada.	Não houve diferenças significativas no consumo das substâncias e na classificação de risco para problemas de saúde relacionados a cada substância).

Fonte: A autora 2019, Referência: PUBMED e BVS

Na maior parte das pesquisas selecionadas, verificou-se que foram avaliadas os impactos de intervenções individuais sobre o comportamento de uso de álcool e outras drogas, que foram realizadas através de computador autoadministradas, sessões individualizadas e/ou aconselhamento comparando-as com os cuidados habituais de rotina dos locais de saúde estudados (CAMPBELL, *et al*, 2014; DIEPERINK *et al* 2014; NADKARNI, *et al* 2017).

Ou avaliações/comparações entre as ações educativas individuais, das quais foram aplicadas em diferentes formatos: estratégias de encaminhamento, aconselhamento motivacional, uso de panfleto com informações e uso do telefone após 1 mês como recurso estratégico para orientação (BOGENSCHUTZ, *et al* 2015); Intervenção breve, folheto com informações, reforço por telefone após 2 semanas e lista das opções de tratamento (BYRNE *et al*, 2014); Triagem e intervenção breve realizada por um profissional ou realizada pelo próprio indivíduo utilizando o computador (ROSE, *et al* 2017).

Houve a prevalência de exposição dos participantes para estratégias educativas através de sessões: entre uma (1) à quatro (4) vezes. O uso do telefone, foi utilizado entre uma

(1) à duas (2) vezes. O computador foi utilizado como recurso principal, em dois estudos: Campbell, *et al*, (2014) e Rose *et al* (2017) onde o número de participações variaram de nenhuma (0) à onze (11) participações.

Duas pesquisas supracitadas ocorreram com usuários da atenção primária (n-2), duas em hospitais (n-2). E Apenas uma em clínica especializada para tratamento da hepatite C (n-1) e uma (n-1) em tratamento ambulatorial para dependentes.

Em relação ao autocuidado, do total (n-12) dos artigos avaliados, seis (50%) discorreram sobre esse assunto (DERMEN; CIÂNCIO; FABIANO, 2014; MARSH *et al* 2015; PARRY, *et al*, 2017; SERRA, *et al* 2017; STEWART, *et al*, 2017; ZARSHENAS, *et al*, 2017), **Quadro 3**.

Quadro 3. Artigos selecionados com ações educativas envolvendo o autocuidado.

AUTOR ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICA DOS PARTICIPANTES	TIPOS DE INTERVENÇÃO	RESULTADOS
Dermen; Ciâncio; Fabiano, (2014)	Fornecer evidências de que orientações ofertadas por dentistas trazem benefícios para população de alto risco de doença oral.	Maiores de 18 anos internados em clínica para tratamento por uso do álcool. Maioria de homens.	Intervenção 1- orientações individuais ofertadas a partir das necessidades de interesse do participante (uma sessão individual). (n-24). Intervenção 2 (Controle) com informações clinicamente importantes (uma sessão individual) (n-21).	Os participantes do grupo de intervenção 1 apresentaram uma escovação melhor e mais frequente durante o acompanhamento do que os participantes do grupo controle.
Marsch <i>et al</i> (2015)	Avaliar a eficácia de intervenção baseada na web com uma intervenção tradicional, de modo comparativo.	Adolescentes em tratamento ambulatorial por abuso de substâncias. Idade 12-18 anos	Intervenção 1- (controle) - em grupos pequenos ou individuais, tradicionais (2 reuniões com uma hora) ministrada por um educador. (n-70).	Não houve diferença estatística. Corroborando de que a educação pela web é eficaz como aquela realizada por um especialista.

AUTOR ANO	OBJETIVO	CARACTERISTICA DOS PARTICIPANTES	TIPOS DE INTERVENÇÃO	RESULTADOS
			Intervenção 2 intervenção individual, interativa via web (26 sessões) com duração total de 60 min. (n-69).	
Serra <i>et al</i> (2017)	Compreender o significado das experiências de pessoas vivendo com HIV/AIDS em relação ao uso de álcool e drogas e medicamentos antirretrovirais.	Pessoas vivendo com HIV/AIDS (n – 25) de um serviço de Referência Municipal de Tratamento especializado. Sexo masculino-14 Sexo feminino-11 Idade-28-70 anos	Intervenção -Grupos focais (n-2).	A estratégia de educação em saúde foi adequada para melhorar a terapia antirretroviral, pois auxiliou na compreensão do assunto e na expressão corporal do autocuidado dos pacientes.
Parry <i>et al</i> (2017)	Testar se uma intervenção de nível comunitário destinada a usuários de álcool e outras drogas têm um impacto sobre o uso abusivo e comportamento de risco sexual	Pessoas usuárias de drogas. N-138, de ambiente comunitário da África Sexo masculino-90,6%.	Intervenção por consultas individualizadas (n-4);	Não houve redução nas práticas de uso de maconha, heroína, cocaína e ecstasy após a intervenção, e sim aumento dos dias de uso; excetuando-se o álcool. menos parceiros sexuais., mas não houve diferença com relação a frequência do sexo e uso do preservativo.
Stewart <i>et al</i> (2017)	Testar um programa de redução de risco sexual entre usuários	240 usuários afro-americanos de dois municípios de ambientes	Intervenção 1 -temas relacionados para redução do risco sexual; Intervenção 2	O grupo de intervenção 1 apresentou melhores habilidades para a utilização de preservativo. Nos dois grupos houve melhoria nas habilidades

AUTOR ANO	OBJETIVO	CARACTERISTICA DOS PARTICIPANTES	TIPOS DE INTERVENÇÃO	RESULTADOS
	de cocaína.	comunitário.	(controle) – temas para aumentar o acesso e uso de serviços sociais e comunitários (assistência médica, odontológica, financeira. Ambos os grupos -2 sessões de grupo (2 h); 2 sessões individuais (1 h); dois eventos comunitários (2-3h); 2 sessões individuais de acompanhamento (40 min)	de negociação, e diminuição de parceiros.
Zarshenas <i>et al</i> (2017)	Investigar o efeito do manejo da raiva baseada na educação em grupo entre pacientes dependentes de substâncias de um hospital Psiquiátrico.	Participantes do sexo masculino de um Hospital Psiquiátrico (n-32) Idade-20-40anos	Intervenção 1- Aplicação de curso educacional para o controle da raiva. (n-12 sessões educacionais de 1,5 h cada); Intervenção 2 (controle) – educação de rotina.	O nível médio em relação a agressividade diminuiu de forma significativa no grupo de intervenção 1 em relação a intervenção 2 (controle).

Fonte: A autora 2019, Referência: PUBMED e BVS

Não obstante, observou-se uma prevalência de temas (4) referentes a infecções sexualmente transmissíveis (MARSCH *et al* 2015; SERRA *et al* 2017; PARRY, *et al* 2017; STEWART *et al*, 2017). Um (1) artigo abordou a temática sobre a saúde bucal, com avaliações e orientações sobre higiene bucal (DERMEN; CIÂNCIO; FABIANO, 2014) E um (1) sobre o controle da raiva (ZARSHENAS, *et al*, 2017).

Não foram encontrados temas relacionados a outras patologias também decorrentes do consumo e muitas vezes relacionados ao tipo de substância de uso, como as doenças infectocontagiosas (tuberculose, hanseníase) crônicas/cardiovasculares (hipertensão, diabetes,

cirrose), hábitos alimentares, de higiene/autocuidado, além dos transtornos mentais (depressão e suicídio), e que podem surgir a curto, médio ou a longo prazo (OMS, 2004).

As intervenções foram diversificadas nos estudos selecionados, desde ações individuais (DERMEN; CIÂNCIO; FABIANO, 2014; PARRY *et al* 2017) a grupos com intervenções mistas, individuais e coletivas (MARSCH *et al*, 2015; STEWART, *et al* 2017). Encontrando-se apenas dois (2) artigos que somente utilizou a educação em saúde de modo coletivo (SERRA, *et al*, 2017; ZARSHENAS, *et al*, 2017).

Nos locais em que os participantes estavam inseridos também houve diversificação, sendo duas (n-2) pesquisas realizadas em programas de tratamento para dependentes químicos (DERMEN; CIÂNCIO; FABIANO, 2014; MARSCH *et al* 2015); Uma (1) em serviço de referência de HIV/AIDS (SERRA, *et al*, 2017), duas (2) em nível de atenção primária (PARRY *et al*, 2017; STEWART *et al*, 2017), e uma (1) em hospital psiquiátrico (ZARSHENAS, *et al*, 2017).

No geral, do total das publicações analisadas (12), quatro estudos (33,3%) foram realizados em ambientes da atenção primária, três (25%) em serviços especializados para o tratamento de pessoas com problemas por uso de álcool e outras drogas e um em hospital psiquiátrico (8%).

No nível de atenção especializada em relação ao total dos analisados, foi encontrado aproximadamente 36%.

Diante disso questiona-se: Quais os efeitos que cada estratégia educativa (tradicional e dialógica) pode acarretar nas ações de autocuidado de usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas?

A hipótese desse estudo é que estratégias grupais e atendimentos individuais seguindo o modelo dialógico ocasionem em melhores efeitos nas ações de autocuidado e diminuição do uso de drogas em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras drogas, quando comparado com outras estratégias educativas seguindo o modelo tradicional.

O conhecimento desses resultados poderá inicialmente trazer subsídios para uma reestruturação (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2010) de posturas e de modelos educacionais ainda prevalentes, como também promover reflexões de ações, no sentido de uma prática educativa que promova saúde de pessoas e da população.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar os efeitos que as estratégias educativas: tradicional e dialógica podem ocasionar nas ações do autocuidado de usuários de um CAPS AD.

2.2 Objetivos Específicos

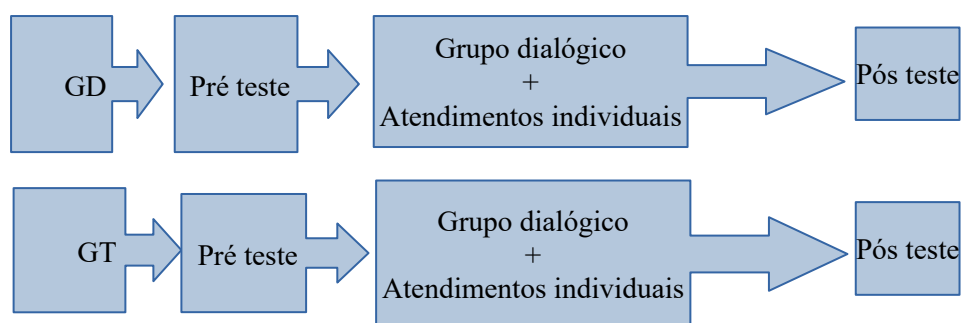
- Identificar o impacto das estratégias educativas na redução do consumo das drogas;
- Avaliar a capacidade de autocuidado antes e após a aplicação das estratégias educativas;
- Relacionar a redução do consumo de drogas com a capacidade de autocuidado após a aplicação de cada estratégia educativa.
- Comparar a adesão/ participação dos usuários após a aplicação das estratégias educativas, tradicional e dialógica no tratamento;
- Ofertar produtos educativos em saúde para profissionais e população: manual educativo e vídeo para orientação, detecção e tratamento de pessoas acometidas pela dependência química.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo analítico, descritivo, experimental com grupo controle não-equivalente. No grupo experimental foi realizado atendimentos individuais a partir dos pós testes e grupos com estratégias educativas seguindo o modelo dialógico (GD). No grupo controle (GT) foi realizado atendimentos individuais a partir dos pós testes e grupos educativos seguindo o modelo tradicional.

Fig. 1. Processo de aplicação dos instrumentos avaliativos e das intervenções.



Fonte: Aptado de Gozby (2003).

3.2 Local da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Município de Arapiraca Alagoas, que é considerada a principal cidade do interior de Alagoas. Sua população foi estimada de 2014 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 229 329 habitantes.

Cidade em que está situado, o CAPS AD Amor e Esperança, destinado para o tratamento de pessoas que possuem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Foi fundado em 2012 e até março de 2018 foram acolhidas aproximadamente 1482 pessoas. Após avaliação inter e multiprofissional, em conjunto com o usuário é elaborado uma proposta de intervenção, de modo, que geralmente 25 usuários passam o dia na instituição, participando de grupos terapêuticos, atendimentos individuais por profissionais como: farmacêutico, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogos, enfermeiros, psiquiatra, clínico geral, entre outros.

3.3 População e Amostra

A população deste estudo é composta por usuários de um programa terapêutico do CAPS AD no município de Arapiraca.

Foram recrutados por conveniência para participação nesta pesquisa, usuários que estavam em tratamento diário, três dias, duas vezes por semana ou com indicação para acompanhamento pontual no grupo de autocuidado (1x por semana), na etapa da aplicação das intervenções.

Logo, todas as pessoas que se encontravam com indicação para tratamento/acompanhamento em grupo, e/ ou atendimentos pontuais no formato de grupos, no momento da pesquisa, (n-47) pessoas foram selecionadas para uma das condições do estudo. Destes, três (n-3) se recusaram e quatro (n-4) foram excluídos: dois, devido a prejuízo cognitivo (n-2) e dois (n-2) por não participarem de nenhuma intervenção educativa após o pré-teste.

A alocação dos participantes em cada grupo ocorreu a partir da pontuação gerada na escala de autocuidado -ASA-A. A partir da categorização dos dados proposta por Silva et al (2012), que classificou o autocuidado dos participantes de seu estudo como péssimo, (24 a 40 pontos); Ruim (40 a 56 pontos); Regular (56 a 72 pontos); Boa (72 a 88 pontos); Muito boa (88 a 104 pontos) e ótima (104 a 120 pontos). A partir dessa classificação, os mesmos foram alocados em cada grupo (T ou D). A partir da pontuação e classificação, respectivamente, buscou-se a divisão por grupo de tratamento de 1:1.

A estratégia de alocação supracitada foi utilizada para tentar buscar semelhanças entre os grupos em relação ao autocuidado dos participantes.

A amostra desta pesquisa seguiu-se a composição total de participantes (n-40), divididos em dois grupos, experimental e controle, utilizada por Zarshenas et al (2017).

No processo de recrutamento, as mulheres não foram abordadas por que do total de mulheres em tratamento (n-3), duas (n-2) eram menores de idade e uma (n-1) não se encontrava em condições cognitivas para a abordagem.

3.3.1 Amostragem

É composta por quarenta indivíduos (n=40) que estiveram em acompanhamento no momento do convite /pré-teste, na instituição referenciada devido o uso de álcool, maconha, crack e ou inalantes.

Os tipos de drogas não foram considerados como método de agrupamento, por que a estratégia de divisão por tipo de droga não é utilizada pelos profissionais que trabalham com essa população; pois dar ênfase ao objeto droga não permite a visualização e consequentemente intervenção profissional diante das situações e conflitos nos aspectos sociais, culturais, cognitivos e afetivos, que são apontadas como causas e ou consequências do consumo que provocam o relacionamento dessas pessoas com as substâncias (MARTINS; MACRAE, 2010; SOUZA; MESQUITA; SOUSA, 2017).

Nesse sentido, há recomendações para que os profissionais do SUS no planejamento e nos grupos de saúde mental favoreçam um ambiente em que ocorra uma diversidade de situações, respeitando a singularidade dos sujeitos no coletivo. Para que isto aconteça, recomenda-se evitar que a formação de grupos aconteça por tipos de agravos ou sofrimento psíquico. (BRASIL, 2013).

3.3.2 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram pessoas dependentes de substâncias psicoativas, cadastradas no CAPS AD, que estivessem lúcidas e orientadas no tempo e espaço com idade igual ou superior a 18 anos, com disponibilidade para participação de grupos educativos, entrevistas de acompanhamento e intervenções individuais no período de 3 meses.

3.3.3 Critérios de Exclusão

Pessoas que não participaram de nenhum grupo educativo, entrarem em óbito, que apresentassem cognição prejudicada, observada pelo pesquisador diante da entrevista ou intervenções, ou que desejassem sua exclusão durante a execução pesquisa.

3.4 Instrumentos

Nesta pesquisa, foram aplicados durante o pré-teste e os pós testes, dois instrumentos:

- ASA- A (ANEXO A);

- Identificação de dados sociodemográficos e relacionados ao comportamento de uso de drogas (APÊNDICE B).

A Escala de autocuidado é um instrumento chamado de Appraisal of Self-care Agency-ASA-ESCALE, utilizada por Silva *et al*, (2012); Stacciarini e Pace (2014) e Marques (2015) com portadores de doenças crônicas, e que foi validada por Silva e Kimura (2002), como também por Silva e Domingues (2017).

Esta escala é constituída por 24 perguntas, que tem como respostas padronizadas a escala de likert, contendo as seguintes opções como: discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente. De acordo com a escala de likert, ocorre uma variação no total de 24 a 120 pontos, em relação as respostas, quanto mais alto maior a capacidade de autocuidado (SILVA *et al*, 2012).

Por meio desse instrumento é possível avaliar o comportamento de busca de saúde e as ações dos indivíduos no cotidiano em relação ao autocuidado. Como também traz alguns subsídios para identificar suas perspectivas e o grau de satisfação diante de suas decisões que interferem na sua saúde, de forma geral.

O outro instrumento também utilizado, possibilitou a obtenção de informações em relação ao consumo de álcool e outras drogas, a identificação das perspectivas de cada pessoa, o acompanhamento mensal de sua escolha diante do tratamento proposto (abstinência, redução do uso, permanência do uso atual), frequência de consumo, ganhos/prejuízos advindos, nos aspectos sociais, familiares e financeiros, como também as dificuldades vivenciadas em todo esse processo, em relação ao emprego, renda, escolaridade. Para sua elaboração, foram utilizados como referencial teórico instrumentos de triagem de uso de álcool e ou outras drogas, já validados no Brasil: O ASSIT, CAGE e o AUDIT (BRASÍLIA, 2014).

3.5 Procedimentos /Etapas

Na primeira etapa, os usuários em tratamento, foram individualmente convidados pela pesquisadora principal para serem participantes deste estudo. Na oportunidade foi realizado a

leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (APÊNDICE A), com explicações a partir de algumas dúvidas e/ou questionamentos sobre o estudo.

Em seguida foi realizado o pré teste e seguiu-se para a aplicação das estratégias educativas correspondentes a cada grupo. Ao final de cada mês por três meses, foi realizado novamente entrevistas com os mesmos instrumentos utilizados no pré- teste.

3.6 Intervenções

As intervenções educativas foram conduzidas pela pesquisadora principal, no formato individual e grupos.

O planejamento e execução foram elaboradas seguindo as definições da pedagogia Freiriana que com suas contribuições, aponta as diferenças existentes entre os modelos: tradicional, conceituado como bancário e o modelo dialógico que considera a realidade dos sujeitos, proporcionando uma construção coletiva do conhecimento.

3.6. 1 Condições comuns em ambos os grupos

Os encontros, ocorreram em espaços livres de interferências externas, garantindo a privacidade dos participantes. A duração do GD durou em média 40 minutos, e o GT cerca de 30 minutos. O quantitativo de encontros não foram antecipadamente combinados com os participantes.

Porém, para ampliar as possibilidades da participação dos indivíduos, estrategicamente, foi ofertado encontros duas vezes por semana, ou seja, de forma opcional, cada participante poderia participar uma ou duas vezes por semana das atividades nos grupos.

Após a aplicação do pré-teste os participantes foram acompanhados e avaliados pelo período de 3 meses, com ações educativas por meio de grupos e realização de pós testes presencial ou/e por telefone, respectivamente. Diante da identificação das necessidades-orientações e encaminhamentos foram implementados pela pesquisadora.

Nos casos de desistência, evolução no tratamento, impossibilidade do usuário comparecer ao CAPS AD para entrevista avaliativa, foi realizado o pós teste por meio do contato telefônico, ainda assim, buscou-se permanecer com a condução das ações conforme realizado nos atendimentos presenciais.

A quantidade de intervenções/estratégias educativas aplicadas no formato de grupos foram vinte e oito (n-28), subdivididos com cada proposta educativa, (GD- 14 e GT-14) e ocorreram de Outubro de 2018 a Março de 2019.

3.6.2 Estratégia educativa dialógica

Os participantes do grupo dialógico foram estimulados para reflexão e em seguida, discussão coletiva, de suas necessidades de saúde/dificuldades enfrentadas/dúvidas e complicações/doenças adquiridas ou diagnosticadas decorrentes do uso de álcool e ou outras drogas para o planejamento temático e troca de experiências de cada indivíduo e seu grupo, tendo como facilitador desse processo de ensino-aprendizagem a pesquisadora principal.

O planejamento e construção dos grupos foram desenvolvidos de acordo com Freire que propõem o diálogo com o sujeito e o coletivo através da promoção de reflexões, a fim de que os educandos se empoderem para que se tornem sujeitos reflexivos e ativos na construção do conhecimento (FREIRE, 1987).

Os temas discutidos nos encontros do grupo D foram os seguintes:

- **Primeiro Encontro: Aproximação da realidade**

Inicialmente a partir de imagens e frases expostas em slides, a facilitadora/pesquisadora incentivou o dialogo, o compartilhamento de experiências entre os participantes sobre opiniões relacionadas as dificuldades, as perspectivas e potencialidades vivenciadas. Em seguida foi proposto a extensão de uma atividade para casa, para ser respondida preferencialmente com familiares ou/e amigos. (atividade extramuro).

- **Segundo Encontro: Definição de Temas**

Inicialmente foi proposto a subdivisão dos participantes em grupos menores para discussão coletiva e definição de temas prioritários a partir de alguns questionamentos enviados para ser realizados em casa no grupo anterior. Em seguida foram orientados a discutirem os temas elencados no grupo geral, utilizando como ponto de partida frases

disparadoras. Sequencialmente foi facilitado o processo de priorização dos temas a serem discutidos nos próximos encontros.

- Terceiro Encontro: Depressão

No primeiro momento foi compartilhado e exposto o cronograma dos temas anteriormente construído pelos mesmos. Após foram estimulados para resgatarem em suas memórias episódios e desejos de isolamento e depressão anterior. Um dos participantes trouxe dois relatos escritos com sua história pessoal de sua vida em relação a depressão e suicídio vivenciados. O que incentivou o compartilhamento de sentimentos e sensações em relação ao estado depressivo e pensamento suicida atual. Após intervenção da facilitadora, explicou-se sobre as alterações à nível do Sistema Nervoso Central (hipotálamo, amígdala e córtex pré frontal), advindos com a depressão comparando-o com o SNC, sem alterações, a partir de imagens do referido órgão.

- Quarto Encontro: Suicídio

Dando continuidade a proposta anterior, seguindo a solicitação dos usuários da discussão desta temática, foi passado um trailer sobre o suicídio. Estimulados para relatarem sobre suas percepções sobre o vídeo, na oportunidade, um dos participantes compartilhou seu histórico pessoal, dificuldades vivenciadas, sentimentos e tentativas anteriores de atos suicidas. Neste momento, outro usuário também expôs o desejo atual de cometer suicídio. Após conduta, a facilitadora seguiu para elaboração de um mural, Para o fechamento do grupo foi disponibilizado uma música.

- Quinto Encontro: Fatores de risco e proteção ao uso de álcool e outras drogas

Inicialmente foram explicados os objetivos e como se daria a atividade. Houve a subdivisão em dois subgrupos: cada subgrupo ficou com o tema: Fatores de risco, outro, em relação a proteção ao uso. Foram orientadores para o recorte e colagens de imagens e frases de revistas e jornais contendo fatores ou situações de risco que os deixam em risco de retorno ao consumo de drogas; ou o agravamento; como também o outro grupo ficou com a responsabilidade de apontar os fatores de proteção para evitar o consumo ou situações de risco. Em seguida, cada subgrupo apresentou suas percepções sobre os temas.

- Sexto Encontro: hábitos saudáveis

Ao ar livre, foi realizado uma leitura de uma carta escrita por uma pessoa com problemas com álcool e outras drogas que conseguiu ter o controle de sua vida. Após foi realizado roda de conversa com os participantes para que expusessem suas dificuldades diante de hábitos não saudáveis que poderiam ser modificados a partir de suas próprias decisões.

- Sétimo Encontro: Perdas

Inicialmente foram questionados sobre o consumo de etanol e uso de outras drogas em relação a semana anterior. Após foi distribuído, aleatoriamente, algumas frases de autores em relação ao tema. A partir da leitura de cada frase, por eles sorteada, foi proposto que expressassem sua opinião (concordância, discordância, e o motivo). Por fim, um dos participantes trouxe uma carta escrita pelo mesmo para leitura coletiva para incentivo ao tratamento. Ao final, os mesmos solicitaram a repetição do tema por identificação.

- Oitavo encontro: Perdas

Realizado leitura de uma carta escrita por um componente do grupo sobre o tema. Em seguida foi proporcionado a escuta de uma música escolhida pela facilitadora da banda musical CPM 22- “perdas”. A partir da exposição da letra da música foi destacado algumas frases associadas ao contexto vivenciado, aguçando o dialogo e a compreensão com a realidade de cada situação enfrentada e vivenciada. Houve o compartilhamento de experiências, de sofrimentos e arrependimentos, a partir da autorreflexão.

- Nono encontro: Cirrose hepática

Inicialmente solicitaram a mudança do tema supracitado por “convulsão” devido o relato da vivência de um dos participantes de um episódio convulsivo, recente. O qual ocasionou um sentimento de identificação dos demais participantes. Em seguida foi abordado o tema acordado anteriormente (sobre cirrose hepática) brevemente, utilizando a dialogicidade e o uso de slides.

- Décimo encontro: Convulsão

A partir da elaboração da cena de uma pessoa com episódio convulsivo, foram: Incentivados para discutirem coletivamente sobre as ações necessárias para prestação de primeiros socorros durante episódio convulsivo. Após, um participante foi escolhido para

encenar a convulsão e os demais agiram conforme seus conhecimentos para o socorro, utilizando materiais disponibilizados (sal, água e leite, álcool ou e folhagens de plantas) ou agirem conforme a necessidade. A facilitadora permaneceu no papel de observação. Dando sequência a atividade, seguiu-se para orientações da facilitadora do grupo sobre as causas da convulsão e os primeiros socorros, através de orientações práticas. Ao final, os participantes demonstraram interesse em reformular o planejamento temático construído anteriormente.

- Décimo primeiro encontro: Autonomia

Realizado roda de conversa, a partir da exposição de uma imagem de uma balança e a partir desta, cada participante foi estimulado a expressar os aspectos positivos e negativos em relação ao consumo de álcool ou outras drogas, de forma que os efeitos de curto, médio e longo prazo de saúde física, psíquica, emocional, social, familiar e financeira fossem explorados..

- Décimo segundo encontro: Planejamento

A facilitadora intensificou orientações quanto a participação no planejamento dos grupos, em relação ao autocuidado e hábitos frente ao consumo para estimular o processo decisório. Após essa etapa, foram questionados individualmente sobre as ideias e interesses para discussões e orientações futuras. No entanto, foi observado grau de dificuldade no entendimento da solicitação da facilitadora. Sendo assim, foram incentivados para o diálogo grupal e troca de experiências, e consequentemente os temas foram surgindo a partir das dúvidas do grupo e das dificuldades vivenciadas no contexto de comportamento de busca de saúde .

- Décimo terceiro encontro: Autocuidado

Os participantes demonstraram preocupação quanto aos cuidados necessários para evitar o compartilhamento de higiene bucal (escovas). Os mesmos sugeriram a limpeza do ambiente e melhoria em relação ao armazenamento. E a partir dessas solicitações foram incentivados a organização do espaço. Foi distribuído preservativo masculino e incentivado ao uso, material de higiene bucal e orientações sobre a importância do banho diário, higiene íntima, principalmente após evacuações e relação sexual; ofertado testes rápidos para detecção de infecções sexualmente transmissíveis, nesta oportunidade alguns dos

participantes afirmaram comportamentos de risco, após efeito do etanol. Além disso, foi ofertado encaminhamento para avaliação odontológica.

- Décimo quarto encontro: Fissura

Realizado roda de conversa sobre fissura associando a exemplos reais. Sequencialmente foi exposto um semáforo apenas com um sinal vermelho colorido, associando a imagem aos “sinalizadores” em relação a fissura e o risco de retornar o consumo. Foi elaborado, um planejamento mensal no grupo a partir dos relatos individuais sobre situações ou pessoas que os mesmos identificaram como desestabilizadores. De forma a atentar quanto aos sinais de alerta e evitá-los.

3.6.3 Estratégia educativa tradicional

Seguindo a proposta do modelo tradicional, a exposição das orientações foram realizadas através de palestras informativas, de forma que prevaleceu uma transmissão do conhecimento vertical e passiva, não sendo considerado o conhecimento e a experiência do participante desde o planejamento as ações implementadas.

O quantitativo de encontros foram quatorze (n-14), e os temas explanados foram decididos pela pesquisadora e estão sequenciados em seguida:

- Primeiro encontro: Tuberculose

Metodologia expositiva aplicada utilizando imagens sobre a doença. Ao final, um dos participantes, relatou identificação com o tema por está vivenciando a investigação de um caso na família.

- Segundo encontro: Cirrose hepática.

Metodologia expositiva com slides contendo frases e imagens sobre a doença, causas, cuidados, prevenção de complicações. Destaque nas orientações para complicações do consumo de etanol e infecções por hepatites e esquistossomose.

- Terceiro encontro: Tabagismo

Utilizado metodologia expositiva tendo o suporte de imagens explicativas contendo frases e imagens sobre o uso do tabaco, imagens de diferentes tipos de cigarro, das complicações e doenças adquiridas, e das consequências (óbitos)

- Quarto encontro: “Câncer: uma mal silencioso”

Ofertado orientações sobre o tema, contendo frases e imagens sobre o Câncer, apresentado os fatores de risco e fatores de prevenção.

- Quinto encontro: Incentivar ao autocuidado/ saúde do homem.

Orientações com sobre a doença, utilizado como recurso de suporte, frases e imagens sobre Câncer de próstata, dados epidemiológicos sobre a incidência e óbitos relacionados ao HIV.

- Sexto encontro: Infecções Sexualmente Transmissíveis

Orientações sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST'S), autocuidado e prevenção, quanto os fatores de risco.

- Sétimo encontro: Infarto agudo do miocárdio

Ofertado orientações sobre Infarto agudo do miocárdio e sus relações com o uso de álcool e outras drogas Enfatizado os riscos de sofrer infarto, as alterações cardíacas provocados pelo uso.

- Oitavo encontro: autocuidado.

Uso de cartolina contendo frases impositivas e imperativas sobre o autocuidado, contendo orientações para melhorar as ações de autocuidado.

- Nono encontro: Leptospirose

Realizado orientações sobre Leptospirose, causas, cuidados, prevenção de complicações e epidemiologia.

- Décimo encontro: Dependência química.

Realizado orientações, utilizado imagens e vídeo autoexplicativo sobre os efeitos do etanol no SNC.

- Décimo primeiro encontro: Dependência química.

Exposto uma balança (imagem) com frases prontas sobre os prejuízos (saúde, financeiro e familiar) devido o consumo e as sensações imediatas advindas com o uso de drogas.

- Décimo segundo encontro: sistema imunológico.

Orientações realizadas a partir de imagens e frases, além de um vídeo autoexplicativo sobre a imunidade do corpo.

- Décimo terceiro encontro: Diabetes Mellitus

Realizado orientações sobre Diabetes Mellitus com imagens contendo frases e imagens sobre Diabetes Mellitus, causas, cuidados, prevenção de complicações e epidemiologia. Ao final das orientações foi realizado a verificação da glicemia capilar pós-prandial.

- Décimo quarto encontro: Depressão e Suicídio

Realizado orientações sobre Depressão, com frases, imagens e vídeo sobre Depressão, cuidados, prevenção e epidemiologia.

3.7 Variáveis

A capacidade de autocuidado dos participantes (antes e depois) e a frequência e quantidade do consumo de drogas (transformado em unidades/doses/mês).

3.8 Análise estatística

Na análise descritiva os dados foram tabelados e armazenados no programa Excel. Os dados quantitativos foram apresentados na forma de média aritmética e frequência. Os dados qualitativos foram apresentados na forma de quadro e frequência.

Na análise estatística inferencial, para comparar os grupos de acordo com os escores foi utilizado estatística comparativa utilizando as medidas de tendência central.

Foi utilizado o teste de Friedman para avaliar o consumo de etanol de ambos os grupos e para os efeitos do autocuidado no consumo de etanol foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

O programa Bioestat - 5.0 foi utilizado para obtenção dos indicadores, considerando o valor significativo quando $p < 0,05$.

3.9 Consentimento livre e esclarecido

O estudo foi realizado, após a aprovação no comitê de ética, número do parecer: 2.768.354 e CAAE: 89195918.6.0000.5011. Foi garantido o esclarecimento de todas as etapas do estudo, com uma linguagem simples e acessível para uma melhor compreensão dos participantes de todas as etapas. Foi preservado o direito a interrupção ou exclusão do estudo, sem que ocorresse qualquer prejuízo aos mesmos.

Foi garantido aos participantes a opção de não responder as questões, caso houvesse desconforto ou constrangimento.

O estudo foi desenvolvido conforme o que preconiza a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de saúde, que discorre sobre as diretrizes e normas envolvendo seres humanos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados e discutidas com a literatura existente, resultados decorrentes das características encontradas desta população, das orientações individuais e coletivas no formato de grupos, seguindo o modelo dialógico e tradicional realizados pela pesquisadora principal, para usuários de um Centro de Atenção psicossocial:

- ✓ Dados sociodemográficos;
- ✓ Tipos de substâncias e a frequência de consumo das principais drogas auto relatadas;
- ✓ Intervenções educativas e os reflexos no autocuidado dos participantes;
- ✓ O autocuidado e o consumo do álcool;
- ✓ Os reflexos das ações educativas e os problemas relatados;
- ✓ Adesão dos participantes.

4.1 Dados Sociodemográficos

Em relação ao sexo, os dados obtidos neste estudo, composta por pessoas apenas do sexo masculino, refletem a realidade dos locais de tratamento para indivíduos com transtornos decorrentes por uso de drogas, onde há uma prevalência de homens (ZARSHENAS, et al, 2017; BOGENSCHUTZ, et al 2015; DIEPERINK et al, 2014). Uma das causas para este comportamento é que eles são mais acometidos pela doença, os hábitos sociais do consumo são mais elevados, e por isto buscam mais a assistência (FARIA e SCHNEIDER, 2009).

Acredita-se que outro fator associado a existência de poucas mulheres nesses espaços, são os fatores relacionados aos aspectos socioculturais. Algumas mulheres sentem vergonha de buscar o tratamento, e quando decidem, permanecem pouco, por não se reconhecerem no grupo, como também não se sentem a vontade para expressar suas angustias e dificuldades em grupos, numa maioria constituída por homens.

Além disso, a fragilidade física, emocional e a vulnerabilidade social das mulheres que estão em tratamento no CAPS AD é evidenciada também pelos profissionais responsáveis pelo tratamento quando comparado ao sexo masculino (SILVA *et al* 2018).

Pesquisa realizada por Souza et al (2014) em quatro revistas nacionais identificou que nas reportagens que se reportavam a saúde da mulher e o uso de drogas havia um destaque ainda que de modo velado as relações desiguais de gênero, de modo que as dificuldades enfrentadas pelas mulheres estavam centradas nas agressões físicas e moral de usuários de drogas do sexo masculino sobre as mulheres, ficando em segundo plano, aspectos de saúde da mulher, possibilidades de contemplar a universalidade e complexidade que as envolve, para o desenvolvimento de capacidades e habilidades em prol da recuperação de sua saúde e protagonismo.

Em relação a idade, no grupo tradicional a idade média dos participantes foi de 46,7 anos (mínimo de 20 anos e máximo de 72 anos), no grupo de intervenção dialógica a idade média dos participantes foi de 42,4 anos (mínimo de 19 anos e máximo de 59 anos), a idade média encontrada em ambos os grupos, diferiu dos dados obtidos na pesquisa de Almeida et al (2014) e Silva et al (2017), que verificaram uma média de idade de 36,84 anos dos homens, embora tenha sido semelhante à idade média encontrada por Rose et al (2017) de 45, 4 anos. Observa-se então, que a maioria de usuários estão na faixa de idade superior a 36 anos.

Quanto ao estado civil, no grupo tradicional, a maioria foi composta por casados (45%) afirmaram ser católicos (55%), com escolaridade de ensino fundamental incompleto (65%). Enquanto que no grupo dialógico, a maior parte estavam separados (45%) e referiram ser católicos (60%), com escolaridade de ensino fundamental incompleto (50%). **Quadro 4.**

Quadro 4: Características sociodemográficos dos grupos tradicional e dialógico

Variável	Grupo tradicional	n (%)	Grupo dialógico	n (%)
Estado Civil	Solteiros	7 (35%)	Solteiros	7 (35%)
	Casados	9 (45%)	Casados	3 (15%)
	Separados	3 (15%)	Separados	9 (45%)
	Viúvos	1 (5%)	Viúvos	1 (5%)
Religião	Católico	11(55%)	Católico	12(60%)

	Evangélico	4 (20%)	Evangélico	6 (40%)
	Não possui	5(25%)	Não possui	0
		20/100%		20/100%
Escolaridade	Não alfabetizado	3 (15%)	Não alfabetizado	0
	Fundamental inc.	13(65%)	Fundamental incompleto	10(50%)
	Fundamental	2 (10%)	Fundamental completo	2 (10%)
	completo	2 (10%)	Médio Inc./ completo	7 (35%)
	Médio Inc./comp.	0	Superior	1 (5%)
	Superior			
Total		20/100%		20/100%

Fonte: A autora. 2019

Os dados apontam que a maioria das pessoas não possuem relacionamento conjugal estável, entre os solteiros, separados e viúvos, verifica-se um total de 55%, 81%, grupos T e D, respectivamente, supõem-se que essa quebra ou inexistência de vínculos afetivos estejam relacionados aos hábitos individuais e comportamentais diante do contexto da dependência química.

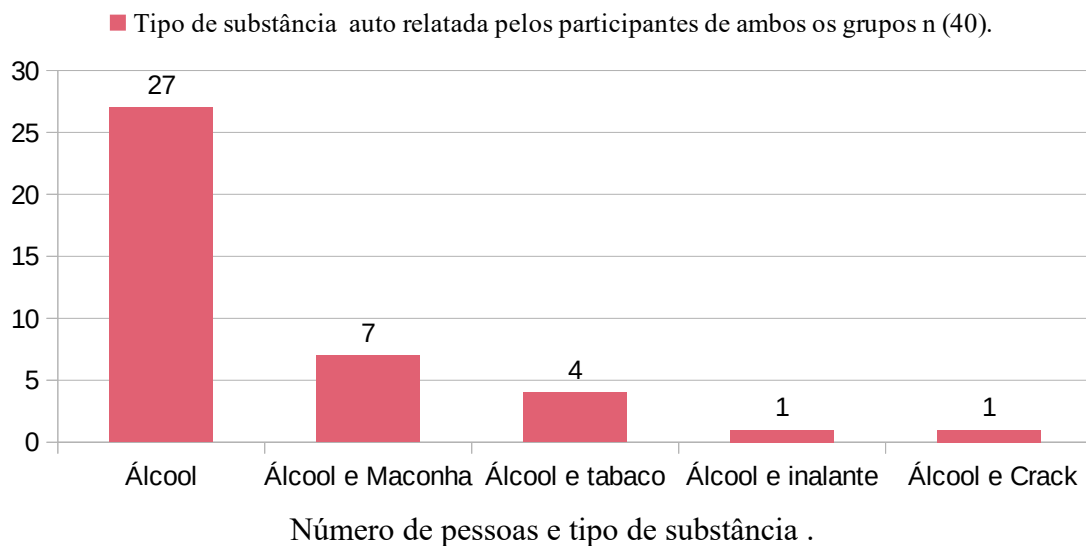
Como consequência, de acordo com Azevedo e Silva (2013) a existência do suporte familiar no tratamento é composta praticamente pela participação das mães (45,3%) que acabam assumindo a responsabilidade pelo cuidado de seus filhos, os demais membros da família, participam menos, dentre eles está o cônjuge (35,8%), irmão (5,3%), pai (1,9%) quando não moram sozinhos (11,3%).

Quanto a escolaridade, nos dois grupos, a maioria possuía ensino fundamental incompleto. Os estudos de Mastroianni et al (2016) também identificaram maior prevalência de homens solteiros (61,5%) e com ensino fundamental incompleto (41,7%).

4.2 Tipos de substâncias e a frequência de consumo relatados

Ao analisar o tipo de substância, segundo dados no gráfico 1, o consumo do álcool foi apontado pelos entrevistados (n=40) como a principal droga, causa de seus transtornos estando ela associada, ou não a outros tipos de substâncias.

Gráfico 1: Quantitativo de pessoas que relataram os tipos de drogas autorrelatadas consumidas pelos participantes do estudo.



Fonte: A autora. 2019.

Nota-se que a substância etílica isoladamente, foi referida por 67,5% das pessoas, mas quando associado com outros tipos de drogas, 17,5% dos entrevistados, referiram usar também a maconha; 10%; o tabaco; 2,5 % inalante (solvente) e 2,5% crack.

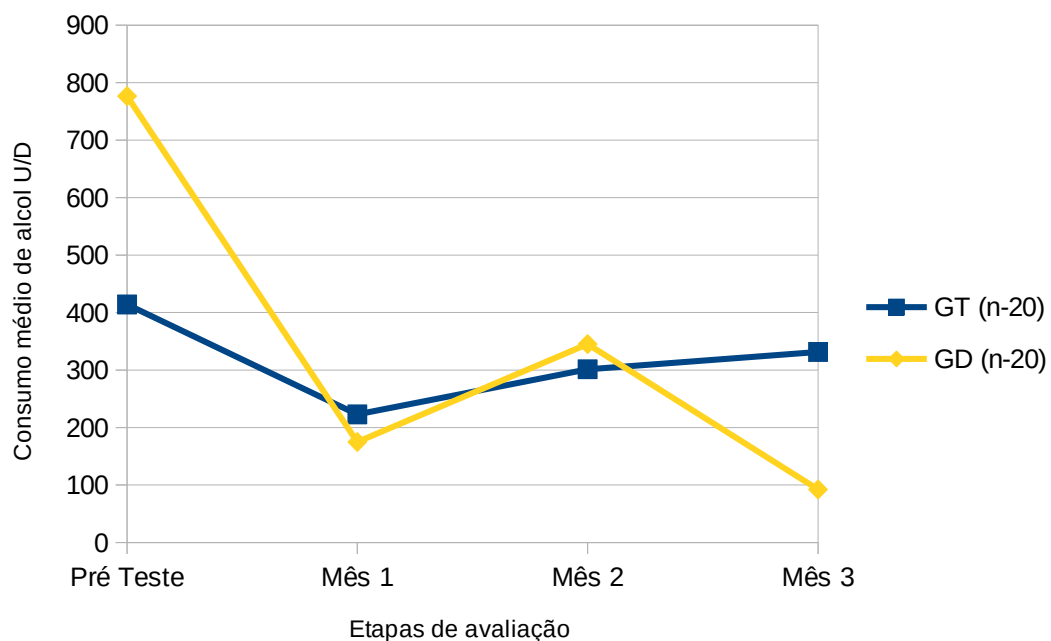
Apesar de lícita (permitida por lei), o álcool é a primeira e principal droga consumida no Brasil. Dados da Organização Mundial da Saúde, OMS (2018) apontam que 40% dos brasileiros fizeram o consumo de álcool no último ano, deste percentual, 54% eram homens. Informações obtidas em uma pesquisa nacional, realizada com adolescentes nos Estados Unidos, foram semelhantes ao encontrado neste estudo, pois os autores Barry, et al, (2016) observaram que o etanol é a substância mais prevalente e também é a porta de entrada para o uso de outras drogas (maconha e tabaco).

4.3 Consumo de etanol e maconha relatado

O valor calculado do consumo de etanol, considerando o tipo de bebida, a quantidade (medida e volume) e o consumo por mês, referido pelos participantes, resultou-se em unidades doses por mês. (BVS, s/ano).

A partir disto, verificou-se no **gráfico 2**, que o uso médio em unidades doses/ mês consumidas e referidas pelos participantes ao longo deste estudo, no mês anterior a entrevista, pelos participantes de ambos os grupos (T e D) foram:

Gráfico 2: Comparativo do consumo médio mensal de etanol relatado dos grupos: Tradicional (GT) e Dialógico (GD).



Fonte: a autora. 2019.

Nota: Os participantes que afirmaram não ter controle foi considerado unidade/dose máxima de 1710/ mês.

Apesar da elevação do consumo em ambos os grupos no 2º mês de tratamento, os participantes do grupo D reduziram de modo mais efetivo no 3º mês de tratamento.

Verifica-se então uma redução no consumo de álcool no grupo D ($p = 0,001$) quando comparado com o grupo T ($p = 0,65$). (**figura 2 e 3**)

Figura 2. Resultado após a aplicação do teste de Friedman do grupo dialógico sobre o consumo de etanol dos participantes.

Friedman

Arquivo Editar Gráfico

	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -
Soma dos Ranks =	68.5000	43.0000	50.5000	38.0000
Mediana =	310.0000	7.0000	94.0000	5.0000
Média dos Ranks =	3.4250	2.1500	2.5250	1.9000
Média dos valores =	776.4000	150.5000	327.9000	163.8000
Desvio padrão =	791.2787	392.7480	603.5274	394.3699
Friedman (Fr) =	16.0650			
Graus de liberdade =	3			
(p) =	0.0011			
Comparações:	Diferença	(p)		
Ranks 1 e 2 =	25.5	< 0.05		
Ranks 1 e 3 =	18	ns		
Ranks 1 e 4 =	30.5	< 0.05		
Ranks 2 e 3 =	7.5	ns		
Ranks 2 e 4 =	5	ns		
Ranks 3 e 4 =	12.5	ns		

Fonte: Bioestat. 5.0. Dados da autora. 2019.

Figura 3. Resultado após a aplicação do teste de Friedman do grupo Tradicional sobre o consumo de etanol dos participantes.

Friedman

Arquivo Editar Gráfico

	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -
Soma dos Ranks =	55.5000	47.5000	46.0000	51.0000
Mediana =	87.0000	0.0000	0.0000	5.5000
Média dos Ranks =	2.7750	2.3750	2.3000	2.5500
Média dos valores =	393.2000	200.5500	286.3500	331.3500
Desvio padrão =	603.6456	425.9678	578.1046	581.5177
Friedman (Fr) =	1.6050			
Graus de liberdade =	3			
(p) =	0.6583			

Fonte: Bioestat. 5.0. Dados da autora. 2019.

No geral, o consumo do etanol em relação ao pré teste de ambos os grupos demonstrou um efeito na redução estatisticamente significativo do grupo exposto a estratégia educativa dialógica ($p < 0,05$).

O comportamento distinto dos usuários diante da ingestão de álcool dos participantes em ambos os grupos, apontam que o modelo dialógico tem maior eficácia para uma mudança de atitudes, e por conseguinte para a redução do consumo de substância. Isto se dá por que ao

aplicar a estratégia dialógica, na educação em saúde, os profissionais despertam o senso crítico e o desenvolvimento da autonomia, de habilidades sociais e pessoais para a diminuição de hábitos/posturas que prejudicam a saúde das pessoas envolvidas (SOUZA, *et al*, 2011).

Conforme verificado, os dados apontam que apesar da estratégia educativa tradicional produzir efeitos menores quando comparado ao método dialógico, ela consegue ser melhor que uma intervenção breve. Pesquisadores da área (GLASS, *et al*, 2017) discorrem atualmente que intervenções educativas repetidas e que favoreçam o acompanhamento pelos profissionais de saúde de modo mais frequente trazem mais sucesso para redução de consumo de álcool do que ações pontuais.

Segundo as novas evidências, o modelo de intervenção breve bastante difundido anteriormente, precisa de modificações, de forma que aconteça repetições ao longo do tempo, e que não seja exclusivo para os serviços de atenção primária, mas que se estenda para outros espaços especializados, os quais assistem pessoas com transtornos graves pelo uso de entorpecentes (GLASS, *et al*, 2017).

Em relação aos prejuízos decorrentes do consumo, dos indivíduos avaliados observou-se que ao longo das intervenções as percepções foram sendo modificadas, para o reconhecimento dos malefícios advindos com o uso. Esta observação também foi encontrada por outros autores (FROTA, *et al*, 2018, GABATZ, *et al*, 2013).

Porém, durante o presente estudo, foi notado ainda que a maioria dos participantes, que afirmaram o consumo concomitante de duas drogas, não demonstraram inicialmente preocupação em relação ao uso combinado durante a entrevista e grupos realizados.

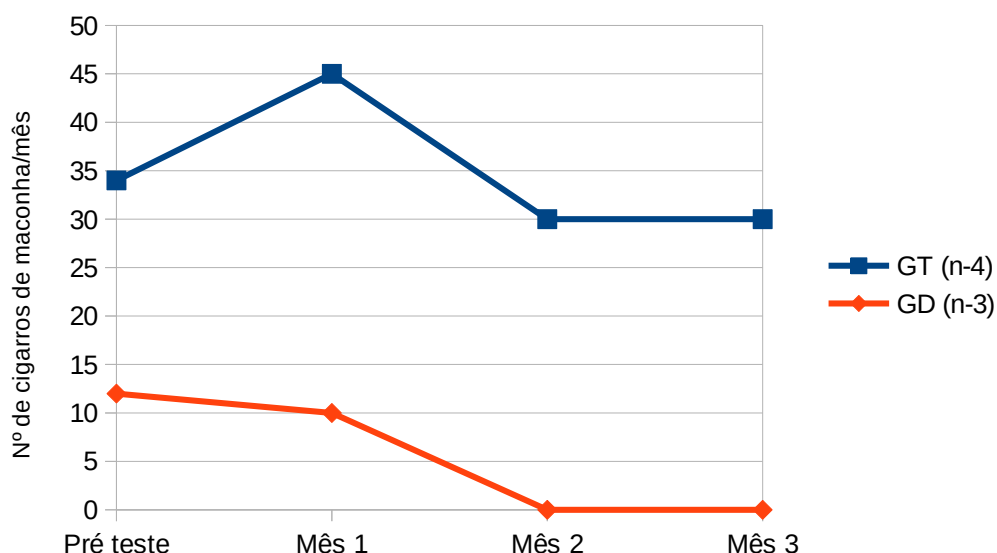
Pressupõe-se que essa indiferença pode estar associada ao tipo de substância mais referida nesse contexto pelos participantes (maconha), presente em (17,5 %) dessa amostra, esta é a principal droga ilícita mais consumida no mundo, em 2017 aproximadamente 188 milhões de indivíduos referiram ter feito o uso. (UNODC, 2019).

Outra causa é que os efeitos deletérios nem sempre são percebidos por essa população, como as questões relacionados a cognição, ao aprendizado, memória e tomada de decisão. (GENTIL, 2019).

Estudos recentes com adolescentes demonstraram que a maconha causa mais danos cognitivos do que o consumo do álcool, e a longo prazo a maconha pode ainda provocar casos de psicoses. (MORIN, *et al*, 2018).

Nesse contexto, dispõe-se no **gráfico 3**, a frequência de cigarros de maconha autorrelatados consumidos no mês pelos participantes avaliados durante o período estudado.

Gráfico 3: Média de cigarros de maconha/mês fumados por grupo GT e GD.



Fonte: A autora. 2019.

O consumo médio de cigarros de maconha por mês, foram reduzidos nas duas intervenções, embora resultados mais expressivos, foram encontrados mais especificamente no grupo D, onde ocorreu a interrupção.

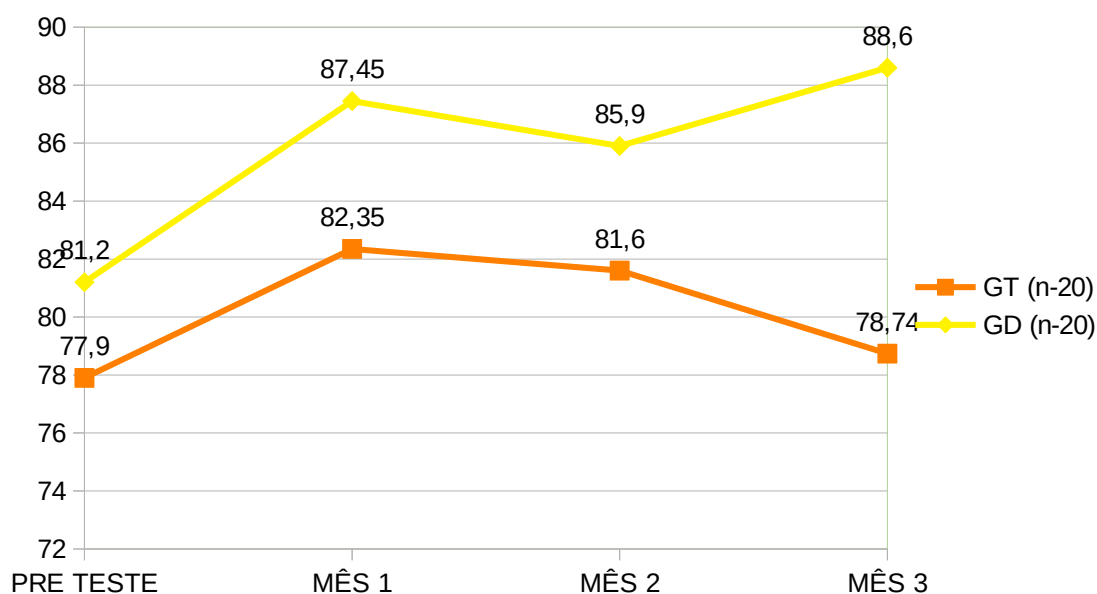
É oportuno destacar que o resultado obtido, (grupo D), apesar de vantajosa, não é e nunca será o objetivo final a ser obtido com a proposta dialógica. Mas sim o principal benefício e o mais importante é o processo de transformação das relações desses sujeitos com essas substâncias. Nesse aspecto, Lima, Capanema e Nogueira (2018) reforçam que a dialogicidade grupal não está no campo da abstinência, embora não a exclua. Para os autores, é necessário, que o profissional, ao aplicar a educação em saúde amplie seu campo de visão para aumentar a liberdade e a corresponsabilização destes indivíduos frente a seu contexto de vida, nos determinantes e condicionantes dos processos de saúde e doença vivenciados.

De acordo com esta recomendação, nos indivíduos incluídos no grupo D, esse incentivo para o olhar voltado para realidade, reflexão, transformação, foi executado de modo mais evidente que no grupo T. A interrupção do consumo ocorreu no período estudado, possivelmente em decorrência do desejo de mudança a partir da tomada da consciência e do método educativo aplicado.

4.4 Intervenções Educativas e os Reflexos no Autocuidado

Os dados referentes as ações de autocuidado autorrelatadas dos participantes desse estudo, conforme grupo de intervenção, estão dispostos no **Gráfico 4**.

Gráfico 4: Comparação da média de autocuidado dos participantes de ambos os grupos observada após as ações educativas.



Fonte: A autora. 2019.

O reconhecimento dos prejuízos relacionados ao consumo dessas substâncias não é algo tão fácil, e requer estratégias para promover o autoconhecimento e o incentivo de mudança de hábitos para um melhor autocuidado e comportamento pela busca de sua saúde.

Não houve diferença estatisticamente significativa no GT ($p=0,50$) e no GD ($p=0,21$). No entanto, conforme observa-se no gráfico pelo acompanhamento das médias de autocuidado antes e após da intervenção nos grupos houve um avanço de 5,4 pontos no GD e 0,84 pontos no GT.

Identifica-se ainda um aumento em relação semelhante nos dois grupos, no primeiro (1º) mês das intervenções educativas. No entanto, a partir do 2º mês de intervenção houve um leve declínio na média de ambos os grupos, e no 3º mês, o grupo D avançou na média de autocuidado em relação ao grupo T, que declinou.

Os dados demonstram que ações de intervenção seguindo o modelo dialógico, durante o período pesquisado, favoreceu de modo mais duradouro e uma maior pontuação, consequentemente na melhoria do autocuidado quando comparado ao grupo tradicional.

Fato também identificado no relato de usuários de um CAPS AD após a condução de estratégias educativas horizontais, embasadas no respeito, na liberdade e autonomia dos usuários em tratamento. Os mesmos avaliaram positivamente a ação e afirmaram que a participação proporcionou reflexões importantes sobre os hábitos danosos e foram capazes de favorecer a compreensão sobre a importância de reduzir os danos para prevenir doenças. (VASCONCELOS, *et al*, 2013).

Para Nóbrega (2012) a conduta profissional mais assertiva parte do princípio de motivar pessoas para mudança de comportamentos a partir das necessidades identificadas pelos próprios usuários, com respeito aos seus desejos e singularidades. Ou seja, a decisão de mudar é do indivíduo, o profissional de saúde tem o papel de facilitar esse processo de autopercepção e recuperação de sua saúde.

Ainda em relação ao gráfico 4, é observado através das médias, que o comportamento dos participantes do grupo T em relação ao autocuidado avançou após o tratamento ofertado e seguiu com um comportamento semelhante ao grupo D até o segundo mês. No terceiro mês houve um declínio e os grupos seguiram movimentos opostos, isso pode ser explicado, em grande medida, pelo vínculo e pelo despertar de um senso crítico, propostos aos participantes durante a condução dos encontros no grupo D. Uma vez que os grupos eram realizados no mesmo espaço e com os mesmos recursos profissionais, seguindo estratégias educativas diferenciadas.

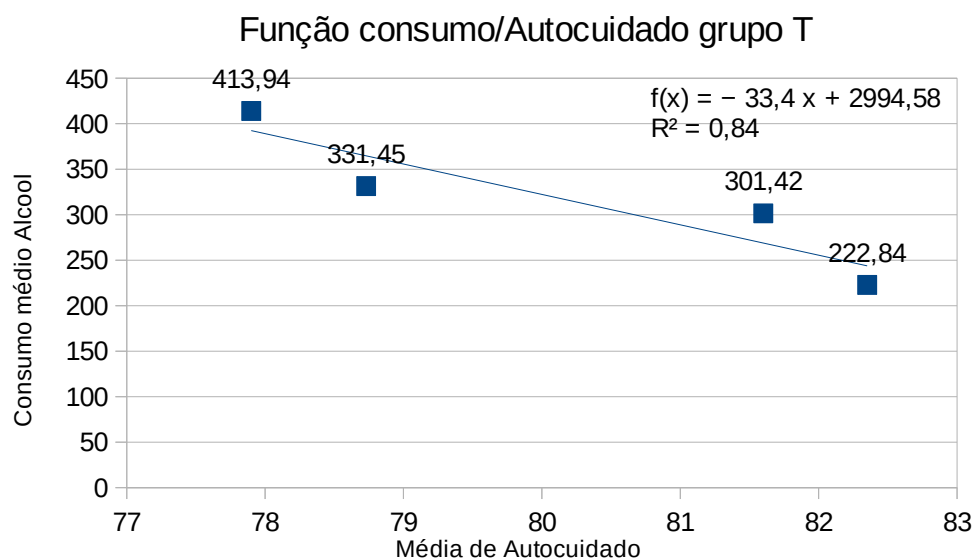
Este vínculo pode estar associado a participação dos usuários na metodologia, que no grupo D, o qual acontece ativamente desde o princípio, já no grupo T o usuário é passivo de uma metodologia já estabelecida pelo profissional responsável.

4.5 O Autocuidado e o consumo de álcool

Os gráficos a seguir (5 e 6) demonstram uma correlação negativa entre as variáveis: consumo (Y) e autocuidado (X), assim, quando uma variável cresce a outra diminui e vice-versa. Desta forma, é possível afirmar que há uma correlação inversa entre a quantidade

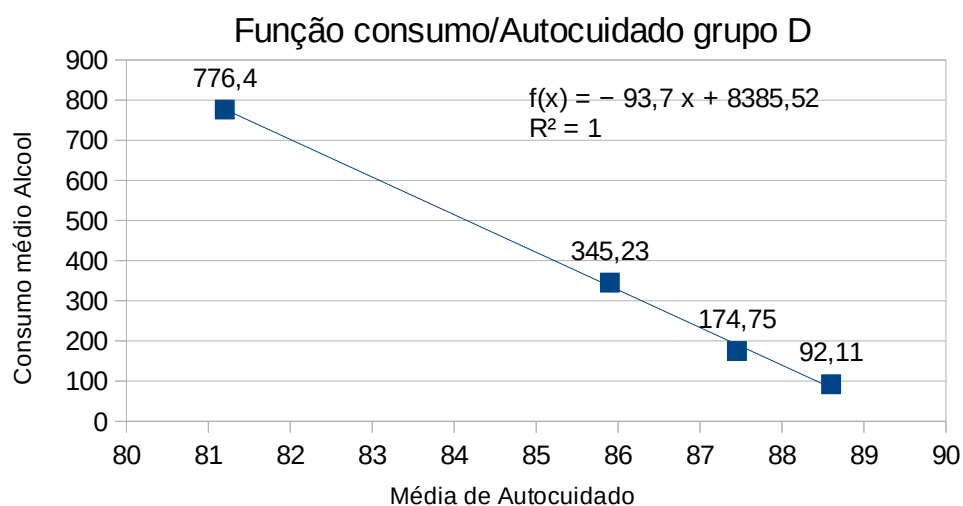
ingerida de álcool e o autocuidado dos participantes avaliados nesse estudo. Isto é demonstrado através do coeficiente de correlação de Pearson (P de Pearson). (IC- 95%)

Gráfico 5: Correlação de quantidade de álcool ingerida e o autocuidado no grupo GT.



Fonte: a autora. 2019.

Gráfico 6: Correlação de quantidade de álcool ingerida e o autocuidado no grupo GD.



Fonte: a autora. 2019.

No grupo tradicional a correlação autocuidado/consumo de álcool obteve um R de Pearson de $-0,926$ já no grupo dialógico um R de Pearson de $-0,998$. Quando $R = 1$ ou -1 Significa uma correlação perfeita positiva ou negativa entre as duas variáveis. O valor do R de Pearson acima de $0,9$ indica uma correlação muito forte, quase perfeita, demonstrando que o tratamento que obtiver efeito na evolução do autocuidado, por consequência garantirá uma redução do consumo.

Na curva de regressão linear $f(x) = -93,7x + 8385,52 = 0$, temos um valor ajustado de $x = 89,49$, ou seja, para que a metodologia dialógica consiga o sucesso de eliminar o consumo da droga, deve-se buscar uma evolução do autocuidado a pelo menos $89,49$ que é o ponto zero da função, onde a linha de regressão toca o eixo (X), e (Y) é igual a zero. Supõe-se que, respeitando a margem de erro, o usuário que alcançar um $X \geq 89,49$ interromperá o consumo de álcool quando submetido a metodologia dialógica.

Em relação ao grupo tradicional, a curva de regressão linear $F(x) = -33,4x + 2994,58 = 0$, temos um valor ajustado de $x = 89,65$ do mesmo modo, respeitando a margem de erro, o usuário que alcançar um $X \geq 89,65$ interromperá o consumo de álcool quando submetido a metodologia tradicional. Nota-se que, comparando as duas metodologias, a pontuação necessária de autocuidado para a interrupção do consumo foi um pouco menor na metodologia dialógica. O que demonstra uma pequena vantagem em termos de eficiência desta metodologia no tratamento do alcoolismo.

Tal eficiência é salientada quando se compara as inclinações das curvas das duas equações. Percebe-se que a inclinação da curva do grupo dialógico é bem mais acentuada que a do grupo tradicional. A declividade da curva é interpretada como a taxa de variação da variável (Y) em relação à variável (X). Logo, se a taxa de declividade for alta, demonstra que uma variação na pontuação do autocuidado refletirá em uma maior variação na redução da pontuação do consumo.

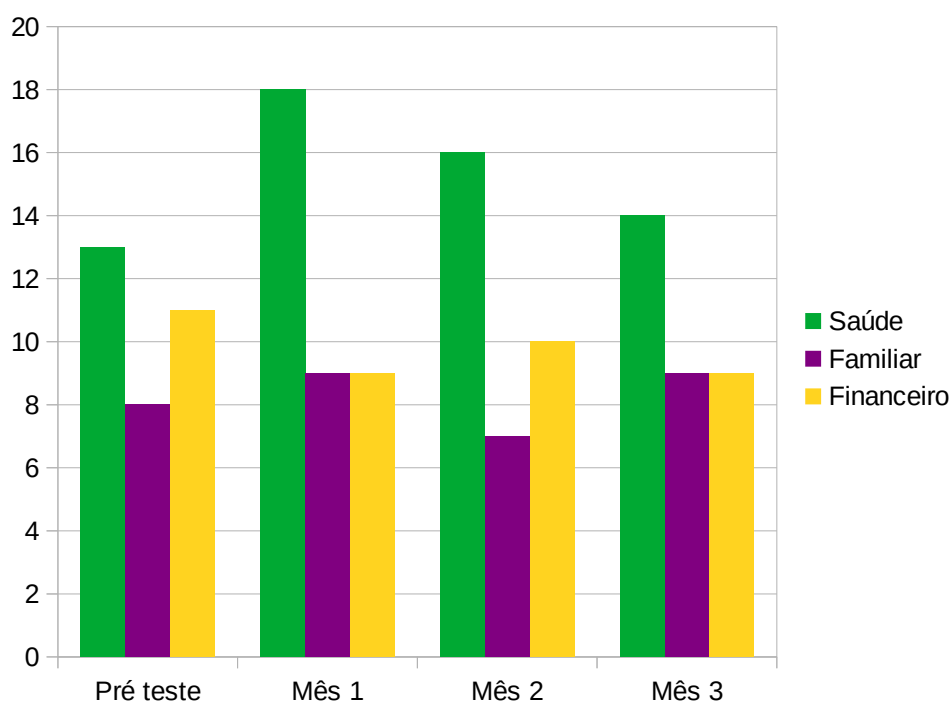
4.6 Os reflexos das ações educativas diante dos problemas relatados

Em contrapartida, pesquisadores identificaram que o uso de substâncias psicoativas pode contribuir com ações prejudiciais de autocuidado, mais especificamente em relação a vulnerabilidade de infecções sexualmente transmissíveis, doenças pulmonares (SILVEIRA,

RODRIGUES, 2013), doenças do aparelho hepático, circulatório, sistema nervoso central e periférico, podem surgir no curto, médio ou longo prazo. (STEFANELLI, *et al*, 2008). Além de alteração de comportamento (agressividade, isolamento) gravidez mal planejada, acidentes no trânsito, conflitos familiares e sociais.

Alterações irritativas diretas e durante a metabolização do álcool no organismo, já foram comprovadas. E quando há a associação com outros tipos de drogas aumenta a probabilidade do surgimento e agravamento de doenças instaladas, de diversos tipos: cardiopulmonares, gastrointestinais, hepáticas, neurológicas, psiquiátricas, hipotensão e até a morte. (PONTES, 2006). No entanto, apesar de haver a redução no consumo de drogas, e o aumento das médias do autocuidado, não houve diminuição na frequência dos problemas e situações vivenciadas em relação a saúde, com seus familiares e os aspectos econômicos. Conforme observa-se nos **gráficos 7 e 8**, respectivamente.

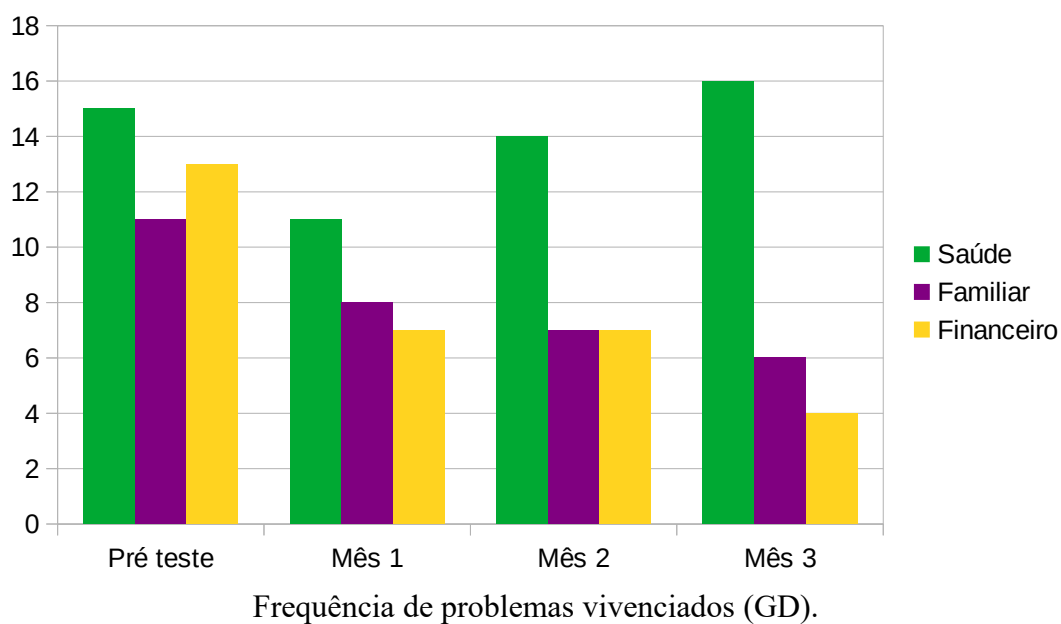
Gráfico 7: Tipos de Problemas relatados e vivenciados pelos participantes do GT



Frequência de problemas vivenciados - (G T).

Fonte: a autora.2019

Gráfico 8: Tipos de Problemas relatados e vivenciados pelos participantes do GD.



Fonte: a autora. 2019

Sobre os aspectos que envolvem o contexto de saúde nos grupos T e D houve aumento de 1 ponto em relação ao pré-teste. Ou seja, em ambos os grupos não foi observado melhora nos aspectos que envolveram a saúde dos participantes estudados independente das intervenções educativas.

Ainda em relação a saúde, os tipos de complicações identificadas e relatadas pelos participantes estão descritas no **quadro 5**.

Quadro 5. Complicações de saúde referidos pelos participantes dos grupos T e D.

Tipos de complicações	Grupo Tradicional	Grupo Dialógico
Psiquiátricas	Nervosismo, ansiedade, tristeza, depressão, insônia	Agressividade, nervosismo, ansiedade, depressão, tentativa de suicídio
Neurológicas	Alucinações, Transtornos convulsivos	Alucinações, Transtornos convulsivos
Cardiovasculares	Diabetes, hipertensão, edema, dor precordial, hipotensão	Edema
Gastrointestinais	Gastrite	Diarreia, vômitos, azia, anemia
Traumas	Fratura, cirurgia	Fratura, ferimento por perfurocortante
Infecções parasitárias	Hanseníase, Esquistossomose	-----
Esqueléticas	Lombalgia	Lombalgia
Outras complicações	Tremores, inapetência, debilidade física, fraqueza, cefaleia	Tremores, dor, disúria, febre, debilidade, fraqueza, exantema, asma

Fonte: A autora. 2019

Pressupõem-se que as causas para não ter ocorrido redução nos problemas de saúde, está no fato de que essas doenças referidas estão associadas ao consumo prolongado e assim foram cronificadas (gastrite, hipertensão). Além disso, outro fato observado, é que doenças psiquiátricas, neurológicas e agudas, como alucinações, transtornos convulsivos, depressão, requerem um tempo maior de tratamento e de um melhor suporte social, familiar, psicológico e financeiro de maneira conjunta. Aspectos estes, difíceis de serem conquistados pelo usuário em tão pouco tempo, apesar de sua mudança de hábitos e posturas.

Tal explanação também foi relatada pelos usuários em tratamento na cidade do Ceará que reconheceram a associação de alguns destes agravos decorrentes do uso, considerados pelos mesmos como algo muito desconfortante (FROTA *et al*, 2018).

A busca pelo tratamento e as ações educativas favoreceram a descoberta de diagnósticos de algumas doenças, como hanseníase, gastrite, hipertensão, diabetes, que pelas características, a estabilização ou cura não são obtidas em curto prazo.

Durante a aplicação do desenvolvimento da estratégia dialógica, os participantes demonstraram maior interesse em discutir doenças psiquiátricas, com ênfase na depressão e suicídio. De tal forma, que foi possível identificar pessoas com estado depressivo e risco elevado de cometer o suicídio.

No grupo T houve maior envolvimento em relação as doenças crônicas em detrimento a questões psíquicas.

A relação familiar e aspectos econômicos também foram citados como problemas e dificuldades permanentes por alguns participantes do grupo T, quanto ao convívio familiar, não houve diferença significativa ao longo do tempo (aumento de 1 ponto), quanto ao financeiro ocorreu uma redução de 3 pontos em relação ao pré-teste. Já os participantes do grupo D, houve melhora nos vínculos familiares (redução de 5 pontos) e no âmbito financeiro (redução de 9 pontos), durante o período pesquisado.

No eixo familiar, identifica-se através dos dados obtidos, que apesar terem iniciado o tratamento, redução do consumo, e presença de sentimentos de arrependimento, resultado do início do processo de mudança, os relacionamentos familiares permaneceram prejudicados. Situação também encontrada por Cavalcante *et al* (2012), que constatou um desgaste dos vínculos ocasionados pelas situações decorrentes da dependência química.

Acredita-se que as situações vivenciadas pelos familiares, principalmente no âmbito emocional causam danos inesquecíveis. E por isto, torna-se difícil a superação dos prejuízos ocasionados. Em contrapartida a família é fundamental para que ocorra o equilíbrio e o recomeço.

No âmbito da saúde, o fato de não haver melhora nas queixas referidas destes indivíduos, é compreendido, uma vez que os mesmos vivenciam dificuldades em vários eixos de sua vida, de ordem psicossocial, familiar, econômica e cultural, influenciando suas percepções e contextos em relação a sua qualidade de vida. Cardoso *et al* (2014) identificou o reconhecimento dos usuários frente aos problemas adquiridos devido o consumo de drogas, acarretando negativamente sua qualidade de vida e a de seus familiares.

Resultados contrários foram encontrados por Silveira *et al* (2013) ao aplicar um questionário sobre a percepção, quanto a qualidade de vida, dos participantes do estudo, os mesmos apresentaram percepções positivas, pois 57% dos entrevistados avaliaram como boa e 39% acreditam que sua qualidade de vida é semelhante à de outras pessoas, não estando associada a doença.

Entanto, estes, relataram boas condições sociais, econômicas e familiares. O que não ocorreu com os participantes desta pesquisa. A identificação dessa discordância é aceita por que no momento da entrevista realizada por Silveira *et al* (2013) os participantes informaram boas condições de saúde e relacionamentos familiares satisfatórios, além de que 72% da amostra estavam empregados. O que afetou decididamente na percepção da qualidade de vida autoreferida.

4.7 Adesão dos participantes

A adesão dos participantes foi realizada a partir do cálculo (nº de exposições x o nº de participantes) que se expuseram a metodologia de cada intervenção, gerando o valor total analisado.

De acordo com o referido, os dados apontam que houve maior adesão no grupo com intervenções dialógicas (97 pontos) em relação ao grupo com exposição tradicional (75 pontos), diferença de 22 pontos. **(tabela 1).**

Tabela 3: Comparativo em relação a adesão dos participantes dos Grupos GT e GD.

Frequência da exposição	Grupo T (Nº de participantes/%)	PONTUAÇÃO GRUPO T	Grupo D (Nº de participantes/%)	PONTUAÇÃO GRUPO D
1	3 (15%)	3	2 (10%)	2
2	3 (15%)	6	3 (15%)	6
3	5 (25%)	15	2 (10%)	6
4	2 (10%)	8	4 (20%)	16
5	1 (5%)	5	2 (20%)	10
6	1 (5%)	6	0	0
7	2 (10%)	14	1 (5%)	7
8	0	0	5 (25%)	40
9	2 (10%)	18	0	0
10	0	0	1 (5%)	10
TOTAL	20/100%	75	20/100%	97

Fonte: A autora. 2019

A estratégia dialógica favoreceu um maior envolvimento dos usuários e uma maior frequência no grupo em relação ao grupo que foi aplicado a estratégia tradicional,

possivelmente devido ao processo de identificação do próprio participante com as discussões construídas, planejadas e elaboradas a partir de contextos individuais para o desenvolvimento de sua autonomia.

Para Bittencourt *et al* (2019) o vínculo foi apontado como uma ferramenta que contribui no estabelecimento da confiança entre profissionais e os usuários. Recurso não invasivo que possibilita a oferta do cuidado e o comprometimento dos profissionais, acarretando em consequência, relações sociais saudáveis livre de preconceitos.

No entanto, assistir essa população, é um desafio constante, pois as relações estabelecidas do usuário com a substância possui especificidades complexidade singulares, uma vez que o motivo do uso ocorre para o alívio de sintomas físicos, e do sofrimento à obtenção de estados saudáveis. (BICA; OLIVEIRA; CRUZ, 2019).

Em relação a estratégia Tradicional, uma das causas apontadas para uma menor adesão é o fato de que a estratégia T pode ter uma efetividade mais baixa para facilitar a formação de vínculos entre os usuários e usuários e profissionais nos espaços de saúde, um fator bastante peculiar na adesão ao tratamento, já que possuem histórias de vínculos familiares conflituosos e fragilizados. Ferreira e Souza (2018) identificou que a construção de vínculos e a compreensão da relação dos mesmos com as drogas são fundamentais para a adesão no tratamento.

Apesar da menor adesão, os participantes do grupo T, apresentaram interesse nas temáticas trazidas, especialmente quando estas possuíam relação com doenças que tinham associação com seu histórico, esse comportamento ocorreu de modo singular, e esporádico, apesar de estarem em grupo.

5. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que a educação em saúde seguindo a estratégia dialógica ocasiona em melhor redução no consumo de etanol e maconha, como também nas queixas relacionadas aos conflitos familiares e financeiros, além de proporcionar uma melhor adesão/ vínculo no tratamento quando comparado a estratégia educativa tradicional.

Não houve melhora estatisticamente significativa no autocuidado dos participantes de ambos os grupos. Apesar disto, o autocuidado esteve intimamente relacionado ao consumo do etanol, ou seja, quanto melhor o autocuidado, maior é a possibilidade de redução da ingestão de álcool.

Portanto, torna-se importante a aplicabilidade de estratégias educativas dialógicas nos diversos setores de saúde, e principalmente com portadores de doenças crônicas, especificamente na população estudada, com enfoque para o incentivo ao autocuidado.

PRODUTOS EDUCACIONAIS

1. INTRODUÇÃO

Os produtos educativos construídos em decorrência desta pesquisa, são compostos por dois produtos: um vídeo, direcionado para a população geral, profissionais da saúde e áreas afins e um manual contendo um programa educativo para profissionais, aplicável a grupos com transtornos decorrentes de substâncias psicoativas, e especialmente nos CAPS ADs.

Em relação ao contexto da assistência prestada para o público alvo destes recursos, é que atualmente verifica-se uma ampliação dos debates de todos os setores da sociedade (religião, política, saúde, justiça e sociedade) em relação ao cuidado ofertado para pessoas com transtornos ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas.

De forma em que há uma preocupação em torno dos novos direcionamentos do governo, que propõe além do uso de eletrochoques, a inclusão e o financiamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. (AMARANTE, NUNES, 2018; BRASIL, 2019).

O processo de desinstitucionalização, a oferta de tratamento menos invasiva possível, além do direito da pessoa com transtorno mental de ser tratado em ambiente de base comunitária já estava em curso no país há alguns anos. Avanços estes, obtidos e garantidos por lei através da reforma psiquiátrica brasileira, em 2001. (BRASIL, 2005). Os Centros de Apoio Psicossocial, anteriormente considerados substitutivos ao modelo institucionalizador e hospitalocêntrico (BRASIL, 2005), atualmente possui igual importância aos demais dispositivos da rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2019). Entretanto, nos CAPS ADs o atendimento segue a linha do cuidado interprofissional, nesses espaços propõem-se que a proposta do cuidado seja construída em conjunto com o usuário e a família, por meio do Projeto terapêutico Singular - PTS (BRASILIA, 2017) e da clínica ampliada do cuidado. O PTS, torna-se um projeto que visa o ajuste e resolução de problemas visualizados pelos usuários, a família e a equipe de saúde, ao mesmo tempo, ele é elaborado pensando no futuro do sujeito, tendo como foco a sua autonomia (UFSC, 2014).

Para sua elaboração é necessário a escuta ativa das expectativas dos usuários e familiares diante do tratamento proposto, além disso, sempre que possível acionar outros serviços e áreas para dar suporte ao processo de reinserção social, ou seja, dar subsídios, para

promover a autonomia do usuário, nas questões ligadas ao trabalho, esporte, lazer, além do resgate de vínculos sociais e familiares saudáveis (BRASILIA, 2017)

Segundo Souza e Pinheiro (2012) a clínica ampliada enxerga o sujeito de modo mais amplo, além da doença. Permitindo uma flexibilização do tratamento dentro da singularidade apresentada, que se tornam subsídios para promover a autonomia, a cidadania e o papel sociopolítico, posicionando-os como protagonistas de sua história. As pessoas atendidas nessas instituições são avaliadas pelos profissionais quanto aos sinais clínicos, sintomas relatados, assim como seu histórico de vida, somando-se ao contexto familiar e relações no trabalho e sociais.

Estudos apontam que a maior parte dos usuários dos Centros de Apoio CAPS ADs, é constituída por homens com transtornos decorrentes por uso de álcool. Monteiro *et al* (2011) constatou que 55% das pessoas que deram entrada no CAPs relataram uso diário, 35,2% em mais três vezes por semana e 8,8 % entre uma a duas vezes durante a semana e duas pessoas, o uso quinzenal de substância etílica .

Pesquisa realizada por Vargas, Bittencourt e Barroso (2014) identificou que 22% dos entrevistados na atenção primária, se encontravam em uso de risco, uso nocivo com probabilidade de dependência alta em relação ao consumo de álcool. As causas apontadas pelos autores é a falta de estratégias educativas em relação ao rastreamento, identificação e assistência para a população em relação a essa temática.

Paula *et al* (2014) identificou o receio de profissionais da atenção primária em abordar o usuário de drogas por medo de sofrer represálias de traficantes, e assim preferem abordar o tema com familiares que buscam ajuda.

Diante destes fatos, propostas de ações educativas e metodológicas que consigam atingir uma maior proporção de pessoas, sejam profissionais e usuários dos serviços de saúde, tornam-se válidas para contribuição e para dinamicidade, detecção e cuidado, de pessoas acometidas por essa doença.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Ofertar subsídios educativos em saúde para orientação, detecção e tratamento de pessoas acometidas pela dependência química;

2.2 Objetivos Específicos:

- Informar a população sobre os prejuízos do consumo do álcool;
- Incentivar pessoas com transtornos decorrentes do consumo do álcool a buscar avaliação profissional;
- Disponibilizar recursos educativos para profissionais de saúde e áreas afins.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Estes produtos foram elaborados a partir dos estudos realizados no campo da educação e da neurociências, que explicam que o sistema nervoso central possui mecanismos que facilitam a interpretação e percepção dos indivíduos diante dos estímulos sensoriais. Esta tradução sofre influência dos aspectos físicos-ambientais (cor, cheiro, sabor) e emocionais de cada sujeito. (GROSSI, *et al*, 2014).

De forma que a aprendizagem humana é decorrente de informações cerebrais perceptivas. Para que o conhecimento/experiência seja fixada positivamente ou negativamente os estímulos sonoros e ambientais do momento são importantes, os sentimentos anteriores e os atuais desse processo são relevantes para um melhor interesse diante da proposta do ensino (CARVALHO, 2010).

A exploração dos fatores emocionais e de todos os sentidos, visão, audição, tato, paladar, olfativo, presentes nos seres humanos, são recomendados por diversos campos do saber (CAMPOS, 2008; SANTOS, 2019), já que a evocação desses aspectos resultam em benefícios quanto a memorização e questões avaliativas.

A sequência da aprendizagem se dá em dois momentos: como a informação é recebida e os processos envolvidos (FELDER; SILVERMAN, 1988). Sobre isto, Campos (2008) aponta que algumas pessoas demonstram ser mais sensíveis, outras visuais, e há aquelas que apresentam o paladar mais aguçado, sendo estas características específicas e personalizadas.

De modo que cada aprendiz, embora possua todos os sentidos sensoriais, alguns são mais evidentes, ou seja, as pessoas mais sensoriais são aquelas que optam vivenciar o processo para aprender; as intuitivas, se adaptam bem as teorias; Pessoas visuais possuem habilidades de fixação do conhecimento, a partir de filmes, figuras e demonstrações; As classificadas como verbais prefere ouvir as orientações; Ainda há aquelas que são ativas (vivencia real e observação com reflexões); os reflexivos possui percepções ativas e reflexivas, e preferem trabalhar sozinhos e por fim os sequenciais que absorvem melhor o conhecimento quando o conteúdo é dado progressivamente, do mais baixo nível ao alto grau (FELDER; SILVERMAN, 1998).

Somando-se as características individuais importantes à pedagogia, esta aquela ligado a análise situacional do adulto com seu ambiente, a resposta psicológica e de comportamento, definidas pelos estados de ego, construtor da personalidade do indivíduo, definidos por Eric Berne (1972) como: Estado do Ego Pai é o que reproduz o eu, relacionado aos sentimentos e ações a partir da indução parenteral e cultural; estado de ego adulto, corresponde ao pensamento, e o ego criança, são as emoções e sensações.

Tendo em vista estes pressupostos, fica evidente a necessidade de incluir todos os sentidos, emoções, cores, espaços físicos estados de ego no planejamento e aplicabilidade das ações educativas, para que a aprendizagem seja a mais significativa possível e provoque repercussões positivas nos aprendizes e concomitante a isto, na qualidade de vida das pessoas envolvidas.

4. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Os recursos educativos: vídeo e manual educativo, são decorrentes da dissertação “Comparativo de duas Estratégias Educativas em Saúde e suas Relações nas ações do Autocuidado de Pessoas Acompanhadas por Uso de Álcool e Outras Drogas”, esta pesquisa apresentou como proposta a avaliação dos efeitos que as estratégias educativas: tradicional e dialógica podem ocasionar nas ações do autocuidado de usuários de um CAPS AD.

O vídeo educativo “a vida de Antônio” foi elaborado a partir de experiências compartilhadas pelos próprios participantes no decorrer das intervenções, somados a identificação da melhoria da qualidade de vida dos mesmos, advindos com as ações de educação em saúde desenvolvidas neste estudo e nos Centros de Atenção Psicossocial em todo o País.

Segundo Rodrigues – Júnior *et al* (2017) o vídeo é um instrumento efetivo e tem sido aplicado para a promoção da saúde por enfermeiros. É considerado um recurso tecnológico, de fácil acessibilidade, que desperta o interesse da população. Uma vez que imediatamente dois sentidos são explorados, a visão e a audição (LIMA, *et al*, 2017).

Além destes dois sentidos, outros sentidos serão explorados neste recurso, como o paladar, o olfativo e o sensorial. A história de vida exposta no vídeo repercutirá no domínio afetivo de aprendizagem, que tem como perspectiva a função de promover a mudança de atitudes em busca da melhoria da saúde das pessoas. Quando o domínio afetivo é utilizado o recurso educativo deve favorecer reflexões nos sujeitos, foco da intervenção. (ALMEIDA, 2017).

Contudo, ainda buscou-se contemplar os estados de ego pai, adulto e criança. O ego adulto foi proposto a partir da cena em que o pai faz o uso de bebida alcoólica na frente dos filhos, demonstrando as repercussões negativas na vida das crianças ao longo do tempo, que poderá levar a agressividade e tensão; ao mesmo tempo que discorre sobre os ganhos para a vida das pessoas diante da evolução no tratamento, o que remete para o exemplo de superação.

O ego adulto é contemplado por meio das informações trazidas sobre a dependência química, orientações para busca por acompanhamento profissional. O ego criança é utilizado na cena em que acontece os momentos de lazer.

A audição é estimulada a partir da voz do narrador; a visão através das imagens, o paladar e o olfativo é ativado com as imagens de ingestão dos alimentos.

A sua produção ocorreu em várias etapas, das quais: na primeira etapa foi realizada a elaboração do roteiro com o conteúdo, subdividido em 3 cenas. Em seguida partiu-se para edição e animação do recurso.

Em relação ao manual educativo, este foi elaborado a partir das intervenções realizadas, de opiniões dos participantes e da observação da pesquisadora. Neste recurso foram contemplados diversos temas a fim de reduzir os danos biológicos, físicos e psicossociais provocados pelo consumo, seguindo a perspectiva da redução de danos e da autonomia do usuário no seu tratamento.

No recurso supracitado encontra-se a apresentação, a descrição das propostas metodológicas, dos recursos materiais e o público-alvo da ação educativa assim como os facilitadores. Serão sugeridos quatorze (14) encontros contemplando temas sobre o protagonismo do usuário no tratamento; dependência química; depressão; autocuidado; entre outros temas.

As imagens ilustrativas e o design foram realizadas por profissional especialista na área, embasados na proposta da pesquisadora, decorrentes das ações educativas realizadas e das respostas dos usuários diante do período pesquisado, como também na literatura existente.

As sugestões presentes neste manual irão propor aos profissionais a utilização dos cinco sentidos e os estados de ego, como também a exploração do ambiente. E principalmente, contemplará estratégias educativas dialógicas e horizontais, seguindo a perspectiva de Paulo Freire.

5.CONCLUSÃO

O vídeo é um recurso educativo de bastante potencial para informar com agilidade a população sobre os prejuízos advindos com o consumo do etanol, como também informar sobre a importância de buscar avaliação profissional.

O manual educativo para profissionais é utilizado como um instrumento de suporte eficaz para atividades desenvolvidas por profissionais, possibilitando ações educativas emancipadoras que respeitam a singularidade e autonomia dos sujeitos.

Torna-se ainda interessante ainda que as repercussões e reflexões promovidas da população e profissionais proporcionadas com estes recursos sejam estudadas e avaliadas a fim de que seus resultados possam ser divulgados e compartilhados com toda população.

Por fim, é possível afirmar que a elaboração e aplicabilidade de recursos educativos, torna-se uma experiência enriquecedora, tanto para os profissionais responsáveis pela assistência quanto para as pessoas que apresentam transtornos devido o uso de substâncias psicoativas, uma vez contribui e torna a ação educativa mais atrativa, dinâmica e criativa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, DM. Elaboração de materiais educativos. Disciplina **Ações Educativas na Prática de Enfermagem**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo – 2017. Disponível em: https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4412041/mod_resource/content/1/ELABORA%C3%87%C3%83O%20MATERIAL%20EDUCATIVO.pdf Acesso em 02/09/19.

ALMEIDA, RA, de; ANJOS, UU, dos; VIANNA, RPT; PEQUENO, GA. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, nº. 102, p. 526-538, Jul-Set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0526.pdf> Acesso em 01/08/19.

AMARANTE, P; NUNES, M.de O. A reforma Psiquiátrica no SUS e a Luta por uma Sociedade sem Manicômios. OPINIÃO. **Ciênc. saúde colet**. 23 (6) Jun 2018. Disponível em : <https://scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt>. Acesso em 01/03/19.

ANDRADE, SP; LIMA, RC; ORANGE, LG; MEDEIROS, TB; SANTOS, REA; SANTOS, HCM; CAMPOS, FACS. Estado nutricional de pacientes alcoolistas de uma Instituição hospitalar do Nordeste Brasileiro. **Nutr. clín. diet. Hosp**. 2016; 36(2):63-73. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/pereiraandrade.pdf> . Acesso em 11/11/2019.

AZEVEDO, CS; SILVA, R S. A importância da família no Tratamento do Dependente Químico. **Encontro: Revista de Psicologia**. Vol.16.nº25. p.151-162. 2013. Disponível em: <http://revista.pgskroton.com.br/index.php/renc/article/viewFile/2439/2337> . Acesso em 01/08/19.

BARRY, AE; BATES, AM; OLUSANYA, O; VINAL, C; Cystal, MARTIN, E; PEOPLES, JE; JACKSON, ZA; BILLINGER, SA; CAULEY, AYDA; MONTANO, JR Javier R. Alcohol Marketing on Twitter and Instagram: Evidence of Directly Advertising to Youth/Adolescents. **Alcohol and Alcoholism**, Volume 51, Issue 4, July/August 2016, Pag. 487–492. Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article/51/4/487/1739960> . Acesso em 02/08/19

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunic, Saúde, Educ** 2. 1998. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf> . Acesso em 28/07/19.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em: http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/berbel_2011.pdf

BERNE E. What do you say after you say hello? New York: Grove Press. 1972.

BICA, SCL; OLIVEIRA, MM, de; CRUZ, VD. A pedra é o meu remédio: usuários de *crack* na percepção da própria saúde. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) vol.15. no.1. Ribeirão Preto jan./mar.2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000100007 . Acesso em 11/11/2019.

BITTENCOURT, MN; PANTOJA, PVN; SILVA-JÚNIOR, PCB; PENA, JLC; NEMER, CRB; MOREIRA, RP. Street clinic: the care practices with users of alcohol and other drugs in Macapá. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23,n. 1, 2019. Epub 24-Jan-2019. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v23n1/1414-8145-ean-23-01-e20180261.pdf> . Acesso em 09/11/2019.

BYRNE, PR; BUMGARDNER, K; KRUPSKI, AI; DUNN, C; RIES, R; DONOVAN, D; WEST; MAYNARD, C; ATKINS, DC; GRAVES, MC; JOESCH, JM; ZARKIN, GA. Brief Intervention for Problem Drug Use in Safety-Net Primary Care Settings A Randomized Clinical Trial. **JAMA.** 2014; 312(5):492-501. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4599980/> . Acesso em 04/02/19.

BOGENSCHUTZ, MP; DONOVAN, DM; MANDLER, RN; PERL, HI; FORCECHIMES, AA; CRANDALL, C; LINDBLAD, R; ODEN, NL. SHARMA, G; METSCH, L; LYONS, MS; MCCOMARCK; KONSTANTOPOULOS, WM; DOUAIHY, A. Brief Intervention for Patients With Problematic Drug Use Presenting in Emergency Departments A Randomized Clinical Trial. **JAMA Intern Med.** 2014;174(11):1736-1745. doi:10.1001/jamainternmed.2014.4052 Published online September 1, 2014 Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1899559> . Acesso em 04/01/19.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem.** 4. ed., Petrópolis: Vozes, 1982.

BORDIN, S; GRANDI, CG; FIGLIE, NB; LARANJEIRA, R. Sistemas Diagnósticos em Dependência Química- Conceitos Básicos e Classificação Geral. Cap. 1. In: FIGLIE, NB; BORDIN, S; LARANJEIRA, R (ORG). **Aconselhamento em Dependência Química.** 2º ed. São Paulo. Editora: ROCA, 2010.

BORILLE, DC; BRUSAMARELLO, T; PAES, MR; MAZZA, VA; LACERDA, MA; MAFTUM, MA. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 209-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a24v21n1.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf . Acesso em 23/07/19.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. : il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf . Acesso em 11/11/19.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34) http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf . Acesso em 04/02/19.

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. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html . Acesso em 20/11/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019 GGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://pbpd.org.br/ministerio-da-saude-divulga-nota-tecnica-com-alteracoes-nas-politicas-nacionais-de-saude-mental-e-de-drogas/> Acesso 03/04/19.

BRASÍLIA, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD. **SUPERA** (Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas; Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento. Brasília. coordenação [da] 7. ed 68 p. – (SUPERA). Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni. 2014.

BRASÍLIA, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **Padrões de Uso de Drogas.** Brasília. 2017. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094251-001.pdf> . Acesso em 15/01/19.

BVS, Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. Dicas em saúde. **Clínica Ampliada**. Folder. Elaborada em março 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html

BVS, Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. **Cálculo de doses de álcool**. Rede Telessaúde Brasil. s/ano. Disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=8> . Acesso em 20/08/18.

CAMPBELL, ANC; NUNES, EV; MATTHEWS, AG; STITZER, M; MIELE, M; POLSKY, D, TURRIGIANO, E; WALTERS, S; MCCLURE, EA; KYLE, T; WAHLE, A; VELDHUISEN, PV; GOLDMAN, B; BABCOCK, D; STABILLE, P Q; WINHUSEN, T; GHITZA, UE. Internet-Delivered Treatment for Substance Abuse: A Multisite Randomized Controlled Trial. T. **J Psiquiatria**, 2014. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2014.13081055>. Acesso em 04/02/19.

CAMPOS, SR. Os cinco sentidos da hospitalidade. Observatório de Inovação do Turismo – Revista Acadêmica Volume III – Número 1 – Março de 2008. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/oit/article/view/5694> . Acesso em 29/08/19.

CARDOSO, MP; AGNOL, RD; TACCOLINI, C; TANSINI, K; VIEIRA, A; HIRDES, A. A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde. **Aletheia** no.45 Canoas, dez.2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200006 Acesso em 11/08/19.

CARNEIRO, AC; OLIVEIRA, ACM; SANTOS, MMS; ALVES, MS; CASAIS, NA; SANTOS, AS. Educação popular em Saúde Mental: relato de uma experiência. **Saúde Soc.** São Paulo. v. 19, n. 2, p. 462-474, June 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=p . Acesso em 12/11/19.

CARVALHO, FAH. Neurociências e educação: uma articulação necessária na formação docente. **Trab. educ. saúde** (Online) vol.8 no.3 Rio de Janeiro Nov.2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300012 . Acesso em 05/09/19.

CARVALHO, SR; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2029-2040, 2008. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a07.pdf> . Acesso em 16/06/19.

CAVALCANTE, LP; FALCÃO, RST; LIMA, HP; MARINHO, AM; MACEDO, JQ, de; BRAGA, VAB. Rede de Apoio Social ao Dependente Químico: Ecomapa como Instrumental

na Assistência em Saúde. **Rev. Rene.** 2012. ;13(2):321-31. disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3920> Acesso em 19/06/19.

CISA, Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool. **Definição de dose -padrão.** 2014. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/4503/definicao-dose-padrao.php> . Acesso em 10/06/19.

DERMEN KH; CIANCIO SG; FABIANO JA. A pilot test of motivational oral health promotion with alcohol-dependent inpatients. **Health Psychol.** 2014;33(4):392-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4095892/> . Acesso em 25/01/19.

DIEPERINK, E; FULLER, B; ISENHART,C; MECMAKEN, K; LENOX, R; POCHA, C; THURAS, P; HAUSER P. Efficacy of motivational enhancement therapy on alcohol use disorders in patients with chronic hepatitis C: a randomized controlled trial. **Addiction.** 2014 Nov;109(11):1869-77. Epub 2014 Aug 14. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25040898> . Acesso em 04/02/19.

DCN. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf> Acesso em 13/05/2018.

FARIA, J G de; Schneider. DR. O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade;** 21 (3): 324-333, 2009. Disponível em :<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf> Acesso em 01/08/19.

FALKENBERG, MB; MENDES, TPL; MORAES, EP; SOUZA, EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Opinião Ciênc. saúde coletiva.** 19 (03) Mar 2014. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n3/847-852> . Acesso em 11/11/2019.

FELDER, R. M; SILVERMAN, L. K. Learning and teaching styles in engineering education. *Engineering Education*, v. 78, n. 7, p. 674-681, 1988.

FERREIRA, ISS; SOUZA, SL. Adesão ao Tratamento de Usuários ao Tratamento de Usuários de um CAPS AD do Interior da Bahia. **Anais Seminário de Iniciação Científica.** Universidade de Feira de Santana - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Coordenação de Iniciação Científica.. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/3728/2933> . Acesso em 12/08/19

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 17ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Disponível em:

http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_pedagogia_do_oprimido.pdf. Acesso em 16/06/2019.

FIGUEIREDO, MFS; RODRIGUES-NETO, JF; LEITE, MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília. 2010 jan-fev; 63(1): 117-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>. Acesso em 25/11/18.

FILHO, G J da P; SATO, L J; TULESKI, MJ; TAKATA, SY; RANZI, CCC; SARUHASHI, SY; SPADONI, B. Emprego do Questionário CAGE para Detecção de Transtornos de Uso de álcool em Pronto-Socorro. **Rev Ass Med Brasil**. 2001; 47(1): 65-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n1/a32v47n1.pdf> Acesso em 14/03/19.

FROTA, GAS; MARTINS, KMC; DOURADO, JVL; AGUIAR, FAR; JÚNIOR, FFG. Experiência de Usuários Acerca do Uso de Drogas. **Rev Bras. Promoç. Saúde**, 31(3): 1-11, jul./set., 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7868/pdf> . Acesso em 04/08/19.

GABATZ, RIB; JOHANN, M; TERRA, MG; PADOIN, SMM; SILVA, AA; BRUM, JL. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 520-525, Aug. 2013. Disponível <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127728368016.pdf> . Acesso: 09/08/19.

GELBERG L; ANDERSEN RM; AFIFI AA, et al. Project QUIT (Quit Using Drugs Intervention Trial): a randomized controlled trial of a primary care-based multi-component brief intervention to reduce risky drug use. **Addiction**. 2015;110(11):1777-90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4948983/> Acesso em 22/07/19

GENTIL, V. Drauzio Dichava #2 - A brisa. [Série/ Entrevista] 22/04/2019. Disponível em: <https://drauzioavarella.uol.com.br/videos/series-e-documentarios/drauzio-dichava-2-a-brisa/> . Acesso em 31/08/2019.

GLASS JE; ANDRÉASSON S, BRADLEY KA, et al. Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). **Addict Sci Clin Pract**. 2017;12(1):14. Published 2017 May 10. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5425968/> Acesso em 17/02/19.

GOZBY, Paul C. Delineamentos quase-experimentais, delineamentos com sujeito único e delineamentos de pesquisas sobre desenvolvimento. In: **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento** / Paul C. Cozby; tradução Paula Inez Cunha Gomide, Emma Otta; revisão técnica José de Oliveira Siqueira. -- São Paulo : Atlas, 2003.Cap. 11.

GROSSI, M. G. R.; GROSSI, V. G. R.; SOUZA, J. R. L. M. E SANTOS, E. D. S. Uma reflexão sobre a neurociência e os padrões de aprendizagem: a importância de perceber as diferenças. **Debates em Educação**. Maceió, Vol. 6, n. 12, Jul./Dez. 2014 p. 93-111. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/759> Acesso em 01/08/19.

HENRIQUE, IFS; MICHELI, DM; LACERDA, RB; LACERDA, LA; FORMIGONI, MLOS. Validação da Versão Brasileira Teste de Triagem do Envolvimento Com álcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIT). **Rev Assoc Med Bras**. 2004; 50(2): 199-206. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784.pdf> . Acesso em 14/03/19.

JÚNIOR, A M; COSTA, I CC; MEDEIROS, CCBM; TRIGUEIRO, R PC. Significados e importância da educação popular em saúde para educadores e universitários. **Convinbra**. 2013. Disponível em: http://www.convinbra.com.br/upload/paper/2013/58/2013_58_7610.pdf

LIMA, EH; CAPANEMA, CA; NOGUEIRA, MJ. A prática dos grupos reflexivos sobre drogas como estratégia possível para redução de riscos e danos. **Pesqui. prá. psicossociais**. vol.13 no.1 São João del-Rei jan./mar.2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n1/09.pdf> . Acesso 11/08/19.

LIMA, MB, de; REBOUÇAS, CBA; CASTRO, RCMB; CIPRIANO, MAB; CARDOSO, MVLML; ALMEIDA, PC, de. Construção e validação de vídeo educativo para orientação de pais de crianças em cateterismo intermitente limpo. **Rev Esc Enferm USP**. 2017;51: 03273. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/0080-6234-reeusp-S1980-220X2016005603273.pdf> Acesso em 05/08/19.

LIMA, VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)** [online]. 2017, vol.21, n.61, pp.421-434. Epub Oct 27, 2016. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>.

MALBERGIER, A; JÚNIOR- OLIVEIRA, H. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Cap. 14. In: KAPCZINSKI, F *et al* (ORG). **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos Uma abordagem Translacional**. 3º ed. Porto Alegre. Editora: Artmed.2011.

MARTINS, JS; MACRAE, E. Por um Olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério (organizadores). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 89 p. 2010. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo_profissionais.pdf . Acesso em 17/11/19.

MASTROIANNI, FC; MACRIS, CE; GOMES, JR; CAMARGO, PJ. Perfil sociodemográfico de um CAPSad e sua funcionalidade segundo os usuários. **Rev. Psicol. Saúde** vol.8 no.2 Campo Grande dez.2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000200001 Acesso em 01/08/19.

MAYNIÉ-FRANÇOIS C1; CHENG DM1; SAMET JH; LLOYD-TRAVAGLINI C1; PALFAI T; BERNSTEIN J; SAITZ R. Unhealthy alcohol use in primary care patients who screen positive for drug use. **Subst Abuse**. 2017. Jul-Sep;38(3):303-308. Epub 2016 Aug 2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27482999>

MARQUES, MB. **Intervenção educativa para o autocuidado com os pés de Idosos com diabetes mellitus**. Orientadora: Dra. Maria Josefina da Silva Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Tese de Doutorado. 2015 Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/13751> Acesso em 22/09/18.

MARSCH LA; GUARINO H; GRABINSKI MJ; SYCKES, C; DILLINGHAM, ET; XIE, H; CROSIER, BS. Comparative Effectiveness of Web-Based vs. Educator-Delivered HIV Prevention for Adolescent Substance Users: A Randomized, Controlled Trial. **J Subst Abuse Treat**. 2015;59:30-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26293644> . Acesso em 05/02/19.

MENDONÇA, SCB; ZANETTI, ML; SAWADA, NO; BARRETO, IDC; ANDRADE, JS; OTERO, LM. Construção e validação do Instrumento Avaliação do Autocuidado para pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.25 Ribeirão Preto 2017 Epub June05, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100342&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em 05/06/19.

MONJARDIM, Jayme; STULBACH, Dan; TRONCOSO, César. **Trailer** do filme: O Vendedor de Sonhos. 2016. baseado na obra de Augusto Cury. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=Q1Q4NweBya4> Acesso :22/03/19.

MORIN JG, AFZALI, MH; BOURQUE J; STEWART, SH, SÉGUIN, JR, BARRETT, ML; COROND, PJ. A Population-Based Analysis of the Relationship Between Substance Use and Adolescent Cognitive Development. **Am J Psychiatry**. 2019 Feb 1;176(2):98-106. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.18020202. Epub 2018 Oct 3. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2018.18020202>. Acesso em 09/08/19

MONTEIRO, CFS; DOURADO, GOL; GRAÇA-JÚNIOR, CAG; FREIRE, AKN. Relatos de Mulheres em Uso Prejudicial de Bebidas Alcoólicas. **Esc Anna Nery** (impr.)2011 jul-set; 15

(3):567-572. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a18v15n3> . Acesso em 01/11/19.

MONTEIRO, SFS; FÉ, LCM; MOREIRA, MAC; ALBUQUERQUE, IEM; SILVA, MG; PASSAMANI, MC. Perfil Sociodemográfico e Adesão ao Tratamento de Dependente de álcool em CAPS AD do Piauí. **Esc Anna Nery** (impr.) 2011 jan-mar; 15 (1):90-95 . disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf> . Acesso em 20/08/19.

NADKARNI A; WEISS HA, WEOBONG, B; MECDAID, D; SINGLA, DR; PARK, AL; BHAT, B; KATTI, B; MACCAMBRIDGE, G; MURTHY, P; KING, M; WILSON, GT; KIRKWOOD, B; FAIRBURN, CG; VELLEMAN, R; PATEL, V. Sustained effectiveness and cost-effectiveness of Counselling for Alcohol Problems, a brief psychological treatment for harmful drinking in men, delivered by lay counsellors in primary care: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. **PLoS Med.** 2017;14(9):e1002386. Published 2017. Sep 12. doi:10.1371/journal.pmed.1002386. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5595289/> . Acesso em 05/02/19.

NÓBREGA, MPSS. Fenômeno das drogas lícitas e ilícitas e assistência de enfermagem. Cap. 13. In: CARVALHO, MB. (ORG). **Psiquiatria para Enfermagem**. São Paulo. Editora Ridel. 2012.

OLIVEIRA, RG; MARCON, SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP.** 2007. 41(1):65-72. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/304.pdf> . Acesso em 25/11/18

OLIVEIRA, EN; MOREIRA, RMM; OLIVEIRA, LS; OLÍMPIO, ACS; SILVA, RWS; PEREIRA, PJA. O Cuidado Multiprofissional na Prevenção de Internações Relacionadas ao Uso de Crack. **J. res: fundam. care.** online 2019. out./dez. 11(5). Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7515/pdf_1 Acesso em 09/11/19.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Neuroanatomia, neurobiologia e farmacologia. In: **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**. 2004. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf . Acesso em 22/04/19.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2018. Genebra, Sui&am **Relatório Global sobre Álcool e Saúde - 2018**. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/10049/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2018.php> . Acesso em 02/08/19.

OREM, DE; TAYLOR, SG. Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences **Nurs Sci Q.** 2011 Jan;24(1):35-41. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0894318410389061> Acesso em 03/03/19.

PAULA, ML, de; JORGE, MSB; VASCONCELOS, MGF; ALBUQUERQUE, RA. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, abr./jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200006 Acesso em 02/08/19.

PARRY CDH, CARNEY T, PETERSEN Williams P. Reducing substance use and risky sexual behaviour among drug users in Durban, South Africa: Assessing the impact of community-level risk-reduction interventions. **SAHARA J.** 2017;14(1):110-117. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5639608/> Acesso em 08/01/19.

PIRES, ROM, WEBSTER, CMC. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(3):497-509, mar, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/10.pdf>. Acesso em 09/12/18.

PONTES, MA Transtornos de Abuso de Drogas,. Cap. 11. In: **Enfermagem Psiquiátrica-Incrivelmente Fácil**. Editora Guanabara koogan. 3º edição. 2006.

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos Teóricos da Prática de Enfermagem. Cap. 4. In: **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro, Editora Elsevier. 2009.

PRADO, Ana. Como o excesso de conexões pode afetar o cérebro de depressivos <https://super.abril.com.br/blog/como-pessoas-funcionam/estudos-indicam-como-o-excesso-de-conexoes-pode-afetar-o-cerebro-de-depressivos/> **Revista on line Super Interessante**._time17 out 2017, 16h54. Publicado em 30 ago 2012, 16h03. Disponível em <https://super.abril.com.br/blog/como-pessoas-funcionam/estudos-indicam-como-o-excesso-de-conexoes-pode-afetar-o-cerebro-de-depressivos/>. Acesso 22/09/18.

_____. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. 5ª edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5, 2014). Disponível em: http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf

RIGONI, MS; OLIVEIRA, MS; ANDRETTA, I. Consequências neuropsicológicas do uso da maconha em adolescentes e adultos jovens. **Ciências & Cognição**. Vol.08. 2006. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/pdf. Acesso em 06/11/19.

ROCHA, THR; PENA, BV; MANFFRE, MC; JESUS, LM. A desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: um relato sobre práticas em um CAPS. **Vínculo**. vol.16 no.1 São Paulo Jan./jun.2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902019000100002 . Acesso em 09/11/19.

RODRIGUES-JÚNIOR, JC; REBOUÇAS, CBA; CASTRO, RCMB; OLIVEIRA, PMP,de; ALMEIDA, PC, de; PAGLIUCA, LMF.Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde em escolares. **Texto Contexto Enferm**, 2017. 26(2). Disponível em : http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06760015.pdf Acesso em 01/08/19.

ROSE, DC; DRAUGHON, JE; CUCA, Y; ZEPF, R; HUANG, BAC; LUM, PJ. Changes in Specific Substance Involvement Scores among SBIRT recipients in an HIV primary care setting. **Addict Sci Clin Pract**. 2017 Dec 12;12(1):34. doi: 10.1186/s13722-017-0101-1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5725890/> . Acesso em 09/01/19.

QUEIROS, PJP; VIDINHA, TSS; FILHO, AJA. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência** -IV-n. 3 – 2014. Disponível em:https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2477&id_revista=24&id_edicao=68 Acesso em 05/09/19.

QUEIROZ, AL. **Grupo Redução de Danos em um CAPS AD – O Enfermeiro Promovendo Saúde Através de Diálogos**. Orientador: Edilaine C. Silva Gherardi-Donato.Universidade Federal de Santa Catarina. Tese de especialização. 2014. Disponível em : <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167148/ADRIANA%20LIMA%20QUEIROZ%20-%20PSICO%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 20/07/2019

SADOCK, Benjamin J. Compêndio de psiquiatria : ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico] / Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz ; tradução: Marcelo de Abreu Almeida [et al.] ; revisão técnica: Gustavo Schestatsky... [et al.] – 11. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017.

SAITZ R; PALFAI TP; CHENG DM, et al. Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial. **JAMA**. 2014;312(5):502-13.Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4667772/>

SALCI, MA; MACENO, P; ROZZA, SG; SILVA, DMGV; BOEHS, AE; HEIDMANN, ITSB. Educação em Saúde e suas Perspectivas Teóricas: Algumas Reflexões. **Texto Contexto**

Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 224-30. Disponível em : http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27. Acesso em 23/11/18

SANTOS, AA. (ORGANIZADOR). Educação em saúde: trabalhando com produtos educacionais / Curitiba : CRV, 2019. 252 p.

SANTOS, HA; GOMES, SCS; LIMA, RJCP. Educação em Saúde: uma estratégia no cuidado com idosos hipertensos. **Pesquisa em Foco**, São Luís, vol. 23, n. 1, p. 194-206. Jan./Jun. 2018. Disponível em: https://ppg.revistas.uema.br/index.php/PESQUISA_EM_FOCO/article/view/1660/1212. Acesso em 20/06/19.

SERRA, MAAO; SILVA, RA; BESERRA EP; MELO TN; SOUSA LV; ARAÚJO MFM. Use of alcohol and drugs in the view of people living with HIV/AIDS: a qualitative study. **Public Health**. 2017. Aug;149:99-105. doi: 10.1016/j.puhe.2017.04.014. Epub 2017 Jun 3. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350617301592?via%3Dihub>. Acesso em 22/01/19.

SHENEIDER, DR. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3):687-698, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a11.pdf> . Acesso em 25/02/18.

SILVA, JV; KIMURA, M. **Adaptação Cultural e Validação do Instrumento de Capacidade de Autocuidado “ Appraisal of self-care agency sacale “**. Trabalho de Pesquisa. (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, SP. 2002.

SILVA, JV, da; DOMINGUES, EAR. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. **Arq. Ciênc. Saúde**. 2017 out-dez: 24(4) 30-36. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/686/723> Acesso em 05/09/2019.

SILVA, SEV, da. (ORGANIZADOR). Drogas: Classificação e Principais Consequências. Cap. 3. in: **A questão do uso do álcool e outras drogas por adolescentes**. Maceió. EDUFAL. 2011

SILVA, Cláudia Cristina Rolim da. **Sistematização da Assistência de Enfermagem para Usuários de Álcool ou Outras Drogas-** Revisão Integrativa. Orientador: Verônica de Medeiros Alves. Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca. Tese de Especialização. 2012.

SILVA, JVS; MACHADO, DR; MARTINS, JCC; NARCY, JL; PORFIRIO,TA; ANDRADE, FN. Capacidades de Autocuidado e Sua Relação com os Fatores Condicionantes Básicos: Um Estudo em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2012. Vol. 4 (1), 185-199. Disponível em: https://www.acervosaude.com.br/doc/artigo_016.pdf Acesso em 12/12/2017.

SILVA, ER da; FERREIRA, ACZ; BORBASA, LO; KALINKE, LP; NIMTZ, MA; MAFTUM, MA. Impacto das drogas na saúde física e mental de dependentes químicos/ Drug use impact in drug addicts' physical and mental health. **Cienc Cuid Saude**. 2016. Jan/Mar; 15(1):101-108. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27137/17045> .Acesso: 22/09/18.

SILVA, EBO; PEREIRA, ALF; PENNA, LHG. Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. **Cad. Saúde Pública**. vol.34. no.5.Rio de Janeiro 2018. Epub 10-Maio-2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505004&lng=pt&tlng=pt . Acesso: 01/08/19.

SILVEIRA, C, da; MEYER, C; SOUZA, GR, de; RAMOS, MO; SOUZA, MC; MONTE, FG; GUIMARÃES, ACA; PARCIAS, SR. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(7):2001-2006, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700015 Acesso em 11/08/19.

SILVEIRA, GL; RODRIGUES, LB. O consumo de substâncias psicoativas e o autocuidado entre pessoas em situação de rua na Cidade de Juazeiro - BA. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador. 2013 Abr;1(1): 95-122. Disponível em : <http://uniad.org.br/images/212-479-1-SM.pdf> . Acesso em 06/08/19.

SOUZA, LPS; FIGUEIREDO, MFS; NETO, JFR; LEITE, MTS; MESSIAS, RB; SILVA, JR, da; RIBEIRO, AF. Mudanças favorecidas pela educação em saúde na perspectiva dialógica. **EF Deportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires, Año 16, N° 161, Octubre de 2011. Disponível: <https://www.efdeportes.com/efd161/educacao-em-saude-na-perspectiva-dialogica.htm> .Acesso :06/08/19.

SOUZA, LGS; PINHEIRO, LB. Oficinas terapêuticas em um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas. **Aletheia** 38-39, p.218-227, maio/dez. 2012. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200018%20. Acesso em 22/08/19.

SOUZA, MMR de; OLIVEIRA, JF de; NASCIMENTO, ER do. A saúde de Mulheres e o Fenômeno das Drogas em Revistas Brasileiras. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 92-100. http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00092.pdf . Acesso em 01/08/19.

SOUZA, SEF; MESQUITA, CFB; SOUSA, FSP. Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 331-339, Jan-Mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/331-339/pt> . Acesso em 17/11/19.

STACCIARINI, TSG; PACE, AE. Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. **Rev Acta Paul Enferm**. 2014; 27(3):221-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000300221&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em 21/03/18.

STEFANELLI, MG; FUKUDA, IMK, AMARAL, RA; MALBERGIER, A. Assistência de Enfermagem a Pessoa com Manifestações Decorrentes do Uso de Substância Psicoativa. Cap.33. In: **Enfermagem Psiquiátrica e suas dimensões assistenciais**. Coordenadora : Tamara Cianciarullo. Editora Manole. Aben-SP 2008.

STEWART KE; WRIGHT PB; MONTGOMERY BEE; CORNEL, C; GULLETTE, D; PULLEY, L; OUNPRASELTH, S; THOSTENSON, J; BOOTH, B. Reducing Risky Sex among Rural African American Cocaine Users: A Controlled Trial. **J Health Care Poor Underserved**. 2017;28(1):528-547. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5669043/> . Acesso em 15/02/19.

TELESSAÚDE, BRASIL. **Cálculo de doses de álcool**. Disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=8> . Acesso em 20/05/19.

TEMPSKI, P; MARTINS, MA. **Eu Aprendo, você aprende e nos aprendemos juntos**. In: Especialização Educação na Saúde para Preceptores do SUS.[aula]. Hospital Sírio-Libanês e Sistema Único de Saúde. 07/04/2013.

UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. **Recursos e estratégias do cuidado** [Recurso eletrônico]/ Fátima Büchele; Magda Diniz Bezerra Dimenstein [orgs.]. - Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. 98 p.: il.,grafs. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/M%C3%B3dulo-6.pdf> . Acesso em 16/08/19.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Relatório Mundial Sobre Drogas**. 2016. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html> Acesso em 20/11/17

UNODC, United Nations office on Drugs and Crime. **Relatório Mundial sobre Drogas 2019**: 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos por uso de drogas, enquanto apenas uma em cada sete pessoas recebe tratamento. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2019-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto-apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html> . Acesso em 09/08/19.

VALÉRIO, ALR. Redução de riscos e danos na saúde mental: a experiência do Caps AD. In: **As Drogas na Contemporaneidade**: Perspectivas Clínicas e Culturais. Antonio Nery Filho, organizadores. [et al.]. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. 438 p._ (Coleção drogas: clínica e cultura). http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/7895/1/As_drogas_na_contemporaneidade_RI.pdf Acesso em 22/09/18.

VALOURA, L. Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador. September, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/18290882-Paulo-freire-o-educador-brasileiro-autor-do-termo-empoderamento-em-seu-sentido-transformador.html> Acesso em 16/06/19.

VARGAS, D de; BITTENCOURT, MN; BARROSO, LP. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva** vol.19 no.1Rio de JaneiroJan.2014. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . Acesso 08/08/19.

VASCONCELOS, Selene Cordeiro; FRAZÃO, Iracema da Silva; RAMOS, Vânia Pinheiro. Grupo Terapêutico Educação em Saúde: Subsídios para a Promoção do Autocuidado de Usuários de Substâncias Psicoativas. **Cogitare Enferm**. 2012 Jul/Set; 17(3):498-505. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/25961/19041> Acesso em 21/08/19.

VASCONCELOS, SC; FRAZÃO, IS; VASCONCELOS, EMR, de; CAVALCANTI, MTS; MONTEIRO, EMLM; RAMOS, VP. Demandas de Autocuidado em Grupo Terapêutico: Educação em saúde com Usuários de substâncias Psicoativas. **Rev. enferm**. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 jan/mar; 21(1):79-83. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6356/4525> . Acesso em 22/08/19.

VILLELA, JC; MAFTUM, MA; PAES, MR. O Ensino de saúde Mental na graduação de Enfermagem: Um Estudo de caso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 397-406. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a16.pdf> . Acesso em 22/06/18.

ZALESKI, M; LARANJEIRA, RR; MARQUES, ACPR; RATTO, L; ROMANO, M; ALVES, HNP; SOARES, MBM; ABELARDINO, V; KESSLER, F; BRASILIANO, S; NICASTRI, S; HOCHGRAF, PB; GIGLIOTTI, AP; LEMOS, T. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.28no.2 São Paulo June. 2006. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013 . Acesso em 20/08/18

ZARSHENAS, L., BANESHI, M., SHARIF, F., MOGHIMI Sarani, E. Anger management in substance abuse based on cognitive behavioral therapy: an interventional study. **BMC psychiatry.** 2017. 17(1), 375. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5701421/> . Acesso em 06/01/19.

ZERBETTO, SR; GALERA, SAF; RUIZ, BO. Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals. **Rev. Bras. Enferm.** vol.70 no.6 Nov./Dez.2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601184 . Acesso em 11/11/19.

FONTE DA IMAGEM

Arco de Magueréz. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-estudo/gecep/pages/sintese-das-discussoes/a-metodologia-da-problematizacao-e-suas-etapas.php> . Acessado 06/07/2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável) *“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.*

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo “Análise de estratégias educativas em saúde e sua relação nas ações do autocuidado de pessoas em tratamento em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e ou Outras Drogas, recebi da Sra. **Cláudia Cristina Rolim da Silva**, Enfermeira (**Orientanda**), pesquisadora principal e do Professor **Dr. Célio Fernando de Souza Rodrigues (Orientador)**, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

2. Este estudo se destina a **Avaliar os efeitos que cada estratégia educativa pode ocasionar nas ações do autocuidado de usuários de um CAPS AD**; A importância deste estudo é apresentar os melhores resultados para a promoção da saúde das pessoas e da comunidade a partir de cada estratégia educativa utilizada, e conseqüentemente, trazer mais subsídios para ações profissionais nos campos do SUS. Poderá demonstrar que estudos que consideram a realidade dos sujeitos, podem acarretar em melhores resultados nas ações de autocuidado. Terá início após aprovação pelo sistema CEP/CONEP, com **data prevista para iniciar em JULHO DE 2018 e término em JUNHO de 2019** com a publicação dos dados.

3. O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira: Será realizado uma entrevista para identificação de suas ações em relação ao seu autocuidado e hábitos relacionados ao uso de drogas, e repetida após 30 dias, 60 dias e 90 dias. Após a aplicação da intervenção profissional, que será realizada de acordo com cada grupo que o senhor (a) estiver inserido (Grupo controle-GC ou grupos experimentais (GE-1 ou GE-2). Se no período estabelecido ocorrer a sua desistência ou alta no tratamento do CAPS AD, a entrevista será realizada por telefone. Para Tal, será necessário o número de contato e/ou de seu familiar/amigo. Nesse caso, O (a) Senhor (a) decidirá sobre como iremos nos identificar (Ex. equipe da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas), garantimos que não iremos causar nenhum constrangimento.

A aplicação da intervenção educativa, por meio de consulta de Enfermagem e/ou através de grupos em educação em saúde, tem como objetivo contribuir no resgate e melhoria de sua saúde, como também dar mais informações e orientações sobre questões relacionadas a prevenção de doenças e melhoria de sua saúde, como também explicar as relações entre o uso de álcool e ou outras drogas e os prejuízos advindos para sua saúde.

4.O risco Apresenta alguns riscos mínimos, dentre os mesmos: poderá ocorrer desconforto, que eventualmente poderá acontecer ao responder as perguntas. No entanto, será dada a opção “não desejo responder” em todos os questionamentos. As perguntas serão realizadas individualmente, em ambiente tranquilo, preservando a identidade e o sigilo das informações adquiridas.

Os pesquisadores irão observar os sinais verbais e não verbais de desconforto dos participantes da pesquisa durante as entrevistas, consulta de enfermagem e grupos, deixando-os a vontade para dar continuidade ou não a execução das atividades propostas. Para minimização de todos os riscos previstos, será realizada a prévia leitura do TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido), destacando-se a liberdade em responder ou não, sem qualquer prejuízo para os mesmos. E se porventura, a pesquisa venha causar-lhe algum desconforto, constrangimento e/ou sentimento de violação de privacidade poderá contar com a assistência de Psicóloga, sendo responsável por ela, Dr (a) MARIA JOSÉ DIANA NASCIMENTO MOURA, CRP- 15/360 AL.

5.Os benefícios: Os benefícios previstos com a sua participação com essa pesquisa serão informações e orientações (estratégias educacionais propostas) adicionais que serão realizadas pela pesquisadora principal. Serão ainda avaliados e acompanhados por profissional Enfermeiro. O benefício principal é ter um acompanhamento melhor e melhor avaliação dos resultados do tratamento, isso por si já será uma contribuição essencial para a qualidade de vida futura dos participantes dessa pesquisa.

6. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

7.A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua

pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

8.O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

9. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “Análise de estratégias educativas em saúde e sua relação nas ações do autocuidado de pessoas em tratamento em CAPS AD”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente, _____ DOU O MEU
CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU
OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Residência:(rua) _____ Bloco: ____ Nº _____

Complemento _____ Bairro _____ Cidade: _____

CEP _____ Ponto de referência _____

Telefone _____ Telefone opcional (familiar/amigo) _____

No contato telefônico quero que os pesquisadores se identifiquem como _____

(ex, Universidade Ciências da Saúde de Alagoas)

Endereço dos Pesquisadores:

Programa de Pós- graduação Stricto Sensu em Ensino na Saúde e Tecnologia.
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Endereço dos Pesquisadores:

Programa de Pós- graduação Stricto Sensu em Ensino na Saúde e Tecnologia.
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Telefones:

Cláudia Cristina Rolim da Silva - 996885030

Célio Fernando de Sousa Rodrigues – 9999009687

Endereço da Psicóloga : Consultório Minervina Radical Center

Rua Vereador Domingos Vital, Alto do Cruzeiro, Arapiraca- Al

Telefone: (82) 981488424

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.: 57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: comitedeeticaucisal@gmail.com . Website: <https://cep.uncisal.edu.br/> Horário de funcionamento: diariamente no horário de 13:00 as 19:00 horas.

_____/_____/_____/_____
Cidade, Estado, Mês, ano.

Assinatura ou impressão digital do voluntário

Assinatura do pesquisador principal

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

APÊNDICE B: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E COMPORTAMENTO DE USO DAS DROGAS

GRUPO E- 1 () GRUPO E-2 () GRUPO C ()

Data: () 30 dias () 60 dias () 90 dias

1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICOS

Data de admissão..... Data do pré testeData do pós teste.....

Identificação/Iniciais

Idade Estado civil..... Religião.....

Escolaridade..... Ocupação.....Renda.....

2.DADOS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

2.1Tipo(s) de substância.(s)..... () Não desejo responder

2.2Deseja a interrupção do uso da droga () () Não desejo responder

2.3Redução () de que forma..... () Não desejo responder

2.4 Permanecer ao uso atual ()..... .. () Não desejo responder

2.5 Frequência de uso:

2.5.1 diariamente () xpor dia Quantidade.....

2.5.2 x por semana . Quantidade.....

2.5.3 x por mês Quantidade.....

2.6.4 () Interrupção Tempo.....

() Não desejo responder NENHUM dos itens

() Não desejo responder APENAS os itens

3. COMPORTAMENTO

3.1 Nos últimos ()30 dias.... () 60 dias () 90 dias

() Recaída () Lapso () Redução () Não houve mudança

() Não desejo responder

3.2. Nesse período, considerando sua opção na questão anterior o Sr (a) apresentou **problemas/dificuldades**

() saúde () financeiros () sociais () Familiares () Não houve

() Não desejo responde

APÊNDICE C – ARTIGO

Estratégias educativas e o autocuidado de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

Educational strategies and self-care of users of a psychosocial care center.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi comparar os efeitos de duas estratégias educativas em saúde e suas relações nas ações de autocuidado de pessoas acompanhadas por uso de álcool e outras drogas. Estudo quantitativo, analítico, descritivo, experimental, com grupo controle não-equivalente desenvolvido através da avaliação da capacidade de autocuidado e comportamento de uso de droga após a aplicação de intervenções educativas seguindo o modelo tradicional ou dialógico de pessoas acompanhadas em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Para análise dos dados foram utilizados o teste de Friedman e o coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados demonstraram que os efeitos no comportamento do uso de etanol e o autocuidado do grupo com estratégia dialógica apresentaram melhores resultados e quanto melhor o autocuidado, maior é a possibilidade de redução da ingestão de álcool. As estratégias educativas utilizadas influenciaram as ações de autocuidado e a redução do consumo de etanol e maconha.

PALAVRAS- CHAVE: Educação em saúde. Autocuidado. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Saúde Mental.

ABSTRACT

The objective of this study was to compare the effects of two educational strategies in health care and the relation between actions of self-care of individuals who consumed alcohol and other drugs. This study was quantitative, analytic, descriptive, experimental com a group

control non-equivalent, developed through an evaluation of the capacity of self-care and behavior of drug consumption after the application of educational interventions and following the traditional or dialogical models applied to people who were being analyzed in Center for Psychosocial attention, alcohol and other drugs. Pearson Correlation Coefficient and the Friedman test were used to analyze and measure data. The results show that the behavior effect under the influence of Ethanol and self-care management in the group where the dialogical strategy was applied presented better results and the greater the self-care, greater is the possibility of reduction of alcohol ingestion. The applied educational strategies influenced the performance of self-care and the reduction of Ethanol and Marijuana consumption.

Descriptors: Health education. Self care. Substance related disorders. Mental health.

Introdução

Embora se considere a tamanha complexidade quando se remete a esse assunto, a maior parte dos pesquisadores discorrem que a dependência de substâncias é uma doença crônica e recorrente que acomete o sistema nervoso central – SNA, ocasionada pelo desejo excessivo e de modo não controlado pela droga, apesar dos prejuízos decorrentes já instalados e observados até pelo próprio indivíduo ¹.

Esse consumo descontrolado vem aumentando rapidamente, nos últimos anos, se tornando um problema de saúde pública. Em 2016, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime ² identificou que houve um aumento do número de pessoas descritas como “dependente de drogas” em todo o mundo, de 27 milhões, em 2013 para 29 milhões, em 2014.

Isto é preocupante, uma vez que em muitas situações os indivíduos priorizam o consumo, seja de álcool ou outras drogas ilícitas em detrimento a obtenção de alimentos, do convívio familiar e autocuidado, acarretando em conflitos, em discussões, no surgimento de doenças, deficit de memória, tomada de decisões, capacidade de absorver informações, e na violência conjugal^{3,4}.

Para o atendimento dessas situações entre os dispositivos existentes da rede de atenção psicossocial - RAPS composta pelas unidades básicas, hospitais gerais, unidades de acolhimento, serviços de urgência, serviços de residência terapêutica, hospital psiquiátrico,

dispõem-se dos chamados Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e ou Outras Drogas -CAPS Ads⁵.

O Caps ad é uma unidade de saúde de média complexidade, com base comunitária, não hospitalocêntrico, voluntário e porta aberta, estão localizados o mais próximo da população. Conta com uma equipe multiprofissional possuindo como eixo norteador a realização de atividades participativas e coletivas, com diferentes propósitos, tais como, o resgate a construção da autonomia de cada indivíduo, estímulo a cultura e ampliação de suas redes sociais ⁶.

Todos os profissionais que atuam nessas unidades trabalham de modo interdisciplinar seguindo os preceitos da humanização da assistência e a valorização da singularidade ⁷. Entretanto, é essencial nesses espaços, o aumento da frequência da realização de grupos educativos em saúde que busquem o desenvolvimento de habilidades em prol do autocuidado, já que pode ocasionar em resultados positivos para os sujeitos ⁸.

Durante as práticas educativas em saúde, se forem bem aplicadas, o profissional tem a oportunidade de transmitir ou discutir conhecimentos para o desenvolvimento da autonomia, autocuidado, resgatar a qualidade de vida, prevenir doenças e agravos dos participantes⁹, favorecendo dessa forma, o despertar, a obtenção do conhecimento para uma compreensão das situações vivenciadas e a adoção de novos hábitos de vida.

Porém, observa-se que essas ações realizadas em geral, estão centradas na doença com a utilização de metodologias tradicionais, de modo que a cultura das pessoas não é considerada como ponto de partida para o planejamento dessas ações¹⁰.

Em relação ao autocuidado, a teoria do deficit de autocuidado de *Dorothea Oren* caracteriza o autocuidado como uma ação ensinada e aprendida quando o mesmo tem interesse de resgatar sua saúde e bem-estar¹¹. Tendo como proposta principal ajudar o indivíduo a desenvolver o cuidado para consigo ¹².

De modo que o mesmo tenha ações para seu autocuidado, mas estas ações podem sofrer influências de fatores como idade, sexo, padrões de vida, sociais e culturais¹³. Podendo ser incluídos os hábitos relacionados ao padrão de uso de drogas, uma vez que geralmente as relações sociais e culturais são construídas e prejudicadas devido ao uso descontrolado e abusivo.

O conhecimento desses resultados poderá inicialmente trazer subsídios para uma reestruturação¹⁴ de posturas e de modelos educacionais ainda prevalentes, como também

promover reflexões de ações, no sentido de uma prática educativa que promova saúde de pessoas e da população.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é comparar os efeitos de duas estratégias educativas em saúde e suas relações nas ações de autocuidado de pessoas acompanhadas por uso de álcool e outras drogas, identificando o impacto dessas estratégias utilizadas na redução do consumo de etanol e maconha.

Material e métodos:

Trata-se de um estudo analítico, descritivo, experimental com grupo controle não-equivalente. A população deste estudo é composta por usuários acompanhados em um CAPS AD. Foram recrutados por conveniência, usuários que estavam em tratamento diário, três dias, duas vezes por semana ou com indicação para acompanhamento pontual no grupo de autocuidado (1x por semana), na etapa da aplicação das intervenções.

A alocação dos participantes em cada grupo ocorreu a partir da pontuação gerada na escala de autocuidado - ASA-A, a partir da categorização dos dados proposta por outros pesquisadores¹⁵, que classificaram o autocuidado dos participantes de seu estudo como péssimo, (24 a 40 pontos); Ruim (40 a 56 pontos); Regular (56 a 72 pontos); Boa (72 a 88 pontos); Muito boa (88 a 104 pontos) e ótima (104 a 120 pontos).

A partir dessa classificação, os mesmos foram alocados em cada grupo (GT ou GD). A partir da pontuação e classificação, respectivamente. Buscou-se a divisão por grupo de tratamento de 1:1. BA amostra desta pesquisa seguiu-se a composição total de participantes (n=40), divididos em dois grupos, experimental e controle, utilizada em outro estudo¹⁶.

Os tipos de drogas não foram considerados como método de agrupamento, por que a estratégia de divisão por tipo de droga não é utilizada pelos profissionais que trabalham com essa população; pois dar ênfase ao objeto droga não permite a visualização e consequentemente intervenção profissional diante das situações e conflitos nos aspectos sociais, culturais, cognitivos e afetivos, que são apontadas como causas e ou consequências do consumo e que provocam o relacionamento dessas pessoas com as substâncias^{17, 18}.

Os critérios de inclusão foram pessoas dependentes de substâncias psicoativas, cadastradas no CAPS AD, que estivessem lúcidas e orientadas no tempo e espaço com idade igual ou superior a 18 anos, com disponibilidade para participação de grupos educativos,

entrevistas de acompanhamento e intervenções individuais no período de 3 meses. Os critérios de exclusão foram pessoas que não participaram de nenhum grupo educativo, que apresentassem cognição prejudicada observada pelo pesquisador diante da entrevista ou intervenções, e que desejassem sua exclusão durante a execução pesquisa.

Foram aplicados durante o pré-teste e os pós testes a Escala de autocuidado chamada de Appraisal of Self-care Agency-ASA-ESCALE, validada^{19, 20} e utilizada em outras pesquisas com portadores de doenças crônicas^{20, 21, 22}.

E outro instrumento que possibilitou a obtenção de informações em relação ao consumo de álcool e outras drogas, a identificação da perspectiva em relação ao uso (abstinência, redução do uso, permanência do uso atual) e a frequência, além de informações sobre os aspectos sociais, familiares e financeiros. Para sua elaboração, foram utilizados como referencial teórico instrumentos de triagem de uso de álcool e ou outras drogas, já validados no Brasil: O ASSIT, CAGE e o AUDIT²³.

As intervenções educativas foram conduzidas pela pesquisadora principal, no formato individual e grupos. O seu planejamento e execução foram elaboradas seguindo as definições da pedagogia Freiriana que com suas contribuições, aponta as diferenças existentes entre os modelos tradicional, conceituado como bancário e o modelo dialógico que considera a realidade dos sujeitos, proporcionando uma construção coletiva do conhecimento.

A quantidade de intervenções/estratégias educativas aplicadas no formato de grupos foram vinte e oito (n-28), subdivididos com cada proposta educativa, e ocorreram de Outubro de 2018 a Março de 2019.

As variáveis analisadas foram a capacidade de autocuidado dos participantes (antes e depois) e a frequência e quantidade do consumo de drogas (transformado em unidades/doses/mês).

Os dados foram tabelados e armazenados no programa Excel. Os dados quantitativos foram apresentados na forma de média aritmética e frequência. Os dados qualitativos foram apresentados na forma de quadro e frequência. Na análise estatística inferencial, para comparar os grupos de acordo com os escores foi utilizado estatística comparativa utilizando as medidas de tendência central.

Foi utilizado o teste de Friedman para avaliar o consumo de etanol de ambos os grupos e para os efeitos do autocuidado no consumo de etanol foi utilizado o coeficiente de

correlação de Pearson. O programa Bioestat - 5.0 foi utilizado para obtenção dos indicadores, considerando o valor significativo quando $p < 0,05$.

O presente artigo se compõe de uma parte de uma tese de mestrado intitulada “Comparativo de duas estratégias educativas em saúde e suas relações nas ações do autocuidado de usuários de álcool e outras drogas”.

O estudo foi desenvolvido conforme o que preconiza a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de saúde, que discorre sobre as diretrizes e normas envolvendo seres humanos. E foi realizado, após a aprovação no comitê de ética, número do parecer: 2.768.354 e CAAE: 89195918.6.0000.5011.

Resultados e discussão:

A seguir serão apresentados e discutidas com a literatura existente, resultados decorrentes das características encontradas desta população, das orientações individuais e coletivas no formato de grupos, seguindo o modelo dialógico e tradicional realizados pela pesquisadora principal, para usuários de um Centro de Atenção psicossocial

Consumo de etanol e maconha relatado

O valor calculado do consumo de etanol²⁴ considerando o tipo de bebida, a quantidade (medida e volume) e o consumo por mês, referido pelos participantes, resultou-se em unidades doses por mês.

A partir disto, verificou-se que durante o período estudado, houve elevação do consumo em ambos os grupos no 2º mês de tratamento, embora os participantes do grupo D reduziram de modo mais efetivo no 3º mês de tratamento. **(gráfico 1).**

Verifica-se então uma redução no consumo de álcool no grupo D ($p = 0,001$) quando comparado com o grupo T ($p = 0,65$). No geral, o consumo do etanol em relação ao pré teste de ambos os grupos demonstrou um efeito na redução estatisticamente significativo do grupo exposto a estratégia educativa dialógica ($p < 0,05$).

O comportamento distinto dos usuários diante da ingestão de álcool dos participantes em ambos os grupos, apontam que o modelo dialógico tem maior eficácia para uma mudança de atitudes, e por conseguinte para a redução do consumo de substância. Isto se dá por que ao

aplicar a estratégia dialógica, na educação em saúde, os profissionais despertam o senso crítico e o desenvolvimento da autonomia, de habilidades sociais e pessoais para a diminuição de hábitos/posturas que prejudicam a saúde das pessoas envolvidas ²⁵.

Conforme verificado, os dados apontam que apesar da estratégia educativa tradicional produzir efeitos menores quando comparado ao método dialógico, ela consegue ser melhor que uma intervenção breve. Pesquisadores da área²⁶ discorrem atualmente que intervenções educativas repetidas e que favoreçam o acompanhamento pelos profissionais de saúde de modo mais frequente trazem mais sucesso para redução de consumo de álcool do que ações pontuais.

Segundo as novas evidências, o modelo de intervenção breve bastante difundido anteriormente, precisa de modificações, de forma que aconteça repetições ao longo do tempo, e que não seja exclusivo para os serviços de atenção primária, mas que se estenda para outros espaços especializados, os quais assistem pessoas com transtornos graves pelo uso de entorpecentes ²⁶.

Em relação aos prejuízos decorrentes do consumo, dos indivíduos avaliados observou-se que ao longo das intervenções as percepções foram sendo modificadas, para o reconhecimento dos malefícios advindos com o uso. Esta observação também foi encontrada por outros autores ^{27, 28}.

Porém, durante o presente estudo, foi notado ainda que a maioria dos participantes, que afirmaram o consumo concomitante de duas drogas, não demonstraram inicialmente preocupação em relação ao uso combinado durante a entrevista e grupos realizados.

Pressupõe-se que essa indiferença pode estar associada ao tipo de substância mais referida nesse contexto pelos participantes (maconha), presente em (17,5 %) dessa amostra, esta é a principal droga ilícita mais consumida no mundo, em 2017 aproximadamente 188 milhões de indivíduos referiram ter feito o uso ²⁹.

Outra causa é que os efeitos deletérios nem sempre são percebidos por essa população, como as questões relacionados a cognição, ao aprendizado, memória e tomada de decisão ³⁰. Estudos recentes com adolescentes demonstraram que a maconha causa mais danos cognitivos do que o consumo do álcool, e a longo prazo a maconha pode ainda provocar casos de psicoses ³¹.

Nesse contexto, dispõe-se (**gráfico 2**), a frequência de cigarros de maconha autorrelatados consumidos no mês pelos participantes avaliados durante o período estudado.

O consumo médio de cigarros de maconha por mês, foram reduzidos nas duas intervenções, embora resultados mais expressivos, foram encontrados mais especificamente no grupo D, onde ocorreu a interrupção.

É oportuno destacar que o resultado obtido, (grupo D), apesar de vantajosa, não é e nunca será o objetivo final a ser obtido com a proposta dialógica. Mas sim o principal benefício e o mais importante é o processo de transformação das relações desses sujeitos com essas substâncias. Nesse aspecto, autores³² reforçam que a dialogicidade grupal não está no campo da abstinência, embora não a exclua. Para os autores, é necessário, que o profissional, ao aplicar a educação em saúde amplie seu campo de visão para aumentar a liberdade e a responsabilização destes indivíduos frente a seu contexto de vida, nos determinantes e condicionantes dos processos de saúde e doença vivenciados.

De acordo com esta recomendação, nos indivíduos incluídos no grupo D, esse incentivo para o olhar voltado para realidade, reflexão, transformação, foi executado de modo mais evidente que no grupo T. A interrupção do consumo ocorreu no período estudado, possivelmente em decorrência do desejo de mudança a partir da tomada da consciência e do método educativo aplicado.

Intervenções Educativas e os Reflexos no Autocuidado

O reconhecimento dos prejuízos relacionados ao consumo dessas substâncias não é algo tão fácil, e requer estratégias para promover o autoconhecimento e o incentivo de mudança de hábitos para um melhor autocuidado e comportamento pela busca de sua saúde.

Não houve diferença estatisticamente significativa no GT ($p= 0,50$) e no GD ($p= 0,21$). No entanto, conforme observa-se no gráfico pelo acompanhamento das médias de autocuidado antes e após da intervenção nos grupos houve um avanço de 5,4 pontos no GD e 0,84 pontos no GT.

Identifica-se no **gráfico 3** ainda um aumento em relação semelhante nos dois grupos, no primeiro (1º) mês das intervenções educativas. No entanto, a partir do 2º mês de intervenção houve um leve declínio na média de ambos os grupos, e no 3º mês, o grupo D avançou na média de autocuidado em relação ao grupo T, que declinou.

Os dados demonstram que ações de intervenção seguindo o modelo dialógico, durante o período pesquisado, favoreceu de modo mais duradouro e uma maior pontuação, consequentemente na melhoria do autocuidado quando comparado ao grupo tradicional.

Fato também identificado no relato de usuários de um CAPS AD após a condução de estratégias educativas horizontais, embasadas no respeito, na liberdade e autonomia dos usuários em tratamento. Os mesmos avaliaram positivamente a ação e afirmaram que a participação proporcionou reflexões importantes sobre os hábitos danosos e foram capazes de favorecer a compreensão sobre a importância de reduzir os danos para prevenir doenças ³³.

A conduta profissional mais assertiva parte do princípio de motivar pessoas para mudança de comportamentos a partir das necessidades identificadas pelos próprios usuários, com respeito aos seus desejos e singularidades³⁴. Ou seja, a decisão de mudar é do indivíduo, o profissional de saúde tem o papel de facilitar esse processo de autopercepção e recuperação de sua saúde.

Ainda em relação ao gráfico 3, é observado através das médias, que o comportamento dos participantes do grupo T em relação ao autocuidado avançou após o tratamento ofertado e seguiu com um comportamento semelhante ao grupo D até o segundo mês. No terceiro mês houve um declínio e os grupos seguiram movimentos opostos, isso pode ser explicado, em grande medida, pelo vínculo e pelo despertar de um senso crítico, propostos aos participantes durante a condução dos encontros no grupo D. Uma vez que os grupos eram realizados no mesmo espaço e com os mesmos recursos profissionais, seguindo estratégias educativas diferenciadas.

Este vínculo pode estar associado a participação dos usuários na metodologia, que no grupo D, o qual acontece ativamente desde o princípio, já no grupo T o usuário é passivo de uma metodologia já estabelecida pelo profissional responsável.

O Autocuidado e o consumo de álcool

Os gráficos a seguir (4 e 5) demonstram uma correlação negativa entre as variáveis: consumo (Y) e autocuidado (X), assim, quando uma variável cresce a outra diminui e vice-versa. Desta forma, é possível afirmar que há uma correlação inversa entre a quantidade ingerida de álcool e o autocuidado dos participantes avaliados nesse estudo. Isto é demonstrado através do coeficiente de correlação de Pearson (P de Pearson). (IC- 95%).

No grupo tradicional a correlação autocuidado/consumo de álcool obteve um R de Pearson de $-0,926$ já no grupo dialógico um R de Pearson de $-0,998$. Quando $R = 1$ ou -1 Significa uma correlação perfeita positiva ou negativa entre as duas variáveis. O valor do R de Pearson acima de $0,9$ indica uma correlação muito forte, quase perfeita, demonstrando que o tratamento que obtiver efeito na evolução do autocuidado, por consequência garantirá uma redução do consumo.

Na curva de regressão linear $f(x) = -93,7x + 8385,52 = 0$, temos um valor ajustado de $x = 89,49$, ou seja, para que a metodologia dialógica consiga o sucesso de eliminar o consumo da droga, deve-se buscar uma evolução do autocuidado a pelo menos $89,49$ que é o ponto zero da função, onde a linha de regressão toca o eixo (X), e (Y) é igual a zero. Supõe-se que, respeitando a margem de erro, o usuário que alcançar um $X \geq 89,49$ interromperá o consumo de álcool quando submetido a metodologia dialógica.

Em relação ao grupo tradicional, a curva de regressão linear $F(x) = -33,4x + 2994,58 = 0$, temos um valor ajustado de $x = 89,65$ do mesmo modo, respeitando a margem de erro, o usuário que alcançar um $X \geq 89,65$ interromperá o consumo de álcool quando submetido a metodologia tradicional. Nota-se que, comparando as duas metodologias, a pontuação necessária de autocuidado para a interrupção do consumo foi um pouco menor na metodologia dialógica. O que demonstra uma pequena vantagem em termos de eficiência desta metodologia no tratamento do alcoolismo.

Tal eficiência é salientada quando se compara as inclinações das curvas das duas equações. Percebe-se que a inclinação da curva do grupo dialógico é bem mais acentuada que a do grupo tradicional. A declividade da curva é interpretada como a taxa de variação da variável (Y) em relação à variável (X). Logo, se a taxa de declividade for alta, demonstra que uma variação na pontuação do autocuidado refletirá em uma maior variação na redução da pontuação do consumo.

Conclusões

Os resultados deste estudo demonstram que a educação em saúde seguindo a estratégia dialógica ocasiona em melhor redução no consumo de etanol e maconha. Não houve melhora estatisticamente significativa no autocuidado dos participantes de ambos os grupos. Apesar

disto, o autocuidado esteve intimamente relacionado ao consumo do etanol, ou seja, quanto melhor o autocuidado, maior é a possibilidade de redução da ingestão de álcool.

Portanto, torna-se importante a aplicabilidade de estratégias educativas dialógicas nos diversos setores de saúde, e principalmente com portadores de doenças crônicas, especificamente na população estudada, com enfoque para o incentivo ao autocuidado.

Referências

1. Malbergier, A; Júnior- Oliveira, H. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. In: Kapczinsk F, *et al* (ORG). Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos Uma abordagem Translacional. 3º ed. Porto Alegre. Editora: Artmed.2011.p. 352.
- 2.Unodc. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Relatório Mundial Sobre Drogas. 2016. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html> Acesso em 20/11/17.
3. Monteiro, SFS; FÉ, LCM; Moreira, MAC; Albuquerque, IEM *et al*. Perfil Sociodemográfico e Adesão ao Tratamento de Dependente de álcool em CAPS AD do Piauí. **Esc Anna Nery** (impr.) 2011 jan-mar; 15 (1):90-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf> . Acesso em 20/08/19.
4. Rigoni, MS; Oliveira, MS; Andretta, I. Consequências neuropsicológicas do uso da maconha em adolescentes e adultos jovens. *Ciências & Cognição*. Vol.08. 2006. Disponível em: [pepsic.bvsalud.org › pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf) . Acesso em 06/11/19.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019 GGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://pbpd.org.br/ministerio-da-saude-divulga-nota-tecnica-com-alteracoes-nas-politicas-nacionais-de-saude-mental-e-de-drogas/Acesso> 03/04/19.
6. 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html Acesso em 20/11/2017.
7. Rocha, THR; Pena, BV; Manffre *et al*. A desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: um relato sobre práticas em um CAPS. *Vínculo*. vol.16 no.1 São Paulo Jan./jun.2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902019000100002 . Acesso em 09/11/19.

8. Oliveira, EN; Moreira, RMM; Oliveira, LS *et al.* O Cuidado Multiprofissional na Prevenção de Interações Relacionadas ao Uso de Crack. J. res: fundam. care. online 2019. out./dez. 11(5). Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7515/pdf_1 Acesso em 09/11/19.
9. Santos, HA; Gomes, SCS; Lima, RJCP. Educação em Saúde: uma estratégia no cuidado com idosos hipertensos. Pesquisa em Foco, São Luís, vol. 23, n. 1, p. 194-206. Jan./Jun. 2018. Disponível em: https://ppg.revistas.uema.br/index.php/PESQUISA_EM_FOCO/article/view/1660/1212. Acesso em 20/06/19.
10. Salci, MA; Maceno, P; Rozza, SG *et al.* Educação em Saúde e suas Perspectivas Teóricas: Algumas Reflexões. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 224-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27. Acesso em 23/11/18
11. Queiros, PJP; Vidinha, TSS; Filho, AJA. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência -IV-n. 3 – 2014. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2477&id_revista=24&id_edicao=68 Acesso em 05/09/19.
12. Potter, P A; Perry, Anne Griffin. Fundamentos Teóricos da Prática de Enfermagem In: Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro, Editora Elsevier. 2009.p. 135.
13. Orem, DE; Taylor, SG. Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences Nurs Sci Q. 2011 Jan;24(1):35-41. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0894318410389061> Acesso em 03/03/19.
14. Figueiredo, MFS; Rodrigues-Neto, JF; Leite, MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Rev Bras Enferm, Brasília. 2010 jan-fev; 63(1): 117-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>. Acesso em 25/11/18.
15. Silva, JVS; Machado, DR; Martins, JCC *et al.* Capacidades de Autocuidado e Sua Relação com os Fatores Condicionantes Básicos: Um Estudo em Unidades Básicas de Saúde. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2012. Vol. 4 (1), 185-199. Disponível em: https://www.acervosaude.com.br/doc/artigo_016.pdf Acesso em 12/12/2017.
16. Zarshenas, L., Baneshi, M., Sharif, F, *et al.* Anger management in substance abuse based on cognitive behavioral therapy: an interventional study. BMC psychiatry. 2017. 17(1), 375. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5701421/> . Acesso em 06/01/19.

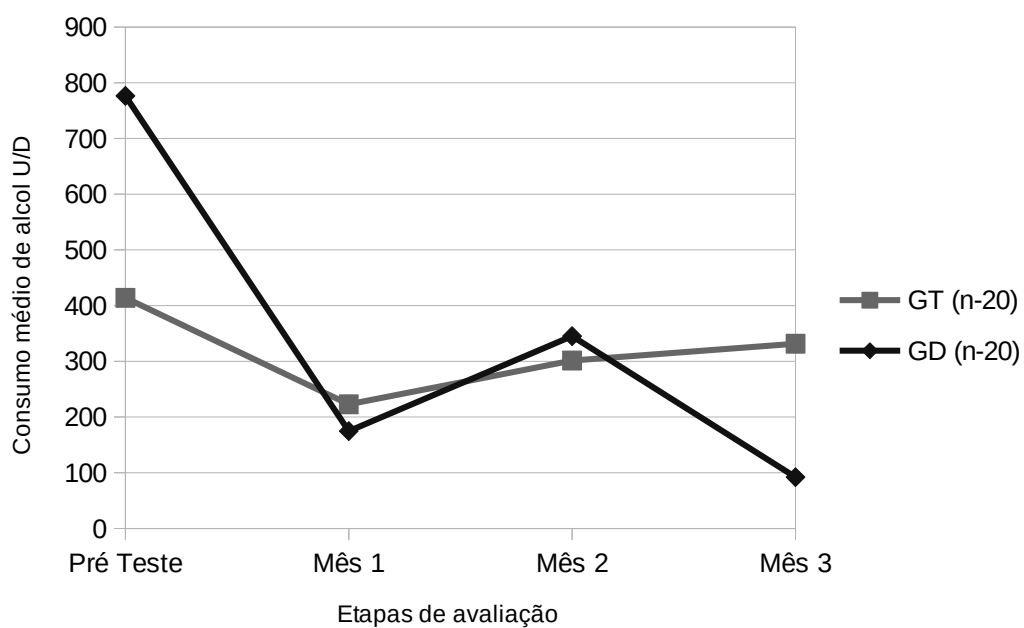
17. Martins, JS; Macrae, E. Por um Olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério (organizadores). Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 89 p. 2010. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo_profissionais.pdf . Acesso em 17/11/19.
18. Souza, SEF; Mesquita, CFB; Sousa, FSP. Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 331-339, Jan-Mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/331-339/pt> . Acesso em 17/11/19.
19. Silva, JV; Kimura, M. Adaptação Cultural e Validação do Instrumento de Capacidade de Autocuidado “Appraisal of self-care agency scale “. <Trabalho de Pesquisa>. Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, SP. 2002.
20. Silva, JV, da; Domingues, EAR. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. Arq. Ciênc. Saúde. 2017 out-dez: 24(4) 30-36. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/686/723> Acesso em 05/09/2019.
21. Stacciarini, TSG; Pace, AE. Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. Rev Acta Paul Enferm. 2014; 27(3):221-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000300221&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em 21/03/18.
22. Marque, MB. Intervenção educativa para o autocuidado com os pés de Idosos com diabetes mellitus. Orientadora: Dra. Maria Josefina da Silva. Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. <Tese de Doutorado>. 2015 Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/13751> Acesso em 22/09/18.
23. Brasília, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD. SUPERA (Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas; Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento. Brasília. coordenação [da] 7. ed 68 p. – (SUPERA). Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni. 2014.
24. BVS, Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. Cálculo de doses de álcool. Rede Telessaúde Brasil. s/ano. Disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=8> . Acesso em 20/08/18.
25. Souza, LPS; Figueiredo, MFS; Neto, JFR *et al.* Mudanças favorecidas pela educação em saúde na perspectiva dialógica. EF Deportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 16, Nº 161, Outubro de 2011. Disponível: <https://www.efdeportes.com/efd161/educacao-em-saude-na-perspectiva-dialogica.htm> .Acesso :06/08/19.

26. Glass, JE; Andreasson, S, Bradley KA, et al. Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). *Addict Sci Clin Pract.* 2017;12(1):14. Published 2017 May 10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5425968/> Acesso em 17/02/19.
27. Frota, GAS; Martins, KMC; Dourado, JVL, *et al.* Experiência de Usuários Acerca do Uso de Drogas. *Rev Bras. Promoç. Saúde*, 31(3): 1-11, jul./set., 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7868/pdf> . Acesso em 04/08/19.
28. Gabatz, RIB; Johann, M; Terra, MG *et al.* Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 520-525, Aug. 2013. Disponível <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127728368016.pdf> . Acesso: 09/08/19.
29. Unodc, United Nations office on Drugs and Crime. Relatório Mundial sobre Drogas 2019: 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos por uso de drogas, enquanto apenas uma em cada sete pessoas recebe tratamento. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2019_-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto- apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html . Acesso em 09/08/19.
30. Gentil, V. Drauzio Dichava #2 - A brisa. [Série/ Entrevista] 22/04/2019. Disponível em: <https://drauzioarella.uol.com.br/videos/series-e-documentarios/drauzio-dichava-2-a-brisa/> . Acesso em 31/08/2019.
31. Morin JG, Afzali, MH; Bourque J, *et al.* A Population-Based Analysis of the Relationship Between Substance Use and Adolescent Cognitive Development. *Am J Psychiatry.* 2019 Feb 1;176(2):98-106. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.18020202. Epub 2018 Oct 3. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2018.18020202> . Acesso em 09/08/19.
32. Lima, EH; Capanema, CA; Nogueira, MJ. A prática dos grupos reflexivos sobre drogas como estratégia possível para redução de riscos e danos. *Pesqui. prá. psicossociais.* vol.13 no.1 São João del-Rei jan./mar.2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n1/09.pdf> . Acesso 11/08/19.
33. Vasconcelos, SC; Frazão, IS; Vasconcelos, EMR, de *et al.* Demandas de Autocuidado em Grupo Terapêutico: Educação em saúde com Usuários de substâncias Psicoativas. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2013 jan/mar; 21(1):79-83. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6356/4525> . Acesso em 22/08/19.
34. Nóbrega, MPSS. Fenômeno das drogas lícitas e ilícitas e assistência de enfermagem. In: CARVALHO, MB. (ORG). *Psiquiatria para Enfermagem*. São Paulo. Editora Ridel. 2012. p. 351.

- **ANEXOS (Enviados em arquivos separados conforme solicitação da Revista)**

➔ Gráfico 1

Gráfico 9: Comparativo do consumo médio mensal de etanol relatado dos grupos: Tradicional (GT) e Dialógico (GD).

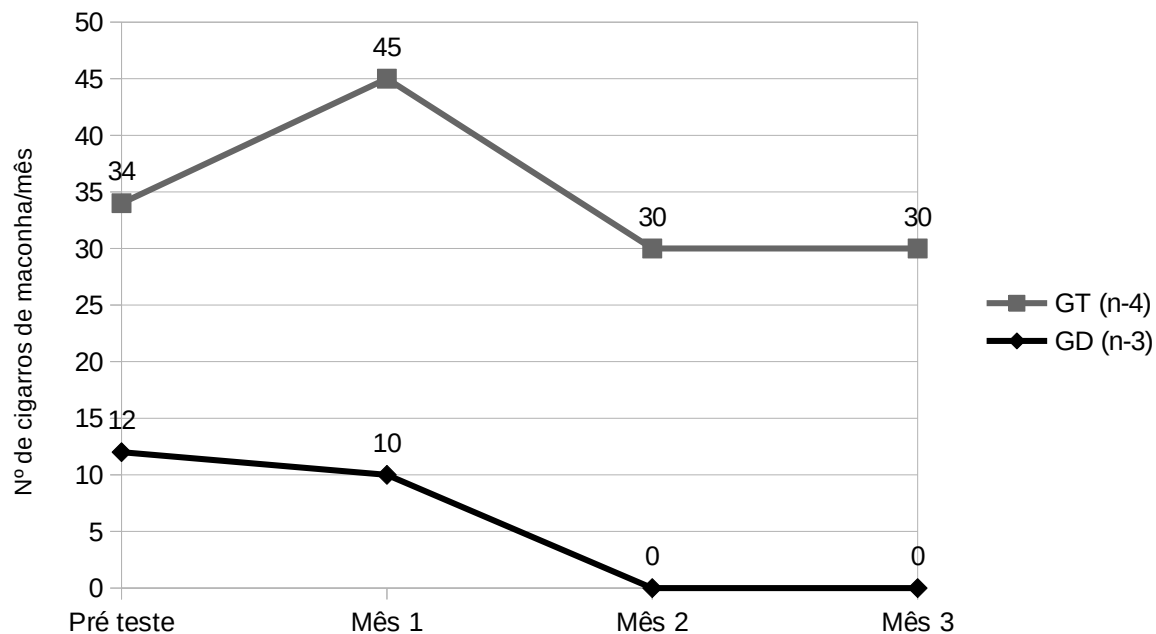


Fonte: a autora. 2019.

Nota: Os participantes que afirmaram não ter controle foi considerado unidade/dose máxima de 1710/ mês.

→ **Gráfico 2**

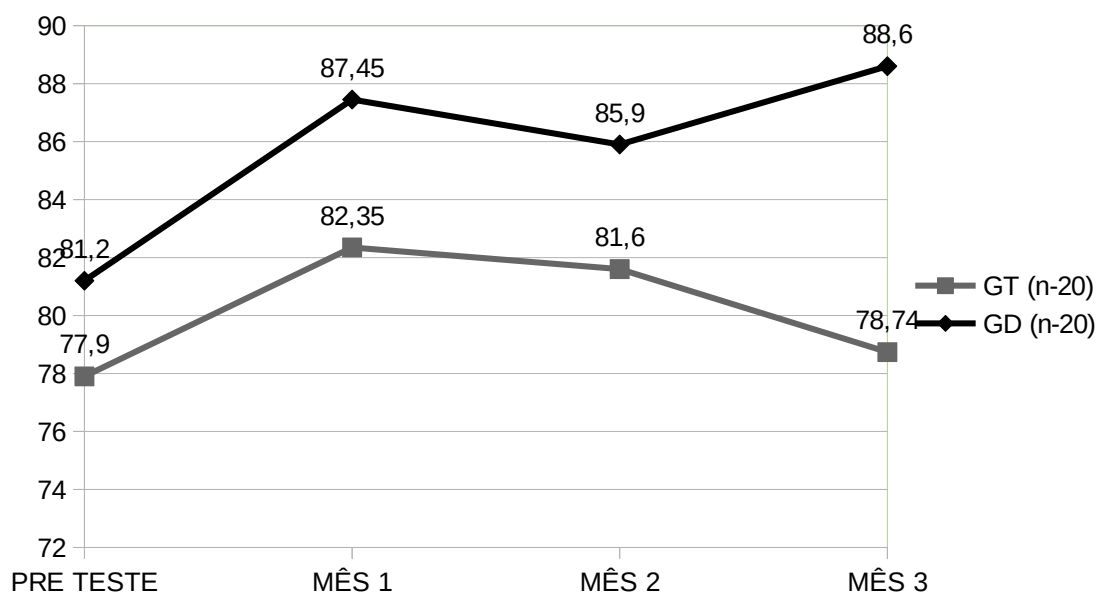
Gráfico 2 Média de cigarros de maconha/mês fumados por grupo GT e GD.



Fonte: a autora. 2019.

→ **Gráfico 3**

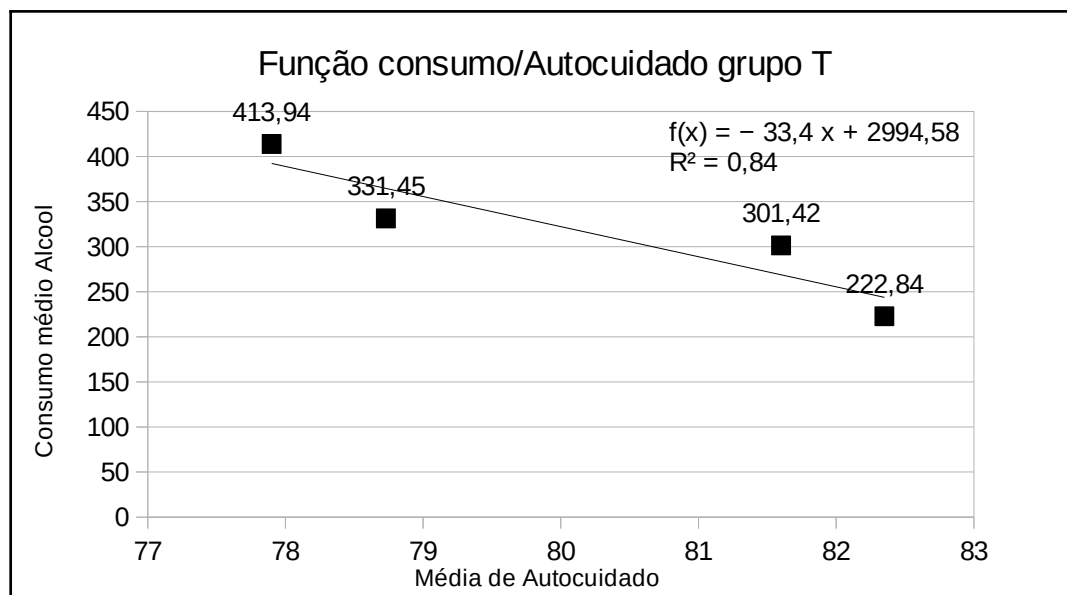
Gráfico 3: Comparação da média de autocuidado dos participantes de ambos os grupos observada após as ações educativas.



Fonte: a autora. 2019

➔ **Gráfico 4**

Gráfico 4: Correlação de quantidade de álcool ingerida e o autocuidado no grupo GT.

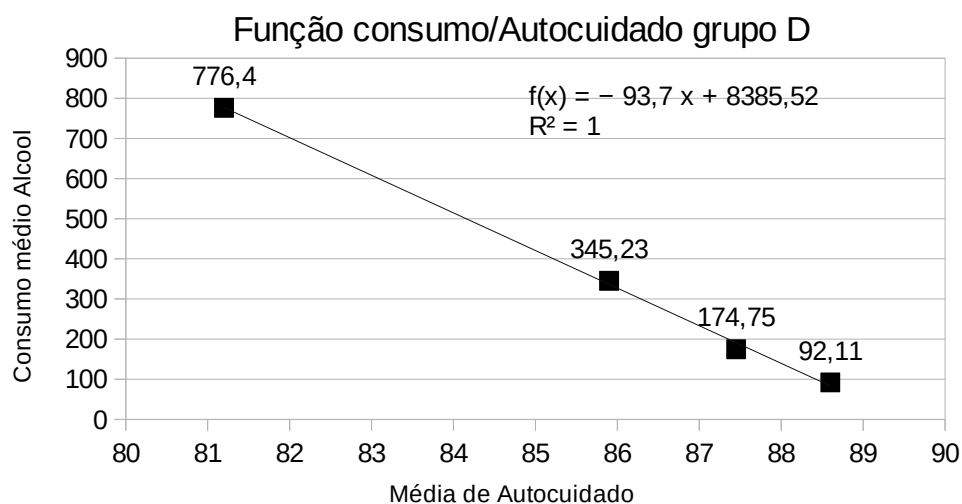


Curva de regressão linear Grupo Tradicional- GT

Fonte: a autora. 2019.

➔ **Gráfico 5**

Gráfico 5: Correlação de quantidade de álcool ingerida e o autocuidado no grupo GD.



Curva de regressão linear Grupo Dialógico (GD).

Fonte: a autora. 2019.



**MANUAL EDUCATIVO
PARA O INCENTIVO DO
AUTOCUIDADO DE
USUÁRIOS EM TRATAMENTO
DEVIDO O USO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

*Sugestões de Atividades de
Educação em Saúde*

**Cláudia Cristina Rolim da Silva
Prof. Dr. Célio Fernando de Sousa
Rodrigues**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS –
UNCISAL

PRÓ – REITORIA DE PESQUISA E
PÓS GRADUAÇÃO

PROPEP MESTRADO PROFISSIONAL
ENSINO NA SAÚDE E TECNOLOGIA-
MEST



SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	3
APRESENTAÇÃO.....	4
INTRODUÇÃO.....	6
ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	9
1. PROTAGONISMO DO USUÁRIO.....	9
2. PLANEJAMENTO DE ATIVIDADES NOS GRUPOS.....	12
3. DEPRESSÃO.....	14
4. SUICÍDIO.....	17
5. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	20
6. VIRANDO A PÁGINA E RECOMEÇANDO – PARTE 1.....	21
7. VIRANDO A PÁGINA E RECOMEÇANDO - PARTE 2.....	23
8. PRIMEIROS SOCORROS.....	24
9. DIABETES MELLITUS.....	26
10. BALANÇA DECISÓRIA.....	27
11. FISSURA “CRAVING”.....	29
12. AUTOCUIDADO E O PROTAGONISMO DO USUÁRIO.....	31
13. VERMINOSES.....	33
14. REDES DE APOIO.....	36
REFERÊNCIAS.....	38



APRESENTAÇÃO

Este manual foi elaborado a partir de experiências advindas

durante a pesquisa intitulada: “Comparativo de duas estratégias educativas em saúde e suas relações nas ações do autocuidado de usuários de álcool e outras drogas”.

Esta proposta, também é fruto de inquietações e dificuldades vivenciadas quase semanalmente, nos últimos sete anos, durante o planejamento de práticas educativas que promovessem o autocuidado de usuários em tratamento no contexto do CAPS AD. Uma vez que na literatura ainda existem poucos materiais que possam ser utilizados para sugestões de práticas educativas que favoreçam o protagonismo do usuário no seu tratamento.

Contudo, compreende-se que cada pessoa tem sua forma de executar e estas características particulares fazem desta complexidade única ao mesmo tempo que influenciam diretamente no processo de ensino aprendizagem.

Para o desenvolvimento dessas ações em grupos educativos, é interessante envolver a equipe multiprofissional, monitores, profissionais da limpeza, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos, técnicos de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, onde todos enriquecem e favorecem uma diversidade de olhares bastante positiva e contributiva ao grupo. No entanto, nessa diversidade não se pode faltar a empatia, o acolhimento e a busca pelo vínculo com os usuários do serviço de saúde.

Considerando tais pressupostos, a ideia central deste manual é compartilhar um pouco da minha experiência para com outros profissionais, estudantes e pessoas interessadas na elaboração e execução de grupos educativos.

Traz ainda percepções e dicas sobre posturas profissionais com os participantes, que favoreça o vínculo; como também propostas metodológicas, experiências exitosas, e textos de outros pesquisadores, além de vídeos e



INTRODUÇÃO

No início do século XX a educação e a saúde se encontravam

em patamares distintos, pois as mesmas eram aplicadas de modo separado e a realidade dos sujeitos não era considerada como algo valioso para os profissionais, tampouco seu conhecimento e sua cultura. Buscava-se mudar comportamentos errôneos e danosos para a saúde, até que na X conferência de saúde é que esse quadro começou a ser discutido pelos profissionais que ao observar suas ações identificou efeitos negativos diante dessas práticas impositivas (ALVES; AERTES, 2011).

Nos últimos anos identifica-se um quadro de transformações profissionais em que as ações educativas realizadas devem ser dialogadas com os participantes. Considerada uma atividade bastante complexa por ser direcionada a diferentes indivíduos na sua singularidade ao mesmo tempo que trabalha na diversidade cultural e política da população (SHALL; STRUNCHINER, 1999).

Desse modo, segundo os autores supracitados, para que a educação em saúde ocorra é preciso promover a qualidade de vida através de ações libertadoras e não reducionistas, considerando todos os aspectos do contexto de vida, físico, mental, social, ambiental e cultural das pessoas e ou grupos.

Esse estreitamento das relações durante o processo educativo (profissional de saúde e usuário) despertaram para um conceito de educação popular em saúde, onde o saber popular e a participação social são peças chaves para a construção de práticas acolhedoras (FALKENBERG; et al,2014).

Freire e Shor precursores dessa nova concepção, afirmaram que os educandos são o centro desse processo do aprender e este percurso deve partir da realidade de cada sujeito (ALVES; AERTES, 2011).

Nesse contexto, há metodologias que buscam valorizar as experiências e percepções individuais: são as metodologias ativas que promovem o



desenvolvimento de habilidades críticas e reflexivas nos envolvidos no processo do aprender (FARIAS; MARTINS; CRISTO, 2015).

Entre os diferentes tipos, estudo de caso, aprendizagem baseada em problemas, metodologia da problematização, espiral construtivista, aprendizagem significativa, entre outros métodos (MACEDO, et al, 2018), cita-se a metodologia da problematização, que de acordo com BERBEL (1998) as discussões surgem do cotidiano dos sujeitos, a partir da observação da realidade e diante dos problemas levantados, por meio do método do arco, de CHARLES DE MARGUERES (ilustração 1).



Fonte da ilustração: Adaptado de Bordenave; Pereira (1989).

E a metodologia ativa problematizadora por Paulo Freire (2011) que propõe a dialogicidade com o educando em todo o processo de ensino aprendizagem.

De acordo com Borilleet al (2012) para a aplicação dessas estratégias metodológicas o foco da ação está no indivíduo, na realidade vivenciada, e nesse contexto, o responsável pela ação educativa passa a ser o facilitador/mediador nos processos que surgem interna e externamente.

Somando-se isto, em relação às estratégias e o tratamento direcionado para pessoas com transtornos por uso de drogas, pesquisas tem sido o alvo de estudiosos brasileiros. Nesse aspecto, foi identificado um aumento de investigações que verificaram a importância da oferta de uma assistência integral dos usuários das unidades de tratamento, o envolvimento da família e



ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1. Protagonismo do usuário

Objetivo: Promover o desenvolvimento do protagonismo do usuário no tratamento.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- LACERDA, CB; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200363.
- BRANCO, NMMC; SILVA, DV; SOLDATELLI, SMR. Desconstruindo mitos e preconceitos sobre "loucos" e "drogados": uma proposta de ação educativa para familiares de usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da educação popular. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300006.

Material necessário: Recomenda-se a utilização de slides ou fotos, algo que desperte o sentido visual, além do auditivo. Sugere-se imagens e frases de superação, de pessoas que venceram preconceitos.

Método/execução: Inicialmente o facilitador propõe uma roda de conversa, com os participantes para apresentação da proposta de colocá-los como o centro de todo processo de educação em saúde para favorecer o autocuidado.



Figura 1: Roda de conversa. Fonte: Shutterstock



Em seu discurso, o facilitador deve utilizar frases de incentivo de reforço positivo sobre as potencialidades que cada participante, que na sua singularidade possui e que estas, são indispensáveis para o sucesso de sua proposta. Utilize a seguinte frase como ex. “Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes” (Paulo Freire). Em seguida questione para o grupo: “Você tem vez e voz? ”.



Figura 2: Você tem vez e voz?

Na oportunidade deve destacar ainda a importância dos mesmos recomeçarem, fato indispensável para o sucesso daquilo que almejam.

Fale sem pressa, com posturas acolhedoras, e incentive o diálogo e o compartilhamento de informações e experiências. ***Seja um facilitador!***



Figura 3: Seja um facilitador. Fonte: Feepik



Dica!

Disponibilize lápis ou caneta e borracha para a realização dessa atividade em casa.

Atividade para casa

Entregar impresso com as seguintes perguntas para serem realizadas com a família:

1. Quais os principais problemas e dificuldades que enfrento atualmente?
2. Quais os temas que desejo discutir nos próximos grupos?

Dica!

Fale também da inclusão da família no tratamento, como também da importância de dividir seus objetivos em relação aos seus projetos



2. Planejamento de atividades nos grupos

Objetivo: Planejar ações em conjunto com os participantes.

Material necessário/recursos: Papel sulfite, lápis, borracha, hidrocor e cartolina.

Referencial Teórico: Será aplicado a matriz decisória e de consenso (GARCIA; TEMPSKI, 2013), em que o grupo define através de eleição/priorização os temas, as metodologias a serem discutidas nos próximos grupos. Vamos lá!

Método/execução: em seu discurso, destaque para todos que não decidirá as ações de modo isolado e autoritário. E que precisará muito da opinião de todos. Divida o grupo geral em subgrupos para o compartilhamento das informações escritas e das opiniões, em relação a atividade de casa no grupo anterior. Em seguida peça para os mesmos elencarem 8 a 10 temas ou problemas prioritários (tempo para esta etapa de 5 - 10 min). Em seguida, solicite que cada componente escolha seu representante para informar no grupo geral: os temas ou problemas escolhidos, como foi esse processo de escolha e o grau de dificuldade.



Figura 4: Apresentação dos temas. Fonte: Freepik

O facilitador deve ir fazendo o registro na cartolina. Após essa etapa, o facilitador realizará a votação geral dos 5 primeiros temas prioritários a partir da votação. Depois o facilitador acorda as datas e estratégias de explanação dos temas.



Dica!

Destaque que nas próximas discussões de temas será indispensável a participação ativa dos mesmos. Seja através de material referencial teórico, dúvidas, organização do espaço, sugestões.



3. Depressão

Objetivo: Favorecer o despertar para o reconhecimento da Depressão como doença; estimular para o autocuidado e busca de tratamento desta patologia; prevenir o suicídio.

Material necessário/recursos: slides, impressos ou desenhos, contendo imagens das alterações à nível do Sistema Nervoso Central (hipotálamo, amígdala e córtex pré-frontal), advindos com a depressão.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]. 2014. disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>
- ZALESKI, M; LARANJEIRA, RR; MARQUES, ACPR; RATTO, L; ROMANO, M; ALVES, HNP; SOARES, MBM; ABELARDINO, V; KESSLER, F; BRASILIANO, S; NICASTRI, S; HOCHGRAF, PB; GIGLIOTTI, AP; LEMOS, T. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. 2006. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013 .

VÍDEO:

Caio na Aula. Como a Depressão afeta o Cérebro? Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MnjAXZwhGQo>.

Método/ execução: Após apresentar-se, a facilitadora, deve perguntar ao grupo se eles conhecem essa doença, se já ouviram algo sobre. Na oportunidade é interessante criar um espaço de discussão e troca de experiências entre os mesmos. Se ainda houver o silêncio, conte uma história de uma pessoa que sofria muito, ficava isolada... e pensou em até tirar sua própria vida.



Dica!

A depressão é identificada por meio da escuta atenta dos profissionais de saúde diante das queixas do paciente e da investigação atenta por sinais e sintomas não tão evidentes e tampouco expressos. (TELESSAÚDE/UFRGS, 2017).



Figura 5: Verificar e averiguar entre os presentes, sinais de depressão. Fonte: Freepik

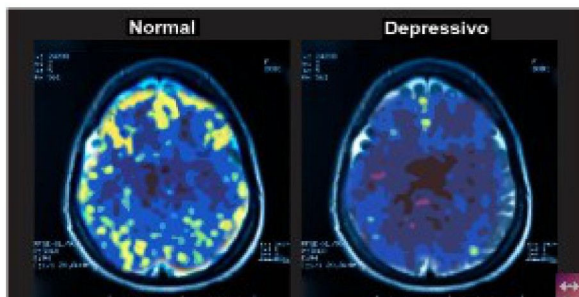


Figura 6: Cérebro de uma pessoa normal e cérebro de uma pessoa depressiva.

Fonte da imagem: <http://www.cerebromente.org.br/>.

Utilize neuroimagens e exponha por impressos ou em slides, para apoiar suas orientações sobre as alterações à nível do Sistema Nervoso Central-SNC (hipotálamo, amígdala e córtex pré-frontal), advindos com a depressão comparando-o com o SNC, sem alterações.



Dica!

Busque um espaço tranquilo para a realização dos grupos. Para promover um ambiente terapêutico e a garantia do sigilo das informações (TELESSAÚDE/ UFRGS, 2017).



4. Suicídio

Objetivo: Evitar o suicídio; promover o desenvolvimento de empatia e o cuidado de si e do outro; estreitar vínculos sociais e familiares.

Material necessário/recursos: Cartolina, cola, hidrocor, datashow, caixa de som, computador.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- BRASIL, Ministério da Saúde (2019). Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir. Disponível em :<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio%20>.
- OMS (2000). Organização Mundial da Saúde. Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf.
- **VÍDEOS:**
 - O Vendedor de Sonhos - Trailer Oficial [HD]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sifAzV5Z6x4>
 - AnaVilela, David Carreira – Trem-Bala. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=G9ctF_CWDss

Método/Execução: Após sua apresentação, fale um pouco sobre o suicídio e se possível exponha alguns dados epidemiológicos de sua região, ou seja, brevemente, exponha a quantidade de pessoas que tentaram suicídio de ambos os sexos, e o número de suicídios com os meios utilizados (arma de fogo, por uso de medicamentos, por ingestão de venenos, por enforcamento). Após esse momento estimule a conversação e suas percepções sobre o contexto do suicídio na sua região. Questione através de frases disparadoras “você conhece alguém que tenha tentado? ”; “o que acham disso?” Diante dos relatos dos participantes, realize as intervenções, **acolha, escute, assista e cuide.**



lugar visível para os mesmos. Por fim utilize a música Trem– Bala de Ana Vilella e David Carreira, a fim do incentivá-los para o diálogo, compartilhamento de seus medos e angustias e o resgate de vínculos com seus familiares.



Figura 8: O auxílio dos familiares é muito importante no processo. Fonte: FreePik.

Dica!

Esteja disponível e atento quanto o tratamento já ofertado, as vezes este pensamento só foi compartilhado neste momento! Nesses casos é preciso que profissionais de saúde avaliem o paciente, principalmente psicólogos, psiquiatras ou o profissional que o mesmo tenha maior vínculo para este realizar as condutas necessárias.



5. Fatores de Risco e Proteção ao Uso de Substâncias Psicoativas

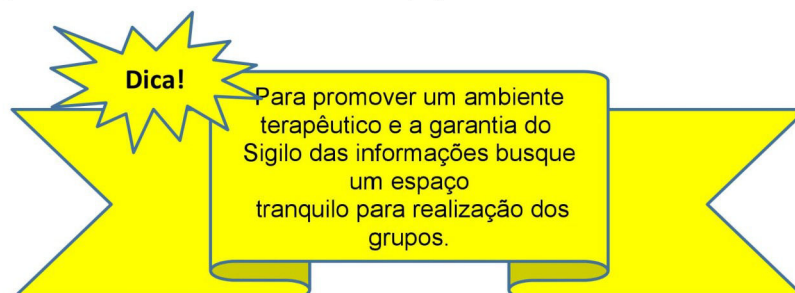
Objetivo: Facilitar o processo de identificação dos fatores de risco e proteção relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Material necessário/recursos: Cartolina, cola, hidrocor, revistas para recortes e tesouras sem ponta.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- SHENKER, M; MINAYO, MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. 2005. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300027.
- DALPIAZ, AK; JACOB, MHVM; SILVA, KD; BOLSON, MP; HIRDES, A. Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um CAPS AD. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200005.

Método/Execução: O facilitador dividirá o grupo em dois subgrupos. Será sorteado o tema para cada grupo: fator de risco x fator de proteção. Distribua os materiais e as revistas para que os mesmos façam recortes e colagens sobre a temática do grupo, que foi sorteada. Para tal ação, ofereça um tempo entre (10 a 15 min). Em seguida, o grupo escolherá seu representante, o qual apresentará as ideias elaboradas. Estas serão ouvidas pelo outro grupo e os mesmos serão incentivados a opinarem. As colagens e orientações deverão ser expostas na unidade de saúde e em espaço visível.





6. Virando a página e recomeçando – parte 1

Objetivo: Incentivar os participantes a buscar alternativas para amenizar os prejuízos advindos com o consumo

Material necessário/recursos: papel, caneta, cesto, e frases de perdas e recomeços.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- LIMA, DWC; FERREIRA, LA; VIEIRA, AN; AZEVEDO, LDS; SILVA, AP; CUNHA, BMC; SOUSA, LCA. Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas: significados e histórias de vida. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n3/05.pdf>.

Método/Execução: Em um sorteio, cada participante pegará uma frase e após ler, irá expressar sua opinião de concordância, discordância e o motivo. Sugestão de algumas frases a serem escritas antecipadamente pelo facilitador: “toda escolha implica perdas”; “não posso gastar dinheiro e ter dinheiro”; “nunca exigir o que as pessoas não podem dar”; “se eu continuar bebendo com meus amigos vou ter tempo para minha família”.

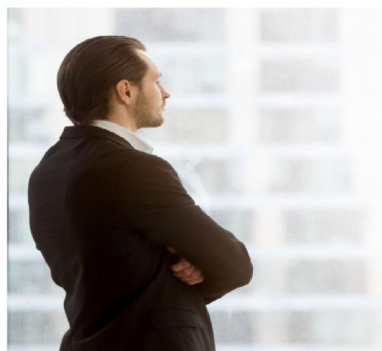


Figura 9: Busque a reflexão dos participantes. Fonte: FreePik



Dica!

Tenha sempre em mente que você tem o papel de facilitar a aprendizagem. E em todo o grupo que realizar identifique se há participante novo, facilite esse processo de adaptação e acolhimento no tratamento e no grupo. Exercite a empatia.



7. Virando a página e recomeçando - parte 2

Objetivo: Incentivar os participantes a buscar alternativas para amenizar os prejuízos advindos com o consumo; Incentivo ao resgate de sua autonomia através da promoção de reflexões;

Material necessário/ recursos: cartolina, hidrocor de várias cores, som.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- LIMA, DWC; FERREIRA, LA; VIEIRA, AN; AZEVEDO, LDS; SILVA, AP; CUNHA, BMC; SOUSA, LCA. Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas: significados e histórias de vida. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000300005&lng=pt&nrm=iso
- BATISTA, NS; RIBEIRO, MC. O uso da música como recurso terapêutico em saúde mental. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/105337>

Método/ Execução: Proponha a escuta de uma música aos participantes, sobre o tema solicitado pelos mesmos em outro momento. Nesse caso específico como exemplo didático, sugere-se a escuta da música do CPM 22- "perdas". Deixe a letra exposta em um suporte ou fixada na parede. Exponha a música quantas vezes for necessário pelos participantes. Em seguida, inicie destacando as frases que mais chamaram atenção. Caso perceba dificuldade. Busque relacionar com a realidade dos participantes a partir dos seus discursos.



Figura 10: Busque auxílio de músicas. Fonte: Freepik



8. Primeiros socorros

Objetivo: Ofertar orientações sobre Primeiros Socorros: episódio convulsivo.

Material necessário/ recursos: colchonetes, recipientes representando perfumes, álcool, sal, leite. Objetos de madeira, colheres.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Manual de Primeiros Socorros. 2003. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirosocorros.pdf>.

- **VÍDEO**

- Drauzio Comenta #20.O que fazer em casos de convulsão.2016. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=AMTPs_-NXyg.

Método/Execução: Organize uma sala que represente uma cena de uma pessoa com episódio convulsivo. Reúna todos os participantes e pergunte quem deseja encenar o episódio. Em seguida convide 3 pessoas no grupo para representar os socorristas e familiares, amigos para a prestação de socorro. Fique atento(a) as falas e ações para em seguida realiza orientações seguindo as recomendações existentes na literatura.



Figura 11: Situação de socorro/ajuda. Fonte: Freepik



Dica!

Dependendo do interesse dos participantes, o facilitador pode explorar outros temas relacionados aos primeiros socorros: infarto agudo do miocárdio, queimaduras, cortes, síncope e tonturas, entre outras possibilidades.



9. Diabetes Mellitus

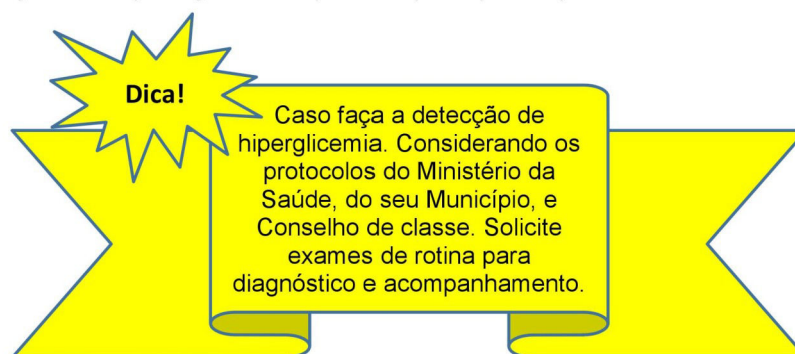
Objetivo: Ofertar orientações sobre a doença, prevenção, tratamento e controle; realizar rastreamento de pessoas com hiperglicemia.

Material necessário/recursos: imagens ou slides sobre as formas de prevenção.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- BRASIL, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
- COSTA-Jr, et al (2016). Profile of peripheral vascular changes in crack-cocaine addicts receiving treatment at a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs. **J. vasc. bras.** vol. 15 no.2 Porto Alegre Apr./June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492016000200126&script=sci_arttext&lng=en

Método/ Execução: seguindo o modelo dialógico, busque dar orientações e ao mesmo tempo ouvir as experiências do grupo sobre Diabetes Mellitus, leve imagens contendo frases e imagens sobre essa doença. Explique as causas, cuidados, prevenção de complicações e a epidemiologia. Ao final das orientações verifique a glicemia capilar dos participantes para rastreamento.





10. Balança decisória

Objetivo: Despertar o senso crítico e habilidades autoavaliativas para o autocuidado.

Material necessário/recursos: cartolina, hidrocor, imagem de uma balança.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- BRASÍLIA, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD. Como motivar usuários de risco. Cap. 2. In: Módulo 4 Intervenção Breve. **SUPERA**(Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas; Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento. coordenação [da] 7. ed 68p. Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni. 2014. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4608334/mod_resource/content/1/SUP5_Modulo_4.pdf

Método/ Execução: Utilize Metodologia dialógica, tipo roda de conversa. Exponha a imagem ou um desenho de uma balança (figura) e a partir desta, estimule cada pessoa no grupo a expressar os aspectos positivos e negativos em relação ao consumo de álcool ou outras drogas, de forma que os efeitos de curto, médio e longo prazo da saúde física, psíquica, emocional, social, familiar e financeira sejam explorados.



Figura 12: Balança decisória: o que perco? O que ganho? Fonte: Brasília (2014)



Dica!

Algumas vezes os usuários possuem dificuldades em relatar ou e reconhecer os prejuízos advindos com o uso. Alguns relatam esses prejuízos com bastante emotividade. Tenha uma postura acolhedora, sem preconceitos e juízos de valor.



11. Fissura “craving”

Objetivo: Despertar o senso crítico e o autoconhecimento diante de situações e pessoas que interferem negativamente no autocuidado.

Material necessário recursos: cartolina, cola, hidrocor verde, amarelo e vermelho, lápis, borracha, impressos com os sinais de trânsito.

Sugestões de estudo / pesquisa:

- ARAÚJO et al. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. 57(1):57-63.2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100011
- CALHEIROS et al. Estratégias de enfrentamento do *craving* em dependentes de *crack* em tratamento em Comunidades Terapêuticas. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000200003&lng=pt&nrm=iso

Método/ Execução: Favoreça uma roda de conversa sobre fissura e incentive para o compartilhamento de experiências e situações vivenciadas no cotidiano dos participantes. Sequencialmente exponha um semáforo apenas com um sinal vermelho para que os mesmos identifiquem os sinalizadores de risco, eventos provocadores ao consumo.

A partir das falas, descreva as palavras principais expressas ao lado do sinal vermelho. Para que todos possam visualizar. Em seguida, elabore, o planejamento mensal no grupo a partir dos relatos individuais sobre situações ou pessoas que os mesmos identificaram como desestabilizadores e influenciadores para o retorno do consumo de drogas.

Ao final, disponibilize impresso com a imagem do sinal de trânsito vermelho e ao lado descreva os lugares ou situações que levam a recaída; Ao lado do amarelo, situações ou pessoas que deixam em alerta e ao lado do verde, pessoas ou situações que os deixam fortalecidos no processo de redução e do autocuidado e autoestima.

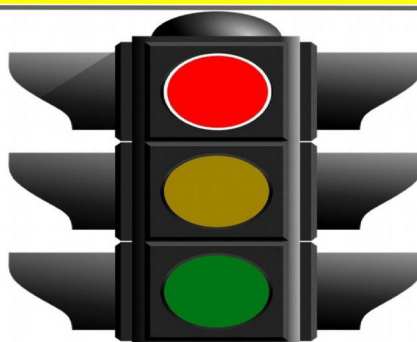


Figura 13: Semáforo para por situações a serem evitadas, incentivadas e analisadas





12. Autocuidado e o Protagonismo do usuário

Objetivo: Incentivar o autocuidado e o protagonismo do usuário no tratamento; incentivar o trabalho em equipe e interação social.

Material necessário/ recursos: cartolina e lápis permanente de 2 cores.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- PACHECO, SUC; RODRIGUES, SR; BENATTO, MC. A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272018000100006.
- JUNQUEIRA, AMC; CARNIEL, IC; MANTOVANI, A. As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPs. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000100006.

Método/ Execução: Desperte o interesse do grupo a fim de que os mesmos realizem sugestões de melhorias da unidade ou local que você executa os grupos. Pergunte aos participantes sobre a rotina da unidade; em relação aos horários da medicação, da alimentação; do espaço de descanso e de atividades recreativas.

Sugere-se a organização de um espaço de higiene, onde com eles, elabore o local, os itens que deve conter, faça uma escala semanal de dois integrantes dos grupos para que estes se tornem colaboradores deste projeto.

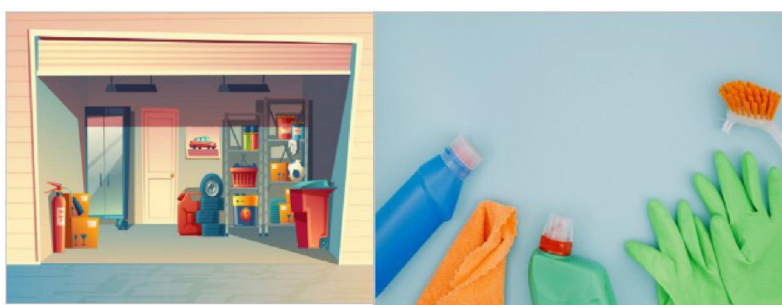


Figura 14: Sugere a organização de um espaço de higiene. Fonte: Freepik



Dica!

As críticas que possam surgir é algo que deve ser considerado, anotado e levado para reunião de equipe, para os profissionais responsáveis, que possam contribuir para melhoria. principalmente quando estas, alteram toda a rotina da Instituição.



13. Verminoses

Objetivo: Realizar orientações quanto a higiene e preparo dos alimentos, medidas de autocuidado para prevenir infecção por verminoses.

Material necessário/ recursos: Articulação com instituição de ensino que possua cepas de enteroparasitas: *Shistosoma Mansoni*, *ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermicularis*, entre outros); Articulação e parceria com a Secretária Municipal de Saúde; frascos de hipoclorito de sódio, frutas, verduras e água para higienização.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / 8. ed. 2010. 444 p. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf
- BUSATO, et al. Parasitoses intestinais: o que a comunidade sabe sobre este tema? 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download>.

VÍDEO:

- Semprebon Super-Sabão contra as parasitoses Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=H1NO1VPRsEM>.

Método/Execução: Realize a articulação com outra instituição de ensino e Secretária Municipal de Saúde para organizar a atividade. Tenha em mãos o número aproximado de participantes (inclua monitores, enfermagem e outros profissionais).

Após essa etapa, convide os participantes do grupo. Na oportunidade, incentive-os a pesquisarem e trazerem alguma curiosidade ou informação sobre as parasitoses: como se pega, formas de transmissão e prevenção).

No dia marcado, apresente a instituição de ensino, a biblioteca, o espaço de lazer, e em seguida realize as orientações através de demonstrações dos parasitas, envolvendo e considerando o conhecimento dos participantes.



Figura 15: Helmintos a serem trabalhados. Fonte: depositphotos

Ao término das orientações realize demonstrações práticas sobre higiene das mãos, como também higiene das frutas e verduras utilizando o hipoclorito de sódio.

Dica!

Permaneça atento (a) durante toda a facilitação, e estimule sempre a discussão e participação coletiva. As vezes o tema está pronto, mas não é de interesse do grupo. Nesses casos é preciso uma adaptação e até mudança de todo o plano. Tenha sempre em mãos o plano B.

No próximo encontro, realize uma investigação com o grupo para identificar: o tratamento da água; destino dos dejetos humanos, amplie essas discussões para outros setores.



Dica!

No dia anterior, confirme com cada participante e com os responsáveis pelas instituições envolvidas. Faça um acordo com os usuários para que os mesmos não façam o consumo de drogas no dia agendado da atividade.



14. Redes de Apoio

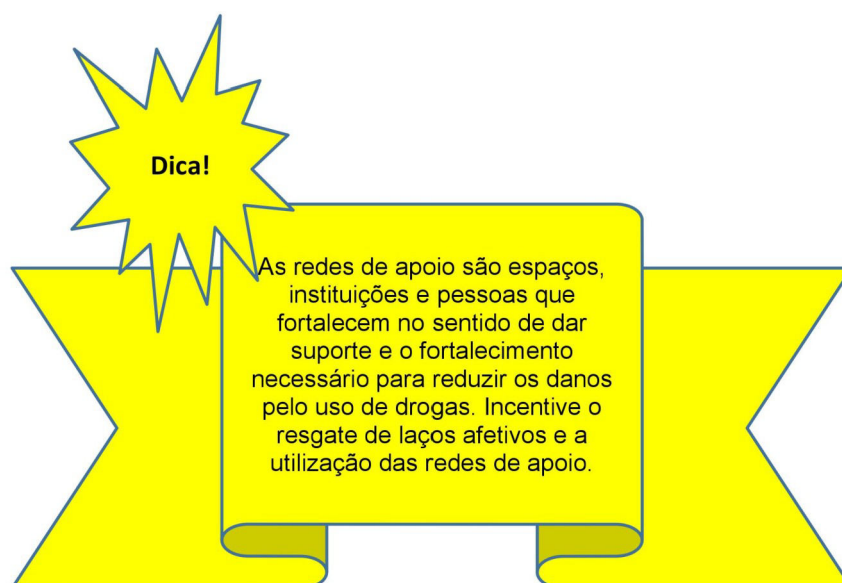
Objetivo: Incentivar a utilização de redes de apoio (social e afetivo); promover a reinserção social.

Material necessário/ recursos: Cartolinas e lápis permanente de duas cores.

Sugestões de estudo/pesquisa:

- CAVALCANTE, et al. Rede de Apoio Social ao Dependente Químico: Ecomapa como Instrumental na Assistência em Saúde. 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3920>

Método/ Execução: Em cada cartolina separe redes de apoio social e na outra, redes de apoio afetivas. Explique para os presentes, o que são as redes, e em seguida solicite que os mesmos compartilhem a utilização de cada uma.



Faça as seguintes perguntas: Quais os lugares que tem o hábito de ir que lhe provocam bem-estar? E quem são as pessoas que lhe fazem bem?



Registre tudo em cartolina e em seguida verifique se há alguma rede de apoio na área do Município não utilizada, pouco utilizada e utilizada de modo satisfatório.

Perceba se há algo que possa fazer, no sentido de organizar uma atividade extramuros, em um parque, no shopping com a presença de um amigo ou familiar citado.

Faça a arte do convite e ajude o usuário preencher, respeitando suas palavras e suas escolhas e maneiras de falar.



Referências

ARAÚJO, RB; OLIVEIRA, MS; PEDROSO, RS; MIGUEL, AC; CASTRO, MGT. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **J Bras Psiquiatr.** 2008;57(1):57-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a11.pdf>. Acesso em 22/10/18.

BATISTA, NS; RIBEIRO, MC. O uso da música como recurso terapêutico em saúde mental. **Rev. Ter Ocup Univ.** São Paulo. 2016 set./dez.;27(3):336. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/105337/122626>. Acesso em 14/09/19.

BERBEL, NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunic, Saúde, Educ** 2. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>. Acesso em 22/08/18.

BODENARVE, JD; PEREIRA AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 22ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

BRANCO, NMMC; SILVA, DV; SOLDATELLI, SMR. Desconstruindo mitos e preconceitos sobre "loucos" e "drogados": uma proposta de ação educativa para familiares de usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da educação popular. **Pesqui. prát. psicossociais.** vol.11 no.3 São João del-Rei set./dez.2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300006. Acesso em 18/11/2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 170p. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirosocorros.pdf>. Acesso em 14/09/18.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf. Acesso em 14/09/17.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444 p. : Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível: https://www.infectedologia.org.br/admin/zcloud/principal/2016/06/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso2010.pdf



BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir. Disponível em :<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio> . Acesso em 10/09/19

BRASÍLIA, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD.

SUPERA(Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas; Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento. Brasília. coordenação [da] 7. ed 68 p. – (SUPERA). Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni. 2014.

BUSATO, MA; DONDONI, DZ; RINALDI, ALS; FERRAZ, L. Parasitoses intestinais: o que a comunidade sabe sobre este tema? . **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2015 Jan-Mar; 10(34):1-6. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br › rbmf › article › download>.

CALHEIROS, PRV; MORAIS, PR; JÚNIOR-FÉLIX, IJ; SILVA, LG; ALMEIDA M. Estratégias de enfrentamento do *craving* em dependentes de *crack* em tratamento em Comunidades Terapêuticas. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) vol.15 no.2 Ribeirão Preto abr./jun.2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000200003&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 02/09/19.

CAVALCANTE, LP; FALCAO, RST; LIMA, HP; MARINHO, AM; MACEDO, JQ, de; BRAGA, VAB. Rede de Apoio Social ao Dependente Químico: Ecomapa como Instrumental na Assistência em Saúde. **Rev. Rene**. 2012. ;13(2):321-31. Disponível em: www.periodicos.ufc.br Acesso em 19/06/19.

COSTA-Jr, AF; BALDAÇARA, LR; SILVA, SA; TAVARES, ACFR; ORSOLIN, EF; PREHL, VB; GONDO, FHB; SANTANA, HL. Profile of peripheral vascular changes in crack-cocaine addicts receiving treatment at a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs. **J. vasc. bras.** vol. 15 no.2 Porto Alegre Apr./June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492016000200126 . Acesso em 15/11/19.

DALPIAZ, AK; JACOB, MHVM; SILVA, KD; BOLSON, MP; HIRDES, A. Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um CAPS AD. **Aletheia** no.45 Canoas dez.2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200005 . Acesso em 02/09/19.

FALKENBERG, MB; MENDES, TPL; MORAES, EP SOUZA, EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**[online]. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 15/09/19.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 50ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.



GUERRA, MRSR; VENDENBERGHE, L. Abordagem do comportamento de uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil: o estado da arte. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 12 (3), São João del Rei, setembro-dezembro de 2017. e1120. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n1/08.pdf> . Acesso em 01/09/2019.

JUNQUEIRA, AMC; CARNIEL, IC; MANTOVANI, A. As assembléias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPS. **Vínculo** vol.12 no.1 São Paulo 2015. Disponível em :http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000100006 Acesso em 02/09/19.

LACERDA, CB; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface (Botucatu)**. vol.21 no.61 Botucatu Apr./ June 2017 Epub Oct 24, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200363 . Acesso em 18/11/2019.

LIMA, DWC; FERREIRA, LA; VIEIRA, AN; AZEVEDO, LDS; SILVA, AP; CUNHA, BMC; SOUSA, LCA. Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas: significados e histórias de vida. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** 2018 Jul.-Set.;14(3):151-158. Disponível em :<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n3/05.pdf> . Acesso em 14/09/19.

MACEDO, KDS; ACOSTA, BS; SILVA, EB; SOUZA, NS; BECK, CLC; SILVA, KKD. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Escola Anna Nery** 22(3) 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-22-03-e20170435.pdf . Acesso em 18/08/2019.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]. DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>

OMS. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária. Disponível em https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em 02/09/19.

PACHECO, SUC; RODRIGUES, SR; BENATTO, MC. A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida. **Mental** vol.12 no.22 Barbacena jan./jun. 2018. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272018000100006 . Acesso em 08/09/19.

SHALL, VT; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. S4-S6,1999. Disponível em:



Acesso 15/09/19. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001

SHENKER, M; MINAYO, MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva** vol.10 no.3 Rio de Janeiro July/Sept.2005. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300027 . Acesso em 01/09/19.

TELESSAÚDE, RS; UFGRS. TeleCondutas Depressão. [versão digital]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Depressao_20170428.pdf Acesso em 08/09/19.

TEMPSKI, P; MARTINS, MA. **Eu Aprendo, você aprende e nos aprendemos juntos**. In: Especialização Educação na Saúde para Preceptores do SUS. [aula].Hospital Sirio-Libanês e Sistema Único de Saúde. 07/04/2013.

ZALESKI, M; LARANJEIRA, RR; MARQUES, ACPR; RATTO, L; ROMANO, M; ALVES, HNP; SOARES, MBM; ABELARDINO, V; KESSLER, F;BRASILIANO, S; NICASTRI, S; HOCHGRAF, PB; GIGLIOTTI, AP; LEMOS, T. .Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Alcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.28no.2. São Paulo June. 2006. Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013 .Acesso em 20/08/18.

VÍDEO:

Caio na Aula. Como a Depressão afeta o Cérebro? Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MnjAXZwhGQo>. Acesso em 01/09/2019.

Drauzio Comenta #20.O que fazer em casos de convulsão.2016. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=AMTPs_-NXyg . Acesso em 08/09/19.

IMAGENS:

Deposita Fotos. Disponível em: <https://br.depositphotos.com/154864230/stock-illustration-a-set-of-helminths-roundworm.html>. Acesso em 18/09/2019.

FreePik. Disponível em: <https://br.freepik.com/home>. Acesso em 18/09/2019

Pixabay. Disponível em: <https://pixabay.com>. Acesso em 18/09/2019.

APÊNDICE E-DECLARAÇÃO DE APLICABILIDADE DOS PRODUTOS EDUCATIVOS



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE APLICABILIDADE DO PRODUTO

Os recursos educacionais: vídeo e manual, intitulados respectivamente de: A vida de Antônio e Manual Educativo para o Incentivo do Autocuidado de Usuários em Tratamento devido o Uso de Substâncias Psicoativas – Sugestões de atividades de educação em saúde compõem o produto final da dissertação de mestrado “Comparativo de duas estratégias educativas em saúde e suas relações nas ações do autocuidado de usuários de álcool e outras drogas. Tais produtos educacionais produzidos pela mestranda Cláudia Cristina Rolim da Silva sob orientação do professor doutor Célio Fernando de Sousa Rodrigues estão sendo utilizados em benefício da população, além de ofertar subsídios para atuação de profissionais da saúde.

06 de Dezembro de 2019

Cledja M^a R. de Almeida
Coord. da Rede de Atenção Psicossocial
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura de Arapiraca


Cledja Maria Rocha de Almeida
Coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Arapiraca

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO ASA-A

Informações complementares: O pesquisador principal/entrevistador respeitará sua decisão, caso o Senhor/Senhora **não deseje responder ALGUNS ou NENHUM** () dos itens propostos da escala para avaliação do autocuidado (ASA- A), descritos a seguir:

ITENS	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não desejo responder
1- Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5	
2- Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha minha saúde está certa	1	2	3	4	5	
3- Quando tenho dificuldade para movimentar uma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema	1	2	3	4	5	
4-Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	2	3	4	5	
5-Quando necessário, tomo novas providências para	1	2	3	4	5	

manter-me saudável.						
6- Sempre que posso, cuido de mim	1	2	3	4	5	
7-Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	1	2	3	4	5	
8- Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	1	2	3	4	5	
9-Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	1	2	3	4	5	
10-Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	1	2	3	4	5	
11-Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.	1	2	3	4	5	
12-Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	1	2	3	4	5	
13-Geralmente durmo o suficiente para me sentir descansado	1	2	3	4	5	
14- Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para	1	2	3	4	5	

esclarecer aquilo que não entendo.						
15- De tempos em tempos examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5	
16-Antes de tomar um remédio novo procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5	
17- No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar minha saúde	1	2	3	4	5	
18-Normalmente tomo providências para manter minha segurança e a de minha família.	1	2	3	4	5	
19-Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5	
20-No meu dia-a-dia, geralmente encontro tempo para cuidar de mim mesmo	1	2	3	4	5	
21- Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para	1	2	3	4	5	

resolvê-lo.						
22-Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo	1	2	3	4	5	
23-Sempre acho tempo para mim mesmo.	1	2	3	4	5	
24-Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo cuidar-me como gostaria.	1	2	3	4	5	

Pontuação: _____ pontos

Data : ____/ ____/ ____

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA

- Condições para submissão Revista Saúde em Debate

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos (Vancouver) descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
- A identificação dos autores não consta no arquivo com o texto.
- O nome dos autores deve ficar registrado no formulário de cadastro do artigo, no campo "Incluir coautores". Informações imprescindíveis: NOME - E-MAIL -Nº ORCID - INSTITUIÇÕES DE VÍNCULO.
- O arquivo da submissão está no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.
- O texto está em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5; não utilizou sublinhados e negritos como grifo.
- Utilizou aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras; utilizou palavras em outros idiomas em itálico, com exceção de nomes próprios.
- Enviou figuras, gráficos, quadros e tabelas em formato aberto ou em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo.
- Encaminhou em arquivo separado a declaração de Conflito de interesses, os Colaboradores e os Agradecimentos (no mesmo arquivo).

- Encaminhou em arquivos separados a Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais (obrigatória) e o Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP (quando pertinente).

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aporem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por softwares detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa

utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista ‘Saúde em Debate’ continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site :revista.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e abstract.

Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a ‘Saúde em Debate’ apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#), de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no

qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os Artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o [Manual de Normalização de Referências](#) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: ‘porta de entrada’; ‘Saúde em Debate’. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado

de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por e-mail.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, pore-mail, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho” será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível [aqui](#).

Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

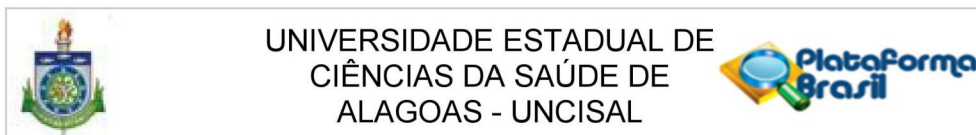
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

ANEXO C –PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Continuação do Parecer: 2.768.354

Centro de Atenção Psicossocial Álcool ou/e Outras drogas, quando comparado com outras estratégias educativas seguindo o modelo tradicional.

Portanto, o conhecimento desses resultados poderá inicialmente trazer subsídios para uma reestruturação (FIGUEIREDO, et al, 2010) de posturas e de modelos educacionais ainda prevalentes, como também promover reflexões de ações, no sentido de uma prática educativa que promova saúde de pessoas e da população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os efeitos que cada estratégia educativa pode ocasionar nas ações do autocuidado de usuários de um CAPS AD

Objetivo Secundário:

- 1) Identificar o impacto das estratégias educativas na redução do consumo da drogas;
- 2) Avaliar a capacidade de autocuidado;
- 3) Relacionar a redução do consumo de drogas com a capacidade de autocuidado após a aplicação de cada estratégia educativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A pesquisa não contém procedimentos invasivos. No entanto, apresenta alguns riscos mínimos, dentre os mesmos: poderá ocorrer desconforto, que eventualmente poderá acontecer ao responder as perguntas. No entanto, será dada a opção "não desejo responder" em todos os questionamentos. As perguntas serão realizadas individualmente, em ambiente tranquilo, preservando a identidade e o sigilo das informações adquiridas.

Os pesquisadores irão observar os sinais verbais e não verbais de desconforto dos sujeitos da pesquisa durante as entrevistas, consulta de enfermagem e grupos, deixando-os a vontade para dar continuidade ou não a execução das atividades propostas.

Para minimização de todos os riscos previstos, será realizada a prévia leitura do TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido), destacando-se a liberdade em responder ou não, sem qualquer prejuízo para os mesmos. E que porventura, venham causar-lhe algum desconforto, constrangimento e/ou sentimento de violação de privacidade.

Por fim, os riscos serão minimizados através da assistência multiprofissional que ele já realiza no serviço. Caso haja eventual constrangimento, o paciente será assistido e acompanhado por

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113	
Bairro: PRADO	CEP: 57.010-300
UF: AL	Município: MACEIO
Telefone: (82)3315-6787	Fax: (82)3315-6787 E-mail: comitedeeticauncisal@gmail.com

Página 03 de 06

psicóloga. (ANEXO F).

BENEFÍCIOS:

Os participantes desta pesquisa serão beneficiados com informações e orientações (estratégias educacionais propostas) adicionais que serão realizadas pela pesquisadora principal.

Os grupos educativos serão norteados por protocolos do Ministério da Saúde, disponíveis nos Cadernos de Atenção Básica-CAB, como por exemplo, estratégias educativas para prevenção e controle de doenças crônicas, contempladas nos cadernos de atenção básica n. 35; 36; 37, que abordam aspectos relacionados ao cuidado e prevenção de complicações e/ ou surgimento de doenças crônicas; diabetes mellitus e hipertensão arterial, respectivamente.

Os participantes incluídos no grupo controle serão avaliados através da consulta de enfermagem realizada pela própria pesquisadora, depois da identificação dos diagnósticos de enfermagem encontrados durante a avaliação.

O benefício principal ocorre pelo fato do paciente ter um acompanhamento melhor e melhor avaliação dos resultados do tratamento, isso por si já será uma contribuição essencial para a qualidade de vida futura dos indivíduos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem Pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem Pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do experimento, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório consubstanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1119414.pdf	22/06/2018 02:50:06		Aceito

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
Bairro: PRADO **CEP:** 57.010-300
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3315-6787 **Fax:** (82)3315-6787 **E-mail:** comitedeeticauncisal@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
ALAGOAS - UNCISAL



Continuação do Parecer: 2.768.354

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	22/06/2018 02:46:49	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	22/06/2018 02:34:24	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/06/2018 02:20:47	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
Outros	ANEXO_A_ESCALA_AVALIACAO_DO_ AUTOCUIDADO.docx	22/06/2018 02:08:31	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
Outros	DADOS_SOCIODEMOGRAFICOS_E_C OMPORTAMENTO_DE_USO_DE_DRO GAS.docx	22/06/2018 02:06:59	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DA_COORDENACAO DO_MESTRADO.pdf	22/06/2018 01:42:18	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DO_PSICOLOGO.pdf	22/06/2018 01:39:19	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DE_INFRAESTRUTUR A_CAPSAD_AMOR_ESPERANCA.pdf	22/06/2018 01:31:06	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_CAPSAD_AMOR_ESP ERANCA.pdf	22/06/2018 01:28:28	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	22/06/2018 01:19:55	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/06/2018 00:45:11	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracaodeinsecaodeconflitodeinteres se.pdf	06/05/2018 17:38:25	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoderesponsabilidade.pdf	06/05/2018 16:41:09	CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 12 de Julho de 2018

Assinado por:
Ana Lúcia de Gusmão Freire
(Coordenador)

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6787

Fax: (82)3315-6787

E-mail: comitedeeticauncisal@gmail.com

