

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**CONHECIMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE
CRACK E OUTRAS DROGAS**

Analine Fernandes

Orientador: Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein

Porto Alegre, julho de 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CONHECIMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE
CRACK E OUTRAS DROGAS

Analine Fernandes

Orientador: Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil, 2013.

CIP - Catalogação na Publicação

Fernandes, Analine

Conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde sobre crack e outras drogas / Analine Fernandes. -- 2013.

81 f.

Orientador: Airton Tetelbom Stein.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Saúde mental. 2. Substâncias psicoativas. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Agente Comunitário de Saúde. 5. Conhecimento. I. Tetelbom Stein, Airton, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr^a Daniela Riva Knauth

Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Júlio Baldisserotto

Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof.^a Dr^a Gisele Alsina Nader Bastos

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida.

Ao meu pai Fernando pelo exemplo de força e dedicação.

À minha mãe Fátima pelo carinho e companheirismo.

Ao meu irmão Osmar pelo incentivo e amizade.

Ao meu esposo Anderson pelo amor e compreensão.

Aos amigos e familiares pelo apoio e presença constante.

Ao meu orientador professor Airton Stein pela dedicação e motivação.

À professora colabora Camila Giugliani pelo estímulo e atenção.

Aos Agentes Comunitários de Saúde pela participação, tornando possível a
realização desta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo pela disponibilidade e colaboração.

À Universidade de Passo Fundo pela contribuição e auxílio.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelos ensinamentos.

Ao Ministério da Saúde do Brasil, Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Grupo
Hospitalar Conceição por proporcionarem o mestrado profissional.

Aos colegas da turma do mestrado profissional pela amizade e troca de experiências.

Às colegas das Unidades de Saúde Adirbal Corralo e Santa Marta pela colaboração.

Ao VIVA VOZ, nas pessoas da Dra. Helena Maria T Barros e Cassandra Bortolon,
pela colaboração técnica.

A todos, minha sincera e eterna gratidão!

SUMÁRIO

Abreviaturas e siglas	6
Resumo	8
Abstract	10
1. APRESENTAÇÃO	12
2. INTRODUÇÃO	13
3. REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 Saúde mental e APS	15
3.2 Drogadição, Saúde Pública e APS	17
3.3 Políticas sobre drogas	20
3.4 ACS e drogadição	23
3.5 Ações e conhecimentos dos ACS	25
3.6 Capacitações realizadas com ACS	26
3.7 Saúde mental do ACS	29
4. OBJETIVOS	31
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
6. ARTIGO	36
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
8. ANEXOS	61
I. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	62
II. Aprovação pelo CEP: emenda ao protocolo de pesquisa	63
III. Autorização da Secretaria Municipal de Saúde	64
IV. Questionário de coleta de dados	65
V. Questionário de conhecimentos sobre drogadição	70
VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

ABEP: Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CAIS: Centros de Atendimentos Integrados à Saúde

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial

CAPS AD: Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas

CDS: Conselho Distrital de Saúde

CMS: Conselho Municipal de Saúde

CRR: Centros Regionais de Referência

CONAD: Conselho Nacional Antidrogas

CONACSB: Conselho Nacional de Agentes Comunitários de Saúde do Brasil

EAD: Educação à Distância

ESF: Estratégia Saúde da Família

EUA: Estados Unidos da América

IB: Intervenção Breve

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

OBID: Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

OMS: Organização Mundial de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB: Política Nacional da Atenção Básica

PNAD: Política Nacional Anti Drogas

PSF: Programa Saúde da Família

SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas

SF: Saúde da Família

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SRQ: *Self Reporting Questionnaire*

SUS: Sistema Único de Saúde

TMC: Transtornos Mentais Comuns

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNODC: Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime

RESUMO

Introdução: O uso de substâncias psicoativas têm se evidenciado como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, gerando custos sociais, econômicos e individuais. O reconhecimento e acompanhamento dos usuários requer equipe multiprofissional capacitada com conhecimentos técnicos para ter maior efetividade. A Estratégia Saúde da Família, por ser a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, e por incluir a atuação do agente comunitário de saúde (ACS) como mediador entre o serviço e a comunidade, pode oferecer uma abordagem mais integral e longitudinal. Nesse contexto, esta pesquisa teve o objetivo de identificar os conhecimentos dos ACS sobre crack e outras drogas e descrever o seu perfil sóciodemográfico e de saúde.

Metodologia: Estudo descritivo, desenvolvido no período de maio a dezembro de 2012, realizado com 78 ACS do município de Passo Fundo/Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um questionário estruturado e auto-aplicável sobre dados demográficos dos ACS e um questionário de investigação dos conhecimentos sobre crack e outras drogas. Foi realizada estatística descritiva, teste de Tukey, correlação linear de Pearson e correlação de Spearman.

Resultados: Todos os 78 ACS eram do sexo feminino, com idade média de $41,1 \pm 9,6$ anos, 57,7% com ensino médio completo, 69,2% casadas e 98,7% pertencentes as classe social C e D. Metade dessas profissionais relatou ser sedentária, 11,5% eram tabagistas, 93,6% negaram dependência ao álcool, mas referiram ter contato com drogadição; 98,7% tinham dependentes químicos em sua área de abrangência e 59% admitiram ter familiares com problemas relacionados ao uso de drogas. Em relação à saúde das ACS, 29,5% obtiveram SRQ com pontuação elevada, sugerindo

possibilidade de transtornos mentais comuns e 51,3% afirmaram ser portadoras de doenças crônicas. A prova de conhecimentos prévios sobre crack e outras drogas obteve 34,5% de média de acertos, sendo o maior número de respostas corretas entre ACS com maior escolaridade (P=0,006).

Conclusão: O baixo número de acertos em teste de conhecimento evidencia uma necessidade urgente de melhor formação das ACS em relação ao crack e outras drogas, especialmente pelo frequente contato das profissionais com dependentes químicos. O perfil específico dessas profissionais, com ocorrência significativa de problemas psiquiátricos e doenças crônicas, suscita a necessidade de maior atenção à sua saúde, bem como novas pesquisas na área.

Palavras-chave: *Saúde Mental, Substâncias psicoativas, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Conhecimento.*

ABSTRACT

Introduction: The use of psychoactive substances has been regarded as a relevant public health problem not only in Brazil but also worldwide, as well as its social, economic and individual costs. Recognition and tracking of users require multidisciplinary teams trained with technical knowledge to achieve more effective results. The Community Health Workers (CHWs), who represent a gateway for health system users, and who represent the team's link with the community can offer a more comprehensive and longitudinal performance. In such a context, this research aimed to identify the CHW's knowledge about crack and other drugs and to describe their health and sociodemographic profile.

Methodology: This is a descriptive study, performed from May to December 2012; involving 78 CHWs in Passo Fundo Rio Grande do Sul, Brazil. Data collection was achieved through the application of a guided questionnaire, structured with CHWs' demographic information and a research survey on the workers' knowledge about crack and other drugs. Data descriptive statistics, Tukey test, Pearson's linear correlative and Spearman's correlation were performed.

Results: All 78 CHWs were women aged 41.1 ± 9.6 , 57.7% had finished high school, 69.2% were married and 98.7% were from lower social classes. Half of CHWs were sedentary, 11.5% were smokers, 93.6% denied having alcohol addiction although some admitted having contact with drug users, 98.7% have contact with chemical dependents and 59% reported relatives who deal with drug use. There are 29.5% of CHWs who had a high SRQ score indicating common mental disorders and 51.3% admitted having chronic diseases. The previous knowledge about crack and other

drugs presented an average of 34.5%, the highest scores being related to those with higher educational levels.

Conclusion: The low score on knowledge tests identifies the urgent need to invest in training programs for CHWs about the use of crack and other drugs, especially considering the frequent contact these agents have with people who show dependency on these drugs. These professionals' specific profile - high levels of psychiatric problems and chronic diseases - indicates the need for more attention with their health and new researches about CHWs' health conditions.

Key words: *Mental Health, Substance abuse, Primary Health Care, Family Health, Community Health Workers, Knowledge*

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “CONHECIMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE CRACK E OUTRAS DROGAS”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 31 de julho de 2013. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos.
2. Artigo.
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

Pelo crescimento da prevalência de transtornos mentais em todo o mundo, em especial o abuso de substâncias psicoativas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que o seu manejo na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para facilitar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde. O uso abusivo de drogas afeta milhares de pessoas direta e indiretamente, e os seus danos são um problema de saúde pública pela sua grande dimensão, gerando custos sociais, pessoais, econômicos e jurídicos (OMS, 2011; Brasil, 2009).

No Brasil, a expansão da APS no Sistema Único de Saúde (SUS) materializou-se principalmente por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), iniciado em 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (Brasil, 2007).

Em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), por meio da Portaria nº. 648/GM aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com nova publicação de atualização em 2012, estabelecendo com isso a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS e do PACS, bem como a transformação do PSF em Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF, cujo trabalho se dá em equipes multiprofissionais, com atuação na proximidade dos usuários, tem potencial para a resolutividade das ações, tendo como interface entre o serviço de saúde e a comunidade o agente comunitário de saúde (ACS) (Brasil, 2007).

O ACS é o primeiro contato da equipe de saúde com a comunidade, é ele o responsável por identificar as dificuldades de vida da população, os riscos e as vulnerabilidades no local de residência, direcionando esses problemas à equipe de saúde (Brasil, 2010). Com ênfase na importância da sua atividade e nas dificuldades enfrentadas na sua atuação, fundamenta-se a necessidade de que os ACS sejam capacitados permanentemente, de acordo com normas e preceitos da sua função (CONACSB, 2010).

Por morar e trabalhar no mesmo território e ter maior contato com as dificuldades sociais e econômicas, o ACS vem apresentando patologias de ordem física e psíquica, ansiedade, transtornos mentais comuns e esgotamento profissional, sendo os sintomas relacionados com sua atividade laborativa (Camelo SHH, 2012; Resende MC, 2011; Da Silva ATC, 2008).

Poucos estudos têm investigado os conhecimentos teóricos e práticos que os ACS têm para embasar a sua prática assistencial, em especial quando se trata de drogadição. As publicações mais importantes são sobre percepções, representações sociais e atitudes dos profissionais (Drumond J, 2009; Barros MMM, 2009; Harada OL, 2010; Oliveira JF, 2010; De Medeiros, 2006; Barros MA, 2007, NARDI HC, 2010). Nesse contexto, este estudo mostra-se importante e necessário para: avaliar os conhecimentos dos ACS sobre substâncias psicoativas; produzir embasamento técnico para planejar temáticas para capacitação dos ACS; e para motivar futuras pesquisas na área.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Saúde mental e Atenção Primária à Saúde

A OMS há vários anos tem apresentado discussões sobre saúde mental. O Relatório Mundial de Saúde divulgado em 2001 considera que a saúde mental é indispensável para o bem estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países. Assim, nomeia saúde mental como um termo para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva, emocional, ou a ausência de uma doença mental, não existindo uma definição oficial de saúde mental. O mesmo relatório evidencia que grande parte dos países está distante de atribuir à saúde mental a mesma importância que à saúde física, o que tem causado uma crescente carga de problemas de saúde mental, e a não aplicação da melhor evidência na área (OMS, 2002).

Em 2010, a OMS permanece com o tema saúde mental em foco, e apela aos setores organizacionais para atender às necessidades das pessoas com deficiências mentais e psicológicas por meio do reconhecimento dos grupos de vulnerabilidade; da amplificação dos serviços de saúde mental na atenção primária; do envolvimento das pessoas em programas e projetos de desenvolvimento; da incorporação de proteção dos direitos humanos nas políticas e leis nacionais; e da inclusão de crianças e adolescentes com deficiências mentais e psicológicas nos programas de educação e melhora dos serviços sociais para pessoas com deficiências mentais e psicológicas (OMS 2011).

A saúde mental é responsável por alta carga global de doenças, com elevadas taxas de mortalidade e de invalidez, sendo descrito pela OMS, em 2010, que uma em

cada quatro pessoas no mundo sofrerá uma condição de saúde mental na sua vida (OMS 2002; OMS 2011).

Analisando o panorama mundial sobre o uso de substâncias psicoativas, álcool e tabaco são drogas lícitas, largamente disponíveis na maior parte do mundo, e ambos são comercializados de maneira agressiva por companhias multinacionais com campanhas de publicidade. Em relação às drogas ilícitas, o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC) descreve a prevalência anual de consumo mundial de substâncias ilícitas, 2000-2001, com estimativa de que cerca de 200 milhões de pessoas consomem um ou outro tipo de substância ilícita. O quadro 1 demonstra as substâncias mais utilizadas no período descrito, evidenciando o uso predominante em jovens, com a maconha aparecendo como a droga mais utilizada, seguida de anfetaminas, cocaína opióides (UNDOC, 2003).

Quadro 1: Avaliações da prevalência anual de consumo mundial de substâncias ilícitas, 2000-2001

	Todas as substâncias ilícitas	Canábis	Estimulantes tipo anfetaminas		Cocaína	Todos os opiáceos	Heroína
			Anfetaminas	Ecstasy			
N.º de usuários (em milhões)	200	162,8	34,3	7,7	14,1	14,9	9,5
Proporção da população mundial (%)	3,4	2,7	0,6	0,1	0,2	0,3	0,16
Proporção de população com 15 anos e mais (%)	4,7	3,9	0,8	0,2	0,3	0,4	0,22

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). New York, NY. Global illicit drug trends 2003

O primeiro texto de uma série de artigos publicados no Lancet em 2011 discorre sobre a crescente evidência internacional mostrando que a doença mental e a pobreza interagem em um ciclo negativo em países de baixa e média renda. (Lund C, 2011). Foram realizadas duas revisões sistemáticas para avaliar o efeito de intervenções de redução da pobreza e de intervenções de saúde mental no indivíduo e

na família ou cuidador. As intervenções de saúde mental foram associadas a melhores resultados econômicas, como exemplo, menor taxa de readmissão hospitalar, menor tempo de internação e maior tempo em emprego remunerado. Estes terminam por apoiar a chamada para incrementar a saúde mental nas agendas internacionais de desenvolvimento, por ser a saúde mental um tema geralmente negligenciado (Lund C, 2011).

3.2 Drogadição, Saúde Pública e APS

Pela elevada prevalência de transtornos mentais, em especial o abuso de substâncias psicoativas, a OMS considera que o seu manejo na Atenção Primária à Saúde é fundamental para facilitar o acesso aos serviços de saúde, pois a atenção básica é a porta de entrada dos portadores de uso de substâncias psicoativas nos sistemas de saúde (OMS, 2010). Nesse sentido, vem sendo adotada por diversos países como forma de organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde, para que respondam de maneira apropriada às necessidades da população. Starfield sistematiza o conceito de APS como o primeiro nível de assistência à saúde, caracterizando-se por: porta de entrada ao sistema de saúde (acesso), longitudinalidade do cuidado, integralidade da atenção, coordenação da assistência, atenção centrada na família, orientação comunitária das ações e competência cultural dos profissionais. (Starfield B, 2004).

Algumas pesquisas realizadas nas comunidades atendidas pela ESF verificaram prevalências de transtornos mentais comuns (TMC) que variam de 22,7% a 38%. Estudos realizados no contexto da APS, desde a década de 80,

demonstram que entre 33% e 56% dos pacientes atendidos nas unidades da ESF podem apresentar sintomas de TMC (Brasil, 2010).

Em 2009 foi publicado o relatório brasileiro sobre substâncias psicoativas (Brasil, 2009), com base no período de 2001 a 2007, buscando dados eletrônicos do I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil; V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras; e I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. O documento relata que:

- com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior uso na vida em 2001 são: maconha (6,9%), solventes (5,8%), orexígenos (4,3%), benzodiazepínicos (3,3%) e cocaína (2,3%); em 2005, são: maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%) e estimulantes (3,2%).

- Na análise realizada por levantamento domiciliar em 2005 foi detectado uso na vida, no ano, no mês e dependência com porcentagens relatadas no quadro 2 (Brasil, 2009).

- De 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, esteroides, alucinógenos e crack, e diminuição nas de orexígenos, xaropes, opiáceos e anticolinérgicos, com diferença estatisticamente significativa somente para os estimulantes (Brasil, 2009).

Quadro 2: Uso de drogas relatado no levantamento domiciliar sobre uso de drogas, 2005

	Porcentagem de entrevistados no Brasil relatando:			
	Uso na Vida	Uso no Ano	Uso no Mês	Dependentes
Álcool	74,6	49,8	38,3	12,3
Tabaco	44,0	19,1	18,4	10,1
Maconha	8,8	2,6	1,9	1,2
Solventes	6,1	----	----	0,2
Benzodiaz.	5,6	2,1	1,3	0,5
Orexígenos	4,1	3,8	0,1	----
Estimulantes	3,2	0,7	0,3	0,1
Cocaína	2,9	0,7	0,4	----
Crack	0,7	0,1	0,06	----
Merla	0,2	----	----	----
Xarope (codeína)	1,9	0,3	0,2	----
Analg. Opiáceos	1,3	0,5	0,3	----
Alucínógenos	1,1	0,3	0,2	----
Anabolizantes	0,9	0,2	0,1	----
Barbitúricos	0,7	0,2	0,0	----
Anticolin.	0,5	0,0	----	----
Heroína	0,1	0,0	0,0	----

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD, 2009.

No Brasil, o uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 22,8%. Essa porcentagem é, por exemplo, próxima à do Chile (23,4%) e quase metade da dos EUA (45,8%). O uso na vida de álcool, nas 108 maiores cidades do Brasil, foi de 74,6%, porcentagem inferior a de outros países (Chile com 86,5% e EUA com 82,4%). A estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3% para o Brasil. Em todas as regiões, observaram-se mais dependentes de álcool para o gênero masculino. O uso na vida de tabaco foi de 44,0% no total, porcentagem inferior à do Chile (72,0%) e EUA (67,3%). Quanto à dependência de tabaco, 10,1% preencheram critérios para um diagnóstico positivo. A prevalência de uso na vida de cocaína, nas 108 maiores cidades do Brasil, foi de 2,9%, sendo próxima ao consumo de 3,2% da Alemanha, 5,3% do Chile e bem inferior aos 14,2% dos EUA (Brasil, 2009).

Artigo de atualização sobre crack evidencia que o crescimento do consumo tem se elevado no Brasil e no mundo, e embora a prevalência de uso seja em torno de 1%, o alto potencial de dependência e as graves consequências do uso na saúde e na sociedade são de extrema relevância. Tem se encontrado dificuldade no tratamento efetivo, com alto índice de recaídas, longos períodos de acompanhamento, exigindo

várias abordagens, diversas metodologias, terapia medicamentosa e comportamental, que necessitam ser prestados por equipe técnica treinada e multidisciplinar dos profissionais técnicos e dos ACS (Pulcherio G, 2010).

Como os problemas relacionados ao abuso de drogas estão entre as prioridades temáticas da saúde mental e pelo fato de que milhares de pessoas são direta e indiretamente afetadas pelo uso de substâncias psicoativas, os seus danos são um problema de saúde pública pela sua grande dimensão, gerando custos sociais e econômicos. As principais consequências do uso de drogas sobre a saúde e segurança brasileira têm sido relatadas na elevação dos casos de doenças sexualmente transmissíveis, internações decorrentes da dependência de drogas no SUS, aumento da mortalidade diretamente associada ao uso de drogas, afastamentos e aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas, acidentes de trânsito, violência e criminalidade relacionada ao uso e abuso de drogas (Brasil, 2009).

3.3 Políticas sobre drogas

Com base no panorama da drogadição, em 1998 foi criada no Brasil a Política Nacional Antidrogas (PNAD), com instituição em 2002. Em 2004 passou a ser nominada Política Nacional sobre Drogas, mantendo a sigla em uso PNAD. As decisões políticas relativas ao assunto são tomadas no Brasil pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) sob a supervisão da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).

As informações sobre as legislações brasileiras são disponibilizadas pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). O Relatório Brasileiro

sobre Drogas divulgado em 2009 (Brasil, 2009) pelas referidas instituições constitui-se na primeira fonte unificada de informações sobre drogas no país, com base nos resultados do I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizados em 2001 e 2005.

A Política Nacional sobre Drogas do Brasil (Brasil, 2009) tem objetivos claros e específicos, com ênfase nos abaixo citados, entre outros:

- Conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas consequências.
- Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas, adequadas à nossa realidade.
- Conhecer, sistematizar e divulgar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia.
- Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento.
- Avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis.
- Reduzir os efeitos sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade.

- Difundir o conhecimento sobre os crimes, delitos e infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, prevenindo-os e coibindo-os por meio da implementação e efetivação de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.
- Combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, em todo território nacional.
- Assegurar, de forma contínua e permanente, o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro, como forma de estrangular o fluxo lucrativo desse tipo de atividade ilegal, que diz respeito ao tráfico de drogas.
- Manter e atualizar, de forma contínua, o OBID.
- Garantir a realização de estudos e pesquisas visando à inovação dos métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde.
- Instituir, em todos os níveis de governo, com rigor metodológico, sistema de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde.
- Assegurar, em todos os níveis de governo, dotação orçamentária e efetivo controle social com gastos desta política.

Ao longo do tempo, o MS do Brasil identificou a maior necessidade de serviços focados no usuário de drogas e na capacitação de profissionais, lançando em 2010 a nova política de estímulo denominada Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, “Crack é possível vencer”, uma estratégia interministerial sob a coordenação da SENAD. O plano estimula e oferece recursos financeiros para a criação dos Centros Regionais de Referência (CRR), onde instituições de ensino superior realizam projetos para municípios da região (Brasil, 2010).

3.4 ACS e drogadição

O programa de agentes comunitários de saúde teve início no Brasil em 1991, atuando em áreas de maior vulnerabilidade social. Em 1994 inicia-se a atividade do PSF, com a atuação de equipes de saúde, multiprofissionais, nas unidades básicas de saúde. Em 2006, foi instaurada no Brasil a Política Nacional de Atenção Básica, normatizada pela portaria nº. 648. Este documento estabelece normas para a atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e denomina a transição do PSF para ESF (Brasil, 2007).

A ESF considera o trabalho em equipe multiprofissional fundamental para a resolutividade das ações, e tem como ferramenta a comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe, trazendo para a unidade de saúde o saber popular do ACS. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis ACS. Cada equipe se responsabiliza, idealmente, pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (Brasil, Manual SF, 1997; Site do MS, 2012)

Em 2002, a Lei 10507 criou a profissão de ACS, sendo atualizada em 2006, baseada no decreto nº 3189 de 1999, que fixou diretrizes para o exercício profissional deste trabalhador, incluindo remuneração, trabalho em tempo integral e a diversidade

de aspectos relacionados à sua prática profissional, que ocorre em um campo de interface da saúde, assistência social, educação e meio ambiente. Em 2004, foi publicado material discorrendo sobre o perfil de competências do ACS no Brasil (Brasil, Lei 10507, 2002; Brasil, Perfil de competências do ACS 2004; Referencial Curricular para Curso Técnico de ACS 2004). No entanto, apenas em 2010 foi criado o Conselho Nacional de Agentes Comunitários de Saúde do Brasil (CONACSB), que tem tido atuação incipiente com limitada normatização da prática profissional, sem divulgação de Código de Ética, sendo o conselho ainda desconhecido pela maioria dos profissionais (CONACS 2010).

O MS do Brasil elaborou o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde em 2009, orientando sobre as funções do ACS em saúde mental e sobre a atuação do mesmo em relação ao uso abusivo de drogas. O Guia define como função do ACS: estimular o desenvolvimento de ações permanentes de prevenção nas escolas, locais de trabalhos, sindicatos e associações da comunidade, aliadas à promoção da saúde. O referido material traz informações básicas para os ACS, como por exemplo, identificação de sinais e sintomas indiretos de alerta para abuso e dependência química (Brasil, Guia do Agente Comunitário de Saúde, 2009).

O ACS assume o papel de elo de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade, sendo o primeiro contato do paciente com o serviço. Como mediador dessa integração, o agente tem papel fundamental no acolhimento dos pacientes e na construção de estratégias para abordagem da pessoa e da família, possibilitando acompanhamento longitudinal e adequado a cada caso. (Brasil, Guia do Agente Comunitário de Saúde, 2009).

3.5 Ações e conhecimentos dos ACS em saúde mental

Ações em saúde mental desenvolvidas por ACS têm sido pesquisadas principalmente por meio de estudos qualitativos e relatos de experiência. Uma revisão sistemática recente, incluindo estudos quantitativos, traz evidências de que o ACS no Brasil pode ser efetivo em inúmeras ações, com maior destaque para aquelas no campo da saúde materno-infantil. O estudo aponta para a necessidade de avaliar a utilidade do ACS na saúde mental, pela escassez de estudos desenvolvidos com foco nessa temática face à dimensão do problema na saúde da população brasileira (Giugliani C, 2011).

Estudos sobre a percepção dos ACS sobre saúde mental têm evidenciado que os ACS utilizam diferentes critérios para definição de uma pessoa com transtornos mentais (Barros MMM, 2009). Ainda, foi identificado que a habilidade para identificar os portadores de transtornos mentais origina dúvidas em relação a real capacidade de identificação, apesar de seu grande contato com os portadores de doenças mentais (Harada OL, 2010). Pesquisa revela que os ACS reconhecem a importância de trabalhar com saúde mental, mas referem não sentirem-se capacitados para lidar com o tema (Waidman MAP, 2012).

Estudo qualitativo realizado em Salvador, Bahia, analisou as realidades vivenciadas pelos ACS, as práticas adotadas e as representações sociais dos mesmos acerca do consumo de drogas, encontrando representação social de estereótipos e preconceitos em relação às drogas e aos usuários (Oliveira JF, 2010).

Estudo desenvolvido em Fortaleza, Ceará, fez análise das representações sociais dos profissionais da saúde da família, entre eles o ACS, e revelou que os profissionais caracterizam os usuários de drogas como indivíduos excluídos do meio

social, percebendo que as práticas de saúde preventiva voltadas ao sujeito usuário possuem uma dimensão esquecida, com foco no âmbito patológico e jurídico (De Medeiros JS, 2006).

Pesquisa realizada em Araçatuba, São Paulo, analisando os sentimentos e as atitudes dos profissionais da saúde da família frente às drogas diferem analisando profissionais com ou sem nível superior, e que os ACS apresentam sentimentos e atitudes que podem demonstrar maior aceitação ao usuário, porém com maior dificuldade na abordagem junto aos mesmos (Barros MA, 2007). A investigação da experiência de seis ACS descrita por Drummond Junior destacou que os agentes realizam acompanhamentos de casos a eles referenciados utilizando a escuta e a dimensão afetiva como dispositivos no estabelecimento da relação terapêutica (Drummond J, 2009).

3.6 Capacitações realizadas com ACS

A literatura enfatiza que os serviços de saúde mental dependem muito mais de recursos humanos do que de equipamentos tecnológicos para conduzir os tratamentos e sustentar relações terapêuticas. A habilidade dos profissionais é central e influencia os usuários na escolha, adesão e continuidade dos tratamentos, de forma que a natureza do trabalho em saúde mental implica em grande envolvimento. Assim, o recurso humano deve ser visto como um componente dinâmico que necessita de apoio e investimento permanente (Mângia EF, 2009).

Nascimento publicou pesquisa qualitativa de grupos focais analisando o curso de formação para ACS em Campinas, São Paulo, e sugere que os agentes sejam incluídos nos cursos de capacitação permanente, pois se constatou que a formação

melhora as práticas diárias do profissional. Foram abordados na capacitação “ética, necessidade de saúde, núcleos de saúde coletiva e vigilância em saúde” (Nascimento EPL, 2008).

Resultados de capacitações direcionadas ao tema saúde mental foram publicados por autores encontrando resultados interessantes:

- Munari relatou a experiência de oficina de capacitação em saúde mental para ACS com debates em temas trazidos por eles, evidenciando boa adesão, assiduidade e interesse dos participantes (Munari DB, 2010).
- ACS capacitados em HIV/AIDS e redução de danos referiram após o curso sentirem-se melhor preparados para abordar e atender a população em relação aos temas abordados (Nardi HC, 2010).
- ACS treinados para aplicação do SRQ-20 (Self Reporting Questionnaire) evidenciaram bom resultado no teste de rastreamento para transtornos mentais comparado com o mesmo teste efetuado por médicos (Marques JMA, 2011).
- ACS que receberam juntamente com os demais profissionais da saúde curso para identificação precoce de usuários de álcool de alto risco, usuários nocivos e dependentes e para aplicação de Intervenção Breve apresentaram melhora na mudança das atitudes e de conhecimento em comparação antes e depois. A amostra foi de 141 profissionais, sendo 23 (13,4%) técnicos de enfermagem ou agentes de saúde (Silva CJ, 2005).

A SENAD com parceria de escolas de ensino promoveu até o presente momento quatro edições do curso SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento), executado na modalidade de Educação à

Distância (EAD) com limitação de vagas e certificação ao final do curso, oferecido via internet para todos os profissionais da área da saúde e assistência social conjuntamente, não específico para ACS. No entanto, um fator de limitação para a utilização da estratégia é que a maioria dos ACS no Brasil não tem acesso à internet nas suas unidades de saúde de referência, impossibilitando a realização do curso em diversos locais do Brasil (SUPERA, 2012).

Além da saúde mental, publicações sobre capacitação de ACS foram divulgadas com descrição de capacitação em saúde bucal realizada em estudo antes e depois (Frazão P, 2006), deficiência auditiva (Alvarenga KF, 2008) e avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigido a agentes comunitários de saúde com aumento do escore médio de conhecimentos após a capacitação (Machado MCH, 2010). O estado do Ceará realizou formação através do Curso Técnico do ACS, desenvolvido em etapas formativas onde se priorizaram os municípios com necessidades mais urgentes e temáticas de importância local. Artigo de revisão sobre a evolução do programa de ACS no Ceará traz a reflexão sobre a formação necessária diante das novas necessidades de saúde da população e o fortalecimento da atuação do ACS como mediador entre as famílias e a equipe de saúde no nível local (Ávila MMM, 2011).

Com a finalidade de que os recursos humanos sejam cada vez mais qualificados, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde traz a importância de manter a atualização dos profissionais com ênfase nas necessidades atuais dos serviços de saúde e na capacidade resolutiva da atuação profissional. Assim, a educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais como aprendizagem-trabalho,

ou seja, no cotidiano das pessoas a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que essas pessoas já têm (Brasil, Política Nacional de Educação Permanente, 2006).

A política de educação permanente propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas (Brasil, Política Nacional de Educação Permanente, 2006).

3.7 Saúde mental do ACS

Após a identificação da relevante atuação dos ACS na saúde, tem-se procurado conhecer, além do perfil demográfico e do seu trabalho, a saúde mental do próprio agente de saúde. Artigo de revisão publicado recentemente sobre adoecimento pelo trabalho dos ACS demonstrou que os mesmos padecem de patologias de ordem física e psíquica, como doença circulatória, muscular e infecciosa, transtorno mental, estresse e síndrome do esgotamento profissional. Foram identificadas estratégias de gerenciamento como exercício físico, leitura, música e reuniões em equipe, revelando a necessidade da revisão do processo de trabalho do ACS, com destaque para doenças ocupacionais (Camelo SHH, 2012).

Resende, em Uberlândia focou a saúde mental de 116 ACS, identificando nesta pesquisa que a maioria dos agentes apresentou grau de ansiedade moderado e uma parcela apresentou ansiedade grave de acordo com o Inventário de Ansiedade de Traço-Estado em 2011 (Resende MC, 2011). Da Silva analisou 141 ACS em São Paulo e evidenciou prevalência de casos de transtornos mentais comuns de 43,3%,

aferido por meio do *Self Reporting Questionnaire*. Entre os pesquisados, 24,1% apresentaram síndrome do esgotamento profissional (*Burnout*) medido por meio do questionário *Maslach Burnout Inventory*, com níveis moderados ou altos de esgotamento profissional: 70,9% dos participantes para exaustão emocional, 34% para despersonalização e 47,5% para decepção (Da Silva ATC, 2008)

Pesquisa divulgada descreve as fontes de estresse ocupacional levantadas na profissão de ACS e considerou como exaustores a função de elo entre serviço e comunidade exercida por este profissional, a proximidade emocional com a população e o contato direto com os problemas socioeconômicos do território, com formação insuficiente do agente no que tange os conhecimentos humanos e sociais (Maia LDG, 2011). Resultado semelhante foi descrito por Lopes, descrevendo que a obrigatoriedade de morar e trabalhar no mesmo local repercute em situações geradoras de sofrimento para o ACS, tais como a perda da privacidade e a exposição à violência e ao medo (Lopes DMQ, 2012).

A convivência com os problemas sociais da comunidade e o envolvimento com esses problemas foram apontados como situações que causam transtornos, juntamente com a percepção das fragilidades existentes nos serviços de saúde, o desconhecimento das suas funções, a falta de reconhecimento e a dificuldade em trabalhar em equipe (Lopes DMQ, 2012).

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar os conhecimentos sobre crack e outras drogas dos agentes comunitários de saúde inseridos na Atenção Básica à Saúde no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócio demográfico dos agentes comunitários de saúde;
- Conhecer o estado de saúde mental e as doenças crônicas prevalentes entre os agentes comunitários;
- Descrever o conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre o crack e outras drogas.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarenga, KF, Bevilacqua MC, Martinez MANS, Melo TM, Blasca WQ, Taga MFL. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde: Saúde Auditiva. Pró-Fono R. Atual. Cient. 2008; 20(3): 171-176. ISSN 0104-5687.

Andrade, TM. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. Cien Saude Colet 2011; 16 (12): 4665-4674.

Ávila MMM. Origem e Evolução do Programa de agentes comunitários de saúde no Ceará. RBPS Fortaleza 2011; 24(2): 159-168.

Barros MA, Pillon SC. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. Rev Esc Anna Nery Ver Enfermagem 2007; 11 (4): 655-62.

Barros MMM, Chagas MIO, Dias MAS. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. Cien Saude Colet 2009; 14 (1): 227-232.

Brasil. Departamento de Atenção Básica.

Disponível em <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#equipes>. Acesso em: 7 Mai. 2012.

Brasil, Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção á saúde. Departamento de atenção básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. IME USP; organizadores: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) Portaria nº. 648/GM.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p. – (Série A. Normas e materiais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 atualizada
Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=37263&tp=1>. Acesso em: 15 Mai. 2012.

Brasil, Ministério da Saúde. Perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde. Brasília; 2004.

Brasil. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Ministério da Saúde. Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e Outras Drogas. Edital nº 002/2010/GSIPR/SENAD: Plano Integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas.

Camelo SHH, Galon T, Marziale MHP. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. Rev enferm UERJ 2012 dez; 20(esp1):661-7.

Conselho Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde do Brasil (CONACSB)
Disponível em: <http://conacsb.org/index.php>
Acesso em 11/02/2013.

Da Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. Rev Saude Publica 2008; 42 (5): 921-9.

De Medeiros JS. Representações sociais dos profissionais do programa Saúde da Família sobre o uso de drogas psicoativas no município de Fortaleza. Dissertação de mestrado da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

Drumond Júnior. Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: investigando uma experiência de saúde mental na Atenção Básica. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade de Minas Gerais para obtenção do título de mestre em Psicologia, 2009.

Frazão P, Marques DSC. Influencia de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimento de saúde bucal. Cien Saude Colet 2006; 11 (1): 131-144.

Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of Community Health Workers in Brazil: A Systematic Review *J Ambulatory Care Manage* 2011; 34 (4): 326–338.

Harada OL, Soares MH. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar depressão. *Revista Eletrônica Saúde Mental álcool e drogas* 2010. ISSN 1806-6976.

Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):633-40.

Lund C, Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm DD, Das J, Knapp M, Patel V. Global Mental Health 1: Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011; 378: 1502–14.

Machado MCHS, Oliveira JS, Parada CMGL, Venâncio SI, Tonete VLP, Cavalhaes MABL. Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde. *Rev Bra. Saude Matern Infant Recife* 2010; 10 (4): 459-468.

Maia LDG, SILVA ND, MENDES PHC. Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Rev Bras Saúde ocup* 2011, 36 (123):93-102.

Mângia EF, Barros JO. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2009, 20(2): 85-91.

Marques JMA, Zuardi W. COOP/WONCA. Charts as a Screen for Mental Disorders in Primary Care. *Annal of Family Medicine* 2011; 9(4):359-365.

Munari DB, Melo TS, Oliveira MB, Barbosa CC, Queiroz ACCM, Araújo BFM. Capacitação de agentes comunitários de saúde para o cuidado em saúde mental na atenção básica: potencializando pessoas para cuidar de pessoas. *Rev Tempus Actas Saúde Colet* 2010; 4(1):115-23.

Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saude Publica* 2008; 24 (6): 1304-1313.

Nardi HC, Kroeff LR, Rigoni RQ. Sensibilização e Capacitação em Redução de Danos: Considerações dos Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Psicolog e Saude* 2010; 2(2): 21-30.

Oliveira JF, McCallum CA, Costa COG. Representações sociais dos agentes comunitários de saúde acerca do consumo de drogas. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44 (3):611-8.

Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial da saúde 2001. Saúde mental: nova compreensão, nova esperança. 1º edição, Lisboa, 2002.
Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em: 7 Mai. 2012.

Organização Mundial de Saúde. Relatório de Saúde mental e desenvolvimento 2010. Saúde Mental e Desenvolvimento. Um problema emergente: Integração Mental. 2011. Organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Departamento das Nações Unidas de Assuntos Econômicos e Sociais (UN DESA).

Pulcherio G, Stolf AR, Pettenon M, Fenstrseifer DP, Kessler, F. Crack-da pedra ao tratamento. Rev AMRIGS 2010; 54 (3): 337-343.

Resende MC, Azevedo RGS, Lourenço LR, Faria LS, Alves NF, Farina NP, da Silva NC, Oliveira SL. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). Cien Saude Colet 2011; 16 (4): 2115-2121, ISSN 1413-8123.

Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.

SUPERA

Disponível em: <http://www.supera.senad.gov.br/> Acesso em 12/01/2013.

Silva CJ. Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária a saúde. Tese de doutorado. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 2005.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). New York, NY. Global illicit drug trends 2003.

Waidman MAP, Costa B, Paiano M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em Saúde Mental. Rev Esc Enferm USP 2012; 46 (5): 1170-1177.

6. ARTIGO

A ser enviado para a revista Ciência & Saúde Coletiva

“CONHECIMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE
CRACK E OUTRAS DROGAS”.

“COMMUNITY HEALTH WORKERS’ KNOWLEDGE ABOUT CRACK AND
OTHER DRUGS”

Analine Fernandes, Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS;

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein

Prof^ª. Dr^ª. Camila Giugliani

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

ARTIGO DE TEMA LIVRE

Resumo: O uso de substâncias psicoativas tem se evidenciado como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e a atenção primária à saúde é a porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde. Esta pesquisa teve por objetivo identificar os conhecimentos dos agentes comunitários de saúde (ACS) sobre crack e outras drogas e descrever o seu perfil sócio demográfico e de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, realizado com 78 ACS do município de Passo Fundo/Rio Grande do Sul. Foi aplicado um questionário sobre dados demográficos e de saúde dos ACS e outro de investigação dos seus conhecimentos sobre crack e outras drogas. A análise dos dados foi descritiva e com correlações. Os resultados mostram que as ACS são mulheres, com elevado contato com pessoas com dependência química, um terço com transtornos mentais comuns e metade portadora de doenças crônicas. A média de acertos na prova de conhecimentos foi de 34,5%, sendo o maior número entre ACS com maior escolaridade ($P=0,006$), resultado que evidencia uma necessidade urgente de maior formação das ACS em relação ao tema, especialmente pelo frequente contato das profissionais com dependentes químicos. O perfil específico dessas profissionais suscita a necessidade de maior cuidado à sua saúde e novas pesquisas na área.

Palavras-chave: Saúde Mental, Substâncias psicoativas, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Conhecimento

Abstract

The use of psychoactive substances has been regarded as a serious public health problem in Brazil and worldwide, and the primary health care is the patients' gateway to public health services. In this context, this research aimed to identify the Community Health Workers (CHW)' knowledge about crack and other drugs and to

describe their health and sociodemographic profile. This is a descriptive study; carried out with 78 CHWs in Passo Fundo Rio Grande do Sul. A questionnaire was used with CHWs' demographic and health data and a second one to investigate their knowledge about crack and other drugs. The analyses used description and correlations. The results found that CHWs are women with high contact with chemical dependency, a third with common mental disorders and half with chronic diseases. The average knowledge proof obtained accuracy of 34.5% - higher scores being associated with higher educational levels - a result which highlights an urgent need for greater training of CHWs regarding this issue, especially for their frequent professional contact with addicts. The specific profile of these professionals shows the need for greater health care and new research in the area.

Key words: *Mental Health, Substance abuse, Primary Health Care, Family Health, Community Health Workers, Knowledge*

Introdução

Pelo crescimento da prevalência de transtornos mentais em todo o mundo, em especial o abuso de substâncias psicoativas, a Organização Mundial de Saúde considera que o seu manejo na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para facilitar o acesso aos serviços de saúde aos pacientes¹. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal forma de atuação da APS no Brasil, caracterizando-se pelo trabalho em equipes multiprofissionais e pela atuação na proximidade dos usuários, com potencial para a resolutividade das ações, e tendo como interface entre o serviço de saúde e a comunidade o agente comunitário de saúde (ACS)^{2,3}.

O uso abusivo e a dependência de drogas afetam milhares de pessoas, direta e indiretamente, gerando alta carga global de doenças, e os seus danos configuram problema de saúde pública pela sua grande dimensão, gerando custos sociais e econômicos. As principais consequências do uso de drogas sobre a saúde e segurança brasileiras têm sido relatadas na elevação dos casos de doenças sexualmente transmissíveis, nas internações decorrentes do uso de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS), no aumento da mortalidade diretamente associada à dependência de drogas, em afastamentos e aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas, em acidentes de trânsito e episódios de violência e criminalidade relacionados ao uso e abuso de drogas^{1,4}.

Dentre as substâncias de abuso, o crack tem apresentado aumento de consumo no Brasil e nos demais países, com prejuízos imensuráveis. Esta dependência tem-se apresentado com baixo índice de abstinência no tratamento e inúmeras recidivas ao uso, evidenciando a necessidade de acompanhamento longitudinal e integrado das equipes de saúde⁵.

No Brasil, a expansão da APS no SUS materializou-se principalmente por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desde 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), iniciado em 1994 como estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde³.

O ACS é fundamental na equipe de atenção básica, pois é o trabalhador que realiza o primeiro contato da equipe de saúde com a comunidade, sendo ele aquele que tem mais condições de identificar as dificuldades de vida, os riscos e as

vulnerabilidades da população no seu território, abordando e direcionando esses problemas aos demais membros da equipe de saúde⁶.

Artigo de revisão sobre as políticas de drogas no Brasil relata a ESF como principal motor da atenção básica, considerando-a como contexto adequado para tratamento e acompanhamento de pacientes com problemas com uso de substâncias psicoativas, utilizando ferramentas como acolhimento, encaminhamento para serviços de referência e seguimento longitudinal⁷.

A literatura enfatiza que os serviços de saúde mental dependem muito mais de recursos humanos do que de equipamentos tecnológicos para conduzir os tratamentos e sustentar relações terapêuticas⁸. A habilidade dos profissionais é central e influencia os usuários na escolha, adesão e continuidade dos tratamentos, de forma que a natureza do trabalho em saúde mental implica em grande envolvimento. Assim, o recurso humano deve ser visto como um componente dinâmico que necessita de apoio e investimento permanente⁸.

Em relação ao ACS, artigos identificaram que os profissionais têm representações sociais de estereótipos e preconceitos em relação aos usuários de drogas⁹ e visão da drogadição como dimensão esquecida nas medidas preventivas¹⁰. Outros estudos evidenciaram que os ACS têm sentimentos e atitudes de maior aceitação em relação ao uso de drogas, porém, maior dificuldade de abordagem dos usuários¹¹ e relatam que os ACS afirmam não sentirem-se capacitados adequadamente para prestar assistência adequada em saúde mental. Pesquisa sobre capacitação dos ACS em redução de danos evidenciou possibilidade de atuação desse profissional na área¹². Outro trabalho mostrou que existe atuação eficaz do ACS após capacitação em intervenção breve¹³.

Revisão sistemática recentemente publicada traz evidências de que o ACS pode ser efetivo em inúmeras ações na atenção básica, em especial na saúde materno-infantil. No entanto, existe ainda a necessidade de avaliar a utilidade do ACS na saúde mental¹⁴. Na revisão encontra-se uma lacuna na atuação do ACS no campo da saúde mental, incluindo a drogadição.

Avaliando a saúde mental do próprio ACS, tem-se identificado elevado grau de ansiedade¹⁵, altas prevalências de transtornos mentais comuns e níveis moderados e altos de esgotamento profissional¹⁶, evidenciando profissionais em sofrimento mental que pode estar relacionado ao trabalho¹⁷.

Nesse contexto, esta pesquisa tem por objetivo identificar os conhecimentos dos agentes comunitários de saúde sobre crack e outras drogas, assim como as características sociodemográficas e de saúde mental desses profissionais.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, realizado no município de Passo Fundo (PF), no norte do estado do Rio Grande do Sul (RS), localizado a 293 quilômetros de distância da capital do estado, Porto Alegre. O município de 783,42 Km² possui segundo dado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁸ do ano de 2010, uma população de 184.826 habitantes.

A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza a população de Passo Fundo cinco Centros de Atendimentos Integrados à Saúde (CAIS); dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um especializado em álcool e drogas (CAPS AD); dezesseis Ambulatórios com Programa Saúde da Família e Programas Agentes Comunitários de Saúde; vinte e três Ambulatórios de Atendimento Básico sem ACS e um Hospital Municipal. A cidade conta ainda com atendimento hospitalar pelo

SUS em outros dois hospitais gerais e um hospital psiquiátrico, e possui ainda um hospital que presta atendimento exclusivamente particular e para convênios¹⁹.

A população da pesquisa foi constituída por todos os agentes comunitários de saúde contratados no município de Passo Fundo, tendo como critério de inclusão ser vinculado à de ESF ou PACS e exclusão estar em licença-saúde no período da coleta de dados.

Para a coleta de dados, foram utilizados como instrumentos dois questionários autoaplicáveis identificados: um investigando o perfil sócio demográfico e de saúde dos ACS, e outro sobre os conhecimentos dos mesmos sobre drogadição. A coleta dos dados ocorreu em data previamente agendada com todos os ACS no auditório da Universidade de Passo Fundo, em horário de trabalho, sob orientação e supervisão da pesquisadora responsável.

Para caracterizar a população estudada foi aplicado um questionário identificado, estruturado e autoaplicado de dados sociodemográficos contendo as seguintes variáveis: renda familiar, classe social de acordo com a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP)²⁰, idade, sexo, escolaridade, estado civil, número de filhos, religião, tempo de trabalho como ACS e vínculo empregatício, participação em conselho municipal de saúde (CMS), conselho distrital de saúde (CDS) ou grupo comunitário, capacitação sobre dependência química e outros temas oferecidos pela secretaria municipal de saúde (SMS) ou outros, uso de medicamentos, presença de doenças crônicas, problemas relacionados a drogas na comunidade e na família e estado de saúde autoreferido e consumo de drogas do ACS.

Para identificação de transtornos mentais comuns (TMC) foi utilizado o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20)²¹, desenvolvido pela OMS para estudos de TMC na atenção primária e na comunidade, em países em desenvolvimento. O questionário é constituído por vinte questões sobre sintomas emocionais e físicos associados com quadros psiquiátricos, com as alternativas sim ou não para as respostas, considerando o último mês. Quando o sintoma está presente, atribui-se valor 1, e, se ausente, valor zero. O SRQ foi validado em estudos nacionais e internacionais. No Brasil, estudo da validação realizado em São Paulo estabeleceu o resultado 7-8 como ponto de corte²¹.

O questionário CAGE²² (acrônimo referente às suas quatro perguntas: *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) foi utilizado para avaliar a possibilidade de dependência ao álcool. É constituído por quatro questões: Alguma vez o (a) senhor (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?-cut down; As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?- annoyed; O (a) senhor (a) se sente chateado (a) consigo mesmo (a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?-guilty; Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?-eye-opener. No Brasil, sua validação foi feita em 1983 por Masur e Monteiro, que encontraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83%²². Os pacientes deveriam responder afirmativa ou negativamente às quatro perguntas, com cada resposta afirmativa valendo um ponto, sendo que dois pontos ou mais identificam grande possibilidade de dependência ao álcool.

Para a análise dos conhecimentos prévios do ACS acerca de drogadição, foi realizado um questionário de conhecimentos com quarenta perguntas em relação ao

crack e outras drogas. Os conhecimentos abordados foram: definições e classificação do uso de drogas; reconhecimento dos efeitos do uso e abuso de crack e outras drogas por meio de sinais e sintomas apresentados pelos usuários; critérios de risco; estágios de mudança do dependente químico e entrevista motivacional; encaminhamento para unidades de saúde e outros apoiadores; orientações ao uso de medicamentos e rotinas de acompanhamento dos pacientes e das famílias; redução de danos; opções de tratamento; instrumentos de triagem e prevenção e legislação sobre drogadição. O questionário foi desenvolvido pelos pesquisadores do estudo e pela equipe do VIVA VOZ (Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas, sediado e com coordenação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre) e adaptado pelo grupo de pesquisa para o público alvo. Não foi encontrado na literatura nenhum outro instrumento destinado a medir conhecimento sobre drogadição, por este motivo adotamos o referido questionário.

O teste piloto foi realizado com 10 agentes comunitários de saúde do município de Passo Fundo para avaliação do nível de entendimento dos questionários e adequações, sendo também aplicado a outros profissionais da ESF (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) com a finalidade de verificação do nível de dificuldade.

Após codificação, os dados foram analisados no Programa SPSS versão 18.0. As variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta e relativa e as numéricas contínuas como média \pm desvio padrão. Análise de variância foi utilizada para avaliar associações entre o número de erros, de acertos ou de respostas “não sei” com as variáveis: drogadição na família, vínculo com unidade básica de saúde (UBS)

ou ESF, uso de medicamentos antidepressivos, uso de benzodiazepínicos, doença crônica, estado civil, participação em curso de capacitação promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, participação em curso de capacitação externo, participação no Conselho Municipal de Saúde, participação no Conselho Distrital de Saúde, participação em organizações comunitárias, classe social, autopercepção de saúde e SRQ-20. Para comparações múltiplas, utilizou-se o teste de Tukey. Correlação linear de Pearson foi utilizada para avaliar associações entre o número de erros no questionário e o SRQ-20 e correlação de Spearman para verificar o número de erros e acertos, escolaridade e tempo de trabalho como ACS.

Este estudo, em observância às diretrizes da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos, obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo e aval da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo com autorização para o seu desenvolvimento e aceite do participante com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Dentre as ACS vinculadas ao município, sete (7,6%) foram excluídas por estar em licença-saúde no período da coleta de dados, sendo que o perfil dessas não difere em relação à amostra entrevistada. Houve sete recusas (8,2%), sendo que seis são de uma única unidade de saúde.

A pesquisa foi realizada com o total de 78 participantes, sendo 58 vinculados à ESF e 20 ao PACS. Todos eram do sexo feminino, com idade média de $41,1 \pm 9,6$ anos, com escolaridade predominante de ensino médio completo (57,7%), na sua

maioria casada ou morando junto com companheiro (69,2%) e com um a dois filhos (62,9%), com maior número da religião católica (65,4%). A renda familiar média relatada foi de R\$ 1814,1 ± 873,5 reais, e, de acordo com a classificação da ABEP²⁰, os entrevistados pertenciam às classes sociais C e D (98,7%), conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas das ACS de Passo Fundo/RS, 2012 (n=78).

Variável	Estatística
Escolaridade (n=77)	
<i>Ensino fundamental incompleto</i>	1 (1,3%)
<i>Ensino fundamental completo</i>	7 (9,1%)
<i>Ensino médio incompleto</i>	15 (19,5%)
<i>Ensino médio completo</i>	45 (58,4%)
<i>Ensino superior incompleto</i>	6 (7,8%)
<i>Ensino superior completo</i>	3 (3,9%)
Estado civil	
<i>Casado</i>	54 (69,3%)
<i>Separado</i>	12 (15,4%)
<i>Solteiro</i>	9 (11,5%)
<i>Viúvo</i>	3 (3,8%)
Número de filhos	
<i>0</i>	6 (7,7%)
<i>1 – 2</i>	49 (62,9%)
<i>3 ou mais</i>	23 (29,5%)
Religião	
<i>Católica</i>	51 (65,4%)
<i>Espírita</i>	2 (2,6%)
<i>Evangélica</i>	20 (25,6%)
<i>Outras religiões</i>	5 (6,4%)
<i>Extrato social</i>	
<i>C</i>	36 (46,1%)
<i>D</i>	41 (52,6%)
<i>E</i>	1 (1,3%)

Valores expressam frequência absoluta e relativa.

Quanto ao perfil de trabalho das ACS, a maioria tinha vínculo com unidade de Estratégia Saúde da Família (74,4%), o tempo de trabalho médio relatado foi de 8,2 ± 3,4 anos, sendo que a maior parte não fazia parte de conselhos de saúde do município, porém participavam de outras organizações comunitárias (53,8%) como associação de moradores, igreja local e grupos de mães e mulheres (tabela 2).

A tabela 2 também mostra que apenas 14,1% das agentes já haviam participado na vida em capacitação cujo tema central fosse drogadição, enquanto 67,7% receberam treinamentos em outras áreas específicas (sendo maior a prevalência de temas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças sexualmente transmissíveis, vacinação, aleitamento materno, entre outras). No entanto, quando interrogadas sobre a sua percepção acerca dos seus conhecimentos em drogadição, apenas 9% considerou sua formação boa ou ótima, e 98,7% referiram que uma capacitação neste tema seria importante ou muito importante.

Tabela 2. Variáveis relacionadas às características de trabalho das ACS de Passo Fundo/RS, 2012 (n=78).

Variável	Estatística	
Local de vínculo	<i>ESF</i>	58 (74,4%)
	<i>UBS</i>	20 (25,6%)
Tempo de trabalho como ACS (anos)		8,2 ±3,4
Participação no conselho de saúde	<i>Municipal</i>	6 (7,7%)
	<i>Distrital</i>	9 (11,5%)
	<i>Nenhuma participação</i>	63(80,8%)
Participação em organizações comunitárias	<i>Sim</i>	42 (53,8%)
	<i>Não</i>	36 (46,2%)
Capacitação em drogadição	<i>SMS</i>	7 (9,0%)
	<i>Externa</i>	4 (5,1%)
	<i>Nenhuma</i>	67 (85,9%)
Percepção quanto à formação em drogadição	<i>Muito ruim – ruim</i>	37 (47,4%)
	<i>Razoável</i>	34 (43,6%)
	<i>Boa – ótima</i>	7 (9,0%)
Percepção quanto à necessidade de capacitação em drogadição	<i>Desnecessária – pouco importante</i>	1 (1,3%)
	<i>Neutra</i>	0
	<i>Importante – muito importante</i>	77 (98,7%)

Valores expressam frequência absoluta e relativa ou média ± desvio padrão.

ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; ACS: Agente Comunitário de Saúde; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

A tabela 3 mostra dados sobre a situação de saúde em que as profissionais se encontram. Quase a metade das ACS referiu ser sedentária ou com prática leve de

atividade física, 11,5% eram tabagistas, 93,6% não apresentaram possibilidade de dependência ao álcool, 51,3% relataram ser portadoras de alguma doença crônica (hipertensão arterial sistêmica, depressão, ansiedade, lombalgia e diabetes mellitus, em frequência decrescente).

No autorrelato da própria percepção de saúde, a maioria considera que está em bom ou ótimo estado de saúde (69,2%), mas encontrou-se 29,5% delas com SRQ elevado, evidenciando possibilidade de transtornos mentais comuns. O escore médio na escala SRQ-20 foi $4,8 \pm 3,9$ e observaram-se escores ≥ 7 em 23 (29,5%) e ≥ 8 em 15 (19,2%). Em relação ao uso de medicamentos controlados, 25,6% relatam fazer uso de antidepressivos e 16,7% de benzodiazepínicos, com tempo de uso de $3,2 \pm 2,4$ e $1,7 \pm 1,6$ anos, respectivamente (tabela 3).

Evidenciou-se associação estatisticamente significativa entre autopercepção de saúde e SRQ-20 ($F=6,48$, $df=3$, $p=0,001$). Observou-se que os indivíduos com autopercepção de saúde razoável apresentavam escores SRQ-20 significativamente maiores do que aqueles com autopercepção boa (diferença média $3,7 \pm 0,9$, $p<0,001$) e ruim (diferença média $5,1 \pm 1,7$, $p=0,012$). Não se observou diferença estatisticamente significativa quanto ao SRQ-20 entre os indivíduos com autopercepção de saúde boa e ótima (diferença média $1,4 \pm 1,6$, $p=0,666$).

Tabela 3. Variáveis sobre a saúde pessoal das ACS de Passo Fundo/RS, 2012 (n=78)

Variável	Estatística
Atividade física	
<i>Sedentário</i>	25 (32,1%)
<i>Leve</i>	19 (24,4%)
<i>Moderada</i>	24 (30,8%)
<i>Intensa</i>	10 (12,8%)
Tabagismo	
<i>Não</i>	53 (67,9%)
<i>Pregresso</i>	16 (20,5%)
<i>Atual</i>	9 (11,5%)
<i>Idade do Início do tabagismo (n=15)</i>	14,5 ± 3,8
<i>Cigarros/dia*</i>	8,9 ± 5,6
<i>Tentativa de cessação*</i>	8 (88,9%)
CAGE (n=77)	
<i>0</i>	73 (94,8%)
<i>1</i>	2 (2,6%)
<i>2</i>	2 (2,6%)
Doença crônica referida	40 (51,3%)
<i>DM</i>	8 (10,3%)
<i>HAS</i>	22 (28,2%)
<i>Dislipidemia</i>	8 (10,2%)
<i>Depressão</i>	14 (17,9%)
<i>Ansiedade</i>	12 (15,4%)
<i>Convulsão</i>	1 (1,3%)
<i>Hipotireoidismo</i>	1 (1,3%)
<i>Lombalgia</i>	8 (10,3%)
<i>Gastrite</i>	5 (6,4%)
<i>Outro</i>	4 (5,1%)
Autopercepção de saúde	
<i>Muito ruim – ruim</i>	1 (1,3%)
<i>Razoável</i>	23 (29,5%)
<i>Boa – ótima</i>	54 (69,2%)
SRQ-20	4,8 ± 3,9
<i>≥7</i>	23 (29,5%)
<i>≥8</i>	15 (19,2%)
Uso de antidepressivo	20 (25,6%)
Tempo de uso de antidepressivo em anos (n= 19)	3,2 ± 2,4
Uso de Benzodiazepínico	13 (16,7%)
Tempo de uso de BZD em anos (n= 12)	1,7 ± 1,6

Valores expressam frequência absoluta e relativa ou média ± desvio padrão

CAGE: possibilidade de dependência ao álcool; BZD: benzodiazepínico.

**: apenas fumantes atuais*

A tabela 4 evidencia que 46 ACS (59,0%) têm familiares que consomem drogas e 77 (98,7%) atendem, na sua comunidade, indivíduos que consomem drogas. As substâncias mais utilizadas, segundo as agentes, são as drogas lícitas (álcool e tabaco), e, dentre as ilícitas, crack e maconha, seguidas por cocaína, inalantes,

anfetamina e heroína. Em relação ao consumo próprio de drogas, as ACS afirmam fazer uso de cigarros e álcool (7,7% e 3,8%, respectivamente).

Tabela 4. Consumo de substâncias psicoativas das ACS de Passo Fundo/RS, 2012.

	Grupo		
	Familiar (n=78)	Comunidade (n=78)	ACS (n=77)
Consumo de drogas	46 (59,0%)	77 (98,7%)	9 (11,5%)
Álcool	32 (41,0%)	73 (93,6%)	3 (3,8%)
Cigarro	35 (44,9%)	71 (91,0%)	6 (7,7%)
Cocaína	2 (2,6%)	32 (41,0%)	—
Crack	14 (17,9%)	64 (82,1%)	—
Inalante	—	8 (10,3%)	—
Anfetamina	—	2 (2,6%)	—
Heroína	—	1 (1,3%)	—
Maconha	7 (9,0%)	49 (62,8%)	—
Êxtase	—	—	—
LSD	—	—	—

Valores expressam frequência absoluta e relativa.

Quanto ao questionário de conhecimentos prévios das ACS sobre crack e outras drogas, contendo 40 questões, a média de acertos foi 34,5%, com número médio de respostas corretas de $13,7 \pm 4,1$. O número médio de erros foi $17,1 \pm 5,7$ e o número médio de respostas “não sei responder” foi $9,2 \pm 6,7$. As correlações do número de acertos com as outras variáveis analisadas estão descritas na tabela 5.

Em relação ao número de acertos para conteúdos específicos sobre crack e outras drogas no questionário identificou-se a média de 30,1% em definições e classificação do uso de drogas; 22,2% em reconhecimento dos efeitos do uso e abuso de crack e outras drogas por meio de sinais e sintomas apresentados pelos usuários; 14,5% em estágios de mudança do dependente químico e entrevista motivacional; 26,4% em encaminhamento para unidades de saúde e outros apoiadores; 28,2% em redução de danos; 20,5% em opções de tratamento; 6,4% em instrumentos de triagem e prevenção e 23,08% em legislação sobre drogadição.

Observou-se associação estatisticamente significativa entre escolaridade e número de acertos ($r_s=0,31$, $p=0,007$). Não se encontrou diferença estatística com relação ao estado civil ($p = 0,783$), classe econômica ($F=1,0$, $gl=3$, $p=0,396$) e idade ($r=-0,02$, $p=0,886$) em relação ao número de acertos.

O número médio de respostas corretas entre as agentes vinculadas à UBS foi $13,5 \pm 3,7$ e entre aquelas vinculadas a ESF foi $13,7 \pm 4,3$, $p=0,788$. Não se observou associação estatisticamente significativa entre o tempo de trabalho como ACS e o número de acertos ($r_s= -0,15$, $p=0,182$). As participantes que integram conselhos de saúde e outras participações comunitárias não apresentaram diferença importante no número de acertos. As que participaram de capacitações em drogadição (da secretaria ou externas) não obtiveram resultados estatisticamente significativos entre elas ($p= 0,874$ e $0,149$).

As agentes que referiram ser portadoras de doenças crônicas tiveram semelhante número de acertos comparado com as que se definiram como hígdas ($p=0,223$). Não houve associação estatisticamente significativa entre o SRQ-20 e o número de acertos ($r=0,03$, $p=0,772$), tampouco entre o número de acertos e o uso de medicamento antidepressivo ($p=0,507$) e benzodiazepínico ($p= 0,284$).

Não se observou associação estatisticamente significativa entre o número de acertos e drogadição na família do ACS. Aqueles que relataram drogadição na família acertaram em média $14,1 \pm 3,6$ questões, enquanto que, entre aqueles que negaram, o número médio de acertos foi $13,0 \pm 4,8$, $p=0,260$.

Tabela 5. Associação entre número de acertos e demais variáveis das ACS de Passo Fundo/RS, 2012.

Variável	Número de acertos	P
Escolaridade		P=0,006
<i>E. fundamental/médio inc.</i>	11,6±3,9	
<i>Ensino médio completo</i>	14,8± 3,4	
<i>Ensino superior</i>	16,8± 3,1	
Classe social (APEB)		P=0,507
<i>C1 (n=13)</i>	15,1 ± 4,7	
<i>C2(n=23)</i>	12,8 ± 5,0	
<i>D (n=41)</i>	13,8 ± 3,4	
<i>E (n=1)</i>	11,0	
Estado Civil		P= 0,783
<i>Solteira (n=9)</i>	14,3 ± 4,2	
<i>Casada (n=54)</i>	13,8 ± 4,4	
<i>Separada (n=12)</i>	12,8 ± 3,2	
<i>Viúva (n=3)</i>	12,3 ± 1,5	
Vínculo		P=0,788
<i>UBS</i>	13,5 ± 3,7	
<i>ESF</i>	13,7 ± 4,3	
Participação no CMS		P=0,603
<i>Não (n=71)</i>	13,8 ± 4,1	
<i>Sim (n=6)</i>	12,8 ± 5,4	
Participação no CDS		P=0,268
<i>Não (n=69)</i>	13,5 ± 4,1	
<i>Sim (n=9)</i>	15,1 ±4,5	
Participação em organizações comunitárias		P=0,445
<i>Não (n=36)</i>	13,3 ±4,0	
<i>Sim (n=42)</i>	14,0 ± 4,3	
Capacitação SMS		P=0,874
<i>Não (n=71)</i>	13,7 ± 4,0	
<i>Sim (n=7)</i>	13,4 ± 5,9	
Capacitação externa		P=0,149
<i>Não (n=74)</i>	13,8 ± 4,0	
<i>Sim (n=4)</i>	10,8 ± 4,7	
Doença crônica		P=0,223
<i>Não (n=38)</i>	13,1 ± 4,3	
<i>Sim (n=40)</i>	14,2 ± 4,0	
Uso de antidepressivo		P=0,507
<i>Não (n=58)</i>	13,5 ± 4,3	
<i>Sim (n=20)</i>	14,2 ± 3,8	
Uso de benzodiazepínico		P=0,284
<i>Não (n=65)</i>	13,9 ± 4,3	
<i>Sim (n=13)</i>	12,5 ± 3,1	
Drogadição na família		P=0,260
<i>Não</i>	13,0 ± 4,8	
<i>Sim</i>	14,1 ± 3,6	

Valores expressam frequência absoluta e relativa ou média ± desvio padrão.

Discussão

O perfil dos ACS foi composto por mulheres em sua totalidade, resultado que vai ao encontro da maioria das publicações, onde as mulheres tem predominância na função de ACS e na prestação de cuidados no Brasil. Ainda, essas se encontram em maior parte casadas, sendo adultas jovens, com escolaridade média a baixa e renda familiar, semelhante ao encontrado em outros estudos que avaliaram ACS^{9, 10, 11, 12, 13, 14, 15}.

A grande maioria das ACS nunca havia realizado capacitação sobre substâncias psicoativas, fato que pode estar relacionado com o mau desempenho no teste de conhecimentos. Aquelas com maior escolaridade obtiveram maior número de acertos acerca da drogadição. A dependência química tem tido crescimento alarmante no Brasil e no mundo, e mesmo com prevalência menor do que algumas doenças crônicas têm causado prejuízos sociais, financeiros e humanos imensuráveis^{1,4}. Formação para agentes de saúde em áreas específicas da saúde mental como redução de danos¹² e intervenção breve¹³ demonstrou que o ACS tem bom aprendizado se submetida à atualização adequada.

As ACS de Passo Fundo têm elevado contato com usuários de drogas e enfrentam na sua prática, diariamente, problemas relacionados à dependência, onde mais da metade tem familiares envolvidos, e quase a totalidade tem na sua área de abrangência algum caso. Para enfrentar essa realidade, uma minoria considerou que possui conhecimentos sobre o assunto. Essa percepção foi confirmada com teste de análise de conhecimentos específicos, com resposta correta em apenas um terço das questões. Estudo sobre conhecimento dos ACS moradores de Marília/São Paulo

sobre envelhecimento relatou um baixo índice de capacitação no assunto, e no teste de conhecimentos obteve 40% de média de acertos²³, porcentagem semelhante de acertos na investigação de conhecimentos em drogadição apresentada no estudo. Bom resultado em capacitação para ACS também foi relatado em estudo sobre intervenção educativa em aleitamento materno, onde houve aumento do escore médio de conhecimentos classificados como bons após formação específica no assunto²⁴.

As pesquisas já realizadas evidenciam que o tema drogadição ainda tem um estigma entre os profissionais da saúde, incluindo os ACS, com sentimentos de preconceito em relação aos usuários^{9, 10,11}. O maior conhecimento sobre o assunto mostra-se urgente no momento em que esses profissionais estão inseridos em ambiente de trabalho com elevada prevalência de pacientes e familiares com problemas relacionados à dependência química.

Um elevado consumo de tabaco e pequena possibilidade de dependência ao álcool foram encontrados entre as ACS. Metade das profissionais apresentou no momento do estudo alguma doença crônica, um quarto estava utilizando antidepressivos e um quinto benzodiazepínico. Esse resultado revela que as próprias profissionais estão em sofrimento mental e com saúde fragilizada, necessitando de maior cuidado. Além de maior atenção aos profissionais, melhorar o conhecimento sobre o tema em questão pode diminuir o sofrimento no trabalho, oferecendo ao ACS maior autonomia e confiança¹².

No estudo metade das ACS referiu ser sedentária ou praticar com atividade física leve. Pesquisa divulgada em 2009²⁵ analisando a prevalência de sedentarismo em profissionais da saúde evidenciou sedentarismo em 26,4% nas profissionais da

saúde do sexo feminino, sendo 14,9% nas ACS, por meio da aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes no Estado do Rio Grande do Sul. Nesse sentido, urge a necessidade de estratégias para estimular os profissionais de saúde a praticar mais atividade física, proporcionando melhora da qualidade de vida do ACS e de toda a equipe de saúde.

Quanto à análise de transtornos mentais comuns com o SRQ, 29,5% das profissionais apresentaram escore sugestivo de transtornos mentais comuns, resultado com associação estatisticamente significativa comparado com a própria autopercepção de saúde, onde as mesmas apresentam resultado de teste compatível com o que percebem sobre a sua saúde. Da Silva¹⁶ também aplicou o SRQ-20, mesmo instrumento utilizado no presente estudo, e encontrou em agentes de saúde de São Paulo prevalência de casos de transtornos mentais comuns de 43,3%, valor mais elevado do que em Passo Fundo. No entanto, as diferenças regionais e de estilos de vida precisam ser consideradas.

Investigação com outro instrumento para pesquisar ansiedade foi realizada por Resende em Uberlândia¹⁵, e demonstrou que a maioria dos ACS apresenta grau de ansiedade moderado e uma parcela, grave. Destaca-se que instrumentos diferentes encontram resultados semelhantes na detecção de sofrimento mental do trabalhador da saúde.

Os ACS atuam frequentemente em condições adversas, residindo no seu local de atuação laboral, com contato permanente com o foco do seu trabalho, geralmente em áreas com elevada frequência de uso de drogas, baixo poder aquisitivo e poucos recursos sociais. Para melhor enfrentamento dessa realidade, faz-se necessária

formação adequada, considerando os conhecimentos populares dos ACS, com especial atenção ao trabalhador, constituindo redes de apoio social e em saúde.

O presente estudo não avaliou os conhecimentos de todos os profissionais da equipe, mas sim daquele com menor escolaridade e que convive diariamente com os pacientes nos seus domicílios, sem ter um curso técnico de formação para sua atividade profissional, e sem respaldo de um conselho de ética que regimente a sua atuação.

Aquelas ACS em afastamento do trabalho por motivo de licença saúde podem estar afastadas por TMC ou outras causas de doenças agudas ou crônicas, que não foram avaliadas no estudo. De acordo com a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, os afastamentos são por transtornos depressivos. Os ACS que recusaram participar do estudo podem ter perfil sócio demográfico, de saúde e conhecimentos diferentes dos participantes.

A identificação dos questionários pode ser uma limitação do estudo, pois pode restringir o grau de informação, principalmente em relação aos problemas de saúde pessoais e uso de drogas.

Considerações finais

Existe uma lacuna na formação dos ACS, neste estudo evidenciada com a temática crack e outras drogas. O conhecimento que as ACS têm sobre o assunto mostrou-se pobre e focado em percepções gerais, sem instrumentalização técnica. Esse resultado é inquietante, pois quem atua diariamente na linha de frente tem pouco conhecimento. Evidencia-se assim a necessidade de um programa de educação permanente que inclua o tema da drogadição, e garantia de atendimento nas unidades

de saúde para os pacientes encaminhados pelos ACS.

A elevada prevalência de transtornos mentais do profissional da saúde traz para a discussão um tema preocupante que necessita ações urgentes, pois o cuidador precisa estar em bom estado de saúde para prestar um cuidado eficaz.

O estudo fornece informações importantes para o planejamento de ações de educação continuada e evidencia a necessidade de intensificar o processo educativo entre as ACS. Profissionais capacitadas podem produzir como resultado melhoria na qualidade da atenção prestada à população, com conseqüente impacto sobre morbimortalidade, prevenção e tratamento do uso de drogas.

Referências bibliográficas

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório de Saúde mental e desenvolvimento. 2010. SAÚDE MENTAL E DESENVOLVIMENTO. Um problema emergente: Integração Mental. 2011. *Organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Departamento das Nações Unidas de Assuntos Econômicos e Sociais (UN DESA).*
2. Brasil, Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) Portaria nº. 648/GM.
4. Brasil, Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009.
5. Pulcherio G, Stolf AR, Pettenon M, Fenstrseifer DP, Kessler, F. Crack-da pedra ao tratamento. Rev AMRIGS 2010; 54 (3): 337-343.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p. – (Série A. Normas e materiais Técnicos).

7. Andrade, TM. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 16 (12): 4665-4674.
8. Mângia EF, Barros JO. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2009, 20(2): 85-91.
9. Oliveira JF, McCallum CA, Costa COG. Representações sociais dos agentes comunitários de saúde acerca do consumo de drogas. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44 (3):611-8.
10. De Medeiros JS. Representações sociais dos profissionais do programa Saúde da Família sobre o uso de drogas psicoativas no município de Fortaleza. Dissertação de mestrado da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.
11. Barros MA, Pillon SC. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. *Rev Esc Anna Nery Ver Enfermagem* 2007; 11 (4): 655-62.
12. Nardi HC, Kroeff LR, Rigoni RQ. Sensibilização e Capacitação em Redução de Danos: Considerações dos Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Psicologia e Saude* 2010; 2(2): 21-30.
13. Silva CJ. Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária a saúde. Tese de doutorado. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/UNIFESP, 2005.
14. Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of Community Health Workers in Brazil: A Systematic Review *J Ambulatory Care Manage* 2011; 34 (4): 326–338.
15. Resende MC, Azevedo RGS, Lourenço LR, Faria LS, Alves NF, Farina NP, da Silva NC, Oliveira SL. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16 (4): 2115-2121. ISSN 1413-8123.
16. Da Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saude Publica* 2008; 42 (5): 921-9.
17. Camelo SHH, Galon T, Marziale MHP. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. *Rev enferm UERJ* 2012 dez; 20(esp1):661-7.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.html>. Acesso em: 8 Mai. 2012.

19. Prefeitura Municipal de Passo Fundo
Disponível em: <http://www.pmpf.rs.gov.br/secao.php?p=172&a=2&pm=1212>.
Acesso em: 9 Mai. 2012.
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Disponível em: www.abep.org - abep@abep.org. Acesso em 10/08/2012.
21. *Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F.* Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, 2008; 24(2):380-390.
22. Masur, J. & Monteiro, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry Inpatient Hospital Setting. *J. Biol. Res.* 1983, 16: 215-8.
Disponível em
<http://europepmc.org/abstract/MED/6652293/reload=0;jsessionid=TI4YemOonpslTaMoNg1q.16>.
23. Ferreira VM, Ruiz T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. *Rev saude publica* 2012; 46 (5): 843-49.
24. Machado MCHS, Oliveira JS, Parada CMGL, Venâncio SI, Tonete VLP, Carvalhaes MABL. Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigido às agentes comunitárias de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* Recife 2010; 10 (4): 459-468.
25. Siqueira FCV, Nahas MV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, da Silveira DS, Hallal PC. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009; 25(9):1917-1928.

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desses resultados, pretende-se elaborar um curso de capacitação em crack e outras drogas baseado no conhecimento prévio das ACS sobre o tema e nas necessidades encontradas em sua prática diária. Após a capacitação, será aplicado o mesmo teste aplicado inicialmente, a fim de quantificar a aprendizagem.

Ainda, a promoção à saúde do trabalhador será proposta para a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, visando trabalhadores em bom estado de saúde, aptos para o trabalho e capazes de realizar um serviço para a população mais eficaz.

8. ANEXOS

- I. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa
- II. Emenda ao protocolo de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
- III. Autorização da Secretaria Municipal de Saúde
- IV. Questionário de coleta de dados
- V. Questionário de conhecimentos sobre crack e outras drogas
- VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**ANEXO I: APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO**



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 177/2012

O Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, em reunião no dia 27/06/12, analisou o protocolo de pesquisa “Efeito de uma intervenção educativa sobre crack e outras drogas na aquisição de conhecimentos e habilidades por agentes comunitários de saúde”, n. 090/2012, da pesquisadora **Analine Fernandes**.

A pesquisa tem como objetivo identificar o efeito de uma intervenção educativa sobre crack e outras drogas na aquisição de conhecimentos e habilidades por Agentes Comunitários de Saúde ACS.

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, com uma amostra de 92 agentes de saúde de Passo Fundo, em forma de um questionário identificado, estruturado e autoaplicável com dados demográficos e epidemiológicos dos ACS, com 20 questões, e um questionário sobre o conhecimento do crack e de outras drogas, com 17 questões. Posterior a essa etapa, receberão um curso de 60h sobre crack e outras drogas, no horário de trabalho, e por fim, responderão novamente, a perguntas relativas a essa temática. Esses procedimentos terão início em 2012 e ocorrerão até março de 2013. Os dados serão analisados estatisticamente. Os resultados obtidos poderão aumentar os conhecimentos dos agentes de saúde e, assim, melhor prepará-los para enfrentar as dificuldades relacionadas com drogadição.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos éticos e metodológicos.

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

A pesquisadora deverá apresentar relatório a este CEP ao final do estudo.

Situação: PROTOCOLO APROVADO

Passo Fundo, 28 de junho de 2012.

Nadir Antonio Pichler

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO II: APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EMENDA AO PROTOCOLO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
www.upf.br/cep

PARECER N. 220/2012

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF aprovou a emenda ao protocolo de pesquisa intitulado “Efeito de uma intervenção educativa sobre o crack e outras drogas na aquisição de conhecimentos e habilidades por agentes comunitários de saúde”, parecer n. 090/2012, de responsabilidade do (a) pesquisador (a), Analise Fernandes, referente ao (s) seguinte (s) documento (s): Alteração no questionário de dados demográficos e epidemiológicos para agentes comunitários de saúde e no Termo de consentimento livre e esclarecido.

Trata-se de documentação sobre atualizações de estudos.

SITUAÇÃO: DOCUMENTAÇÃO APROVADA

Passo Fundo, 03 de dezembro de 2012.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nadir Antonio Pichler'.

Nadir Antonio Pichler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO III: AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Passo Fundo, 05 de Junho de 2012.

A Secretaria Municipal de Saúde é favorável a realização da pesquisa **“Efeito de uma intervenção educativa sobre crack e outras drogas na aquisição de conhecimento e habilidades por agentes comunitários de saúde”** no município de Passo Fundo, após aprovação do Comitê De Ética Em Pesquisa.

Atenciosamente.



Jairo José Caovilla
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO IV: QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

NOME: _____ DATA: ____ / ____ / 2012

EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE CRACK E OUTRAS DROGAS NA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

1. Qual o valor da sua renda familiar, em número de salários mínimos? _____

1.1 Assinale com um X as alternativas abaixo quanto aos itens que você tem no domicílio e o número:

Posse de itens:	NÃO TEM 0	TEM 1	TEM 2	TEM 3	TEM 4 OU MAIS
Dormitório/quarto					
Banheiro					
Televisor a cores					
Carro					
Rádio					
Geladeira					
Freezer					
Videocassete/DVD					
Máquinas de lavar roupas					
Forno Microondas					
Linha telefônica					
Microcomputador					
Ar condicionado					
Empregada mensalista					

1.2 Qual o grau de instrução do chefe da sua família (responsável principal, quem você considera como o chefe da família):

- () Analfabeto
- () Primeiro grau incompleto (4a. Série Fundamental) 4 a 7 anos
- () Primeiro grau completo (Fundamental completo) 8 a 10 anos
- () Segundo grau incompleto

- Segundo grau completo (Médio completo) 11 anos ou mais
 Nível superior incompleto
 Nível superior completo

2. Qual a sua idade? _____ anos de idade

3. Qual o seu sexo?

- feminino masculino

4. Qual a sua escolaridade?

- Primeiro grau incompleto (4a. Série Fundamental) 4 a 7 anos
 Primeiro grau completo (Fundamental completo) 8 a 10 anos
 Segundo grau incompleto
 Segundo grau completo (Médio completo) 11 anos ou mais
 Nível superior incompleto
 Nível superior completo

5. Qual o seu estado civil?

- casado/mora junto separado solteiro viúvo

6. Quantos filhos você tem? _____ filhos

7. Qual a sua religião?

- católica espírita evangélica protestante
 outras, qual? _____

8. Há quanto tempo você trabalha como agente comunitário de saúde? _____ anos

9. Você trabalha vinculado à qual tipo de unidade?

- Estratégia Saúde da Família Unidade Básica de Saúde (PACS)

10. Você toma remédios antidepressivos (para depressão)?

- não sim. Há quanto tempo, em meses ou anos? _____

11. Você toma remédios sedativos/benzodiazepínicos (para dormir, tranquilizante)?

- não sim. Há quanto tempo, em meses ou anos? _____

12. Você já teve diagnóstico médico de alguma doença que requer uso de medicação contínua?

- não sim, assinale abaixo uma ou mais doenças:

- Diabetes Hipertensão Colesterol alto Triglicéridio alto
 Depressão Ansiedade Convulsão Hipotireoidismo
 Dor nas costas Gastrite Enfisema pulmonar
 Outro Qual? _____

13. Você participa do conselho municipal de saúde de Passo Fundo?

- não sim

14. Você participa do conselho distrital de saúde?

não sim

15. Você participa de alguma outra organização comunitária?

não sim

associação de moradores igreja grupo de mães grupo de mulheres

Outra Qual? _____

16. Você já realizou algum curso de capacitação sobre crack e outras drogas como agente comunitário de saúde, oferecido no seu trabalho pela secretaria de saúde?

não sim

17. Você já realizou algum curso de capacitação sobre crack e outras drogas procurado fora do seu local de trabalho?

não sim

18. Você já realizou, como agente comunitário de saúde, algum curso de capacitação oferecido no seu trabalho pela secretaria de saúde, sem contar o assunto de crack e outras drogas?

não sim. Sobre o que? _____

19. Como agente comunitário de saúde, você tem na sua comunidade pessoas com problema relacionado ao uso de crack e outras drogas?

não sim, com qual droga: pode assinalar mais do que uma opção

álcool cigarro cocaína crack inalantes anfetaminas

heroína maconha êxtase LSD Outras, qual

20. Você tem na sua família pessoas com problema relacionado ao uso de crack e outras drogas?

não sim, com qual droga: pode assinalar mais do que uma opção

álcool cigarro cocaína crack inalantes anfetaminas

heroína maconha êxtase LSD Outras, qual

Qual o grau de parentesco? Pode assinalar mais do que uma opção

pai mãe irmão irmã esposo esposa

filho filha sobrinho ou sobrinha tio ou tia

Outros, qual _____

21. Como agente comunitário de saúde, como você considera a sua formação para atuar frente a paciente com uso de crack e outras drogas?

muito ruim ruim razoável boa ótima

22. Como agente comunitário de saúde, como você considera necessária a capacitação sobre o tema de crack e outras drogas?

desnecessária pouco importante neutra (não interfere)

importante muito importante

23. Sobre o seu grau de atividade física, fora o tempo de visitas domiciliares, você considera que seu tipo de atividade física é:

nenhum - sedentário leve moderado intenso

24. Em geral, você diria que a sua saúde é:

muito ruim ruim razoável boa ótima

25. Quanto ao consumo de tabaco (cigarro), você:

nunca fumou é ex-fumante é fumante

Se é fumante, qual o número de cigarros que fuma por dia? _____

Com que idade começou a fumar? _____

Já tentou parar de fumar? não sim

26. Quanto ao consumo de álcool:

Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

não sim

As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

não sim

Você se sente culpado pela maneira com que costuma beber?

não sim

Você costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou ressaca?

não sim

27. Quanto ao consumo de crack e outras drogas, você:

nunca usou já fez uso e parou faz uso

Se faz uso, qual a droga?

álcool cigarro cocaína crack inalantes anfetaminas

heroína maconha êxtase LSD Outras, qual

Com que idade começou a usar? _____

Já tentou parar de usar? não sim

28. Em relação à sua saúde, responda sim ou não:

1. Tem dores de cabeça freqüentes? não sim

2. Tem falta de apetite? não sim

3. Dorme mal? não sim

4. Assusta-se com facilidade? não sim

5. Tem tremores de mão? não sim

6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? não sim

7. Tem má digestão? não sim

8. Tem dificuldade para pensar com clareza? não sim

9. Tem se sentido triste ultimamente? não sim

10. Tem chorado mais do que de costume? não sim

11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? () não () sim
12. Tem dificuldades para tomar decisões? () não () sim
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)? () não () sim
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? () não () sim
15. Tem perdido o interesse pelas coisas? () não () sim
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo? () não () sim
17. Tem tido idéias de acabar com a vida? () não () sim
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo? () não () sim
19. Tem sensações desagradáveis no estômago? () não () sim
20. Cansa-se com facilidade? () não () sim

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

**ANEXO V: QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS PRÉVIOS SOBRE
CRACK E OUTRAS DROGAS**

**QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS PRÉVIOS SOBRE CRACK
E OUTRAS DROGAS**

NOME: _____ **DATA:** ____ / ____ / 2012

**EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE CRACK E
OUTRAS DROGAS NA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E
HABILIDADES POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

ORIENTAÇÕES:

- Não serão permitidas consultas a materiais, uso de telefone celular ou outros aparelhos eletrônicos durante a prova, pois é de realização individual.
- Assinale a alternativa que julgar correta (A, B, C ou D, se não souber a resposta assinale a letra E), usando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
- Para cada questão, existe apenas 1 (uma) resposta certa.
- Todas as questões deverão ser respondidas, revise para não deixar nenhuma sem resposta.

1. Dentre as alternativas abaixo, qual a que representa a melhor definição da expressão “droga de abuso”.

- A) Todas as substâncias que agem no cérebro, modificando sua função
- B) Todas as substâncias cujo uso é proibido por lei, isto é, são ilegais
- C) Qualquer substância não prescrita por médico
- D) Qualquer substância psicoativa que seja utilizada primariamente por seus efeitos prazerosos
- E) Não sei responder.

2. A frequência do uso de drogas pode ser classificada, segundo a Organização Mundial da Saúde, em uso:

I.Frequente - quando o indivíduo relata que usou mais de seis vezes nos últimos 30 dias

II.Na vida - quando o indivíduo relata que utilizou a droga uma vez no último ano

III.Recente - quando o indivíduo confirma que utilizou no último mês

IV.Diário – quando usa todo dia

As alternativas que apresentam a classificação, muito usada em estudos epidemiológicos, são:

- A) I, II e III
- B) II, III e IV
- C) I, e II
- D) I, II, III e IV
- E) Não sei responder.

3. A dependência a uma droga é definida de acordo com alguns comportamentos observados no usuário, tais como:

- I. Sente forte desejo de usar a substância e não consegue parar de usar mesmo sabendo que a droga pode fazer mal a sua saúde
- II. Percebe que precisa usar quantidades menores da substância para sentir o mesmo efeito das primeiras vezes
- III. Embora nunca falte ao trabalho, afasta-se da família e amigos não usuários
- IV. Perde muito tempo para “conseguir” a droga e muitas vezes a usa para aliviar os sintomas de abstinência

São corretas as alternativas:

- A) I, II e IV
- B) II e III
- C) I e IV
- D) I, II, III e IV
- E) Não sei responder

4. Denomina-se tolerância o fato de:

- A) O efeito de uma droga aumentar com o uso crônico
- B) Uma droga administrada repetidamente não provoca mais o mesmo efeito ou precisa aumentar a dose para ter a mesma sensação
- C) Com o uso crônico, a pessoa apresenta sintomas de abstinência na retirada da droga.
- D) Sentir o desejo incontrolável de consumir drogas que invade seus pensamentos, alterando o comportamento e sensações físicas
- E) Não sei responder

5. Os benzodiazepínicos são drogas que têm potencial uso abusivo. São medicações que só podem ser usadas com prescrição médica em receituário especializado, de acordo com a alternativa abaixo:

- A) Receituário azul com retenção na farmácia
- B) Receituário amarelo com retenção na farmácia
- C) Receituário branco em duas vias com retenção na farmácia
- D) Receituário comum com retenção na farmácia
- E) Não sei responder

6. Considerando os motivos pelos quais as pessoas abusam do álcool e outras drogas, qual afirmativa é incorreta:

- A) Para sentirem-se mais relaxadas
- B) Por falta de caráter
- C) Porque a dependência de drogas é uma doença
- D) Para conseguirem ficar mais tempo estudando
- E) Não sei responder

7. Em relação aos efeitos do álcool, é correto afirmar que:

- A) O uso do álcool causa desinibição, euforia e sensação de bem-estar, independentemente da dose utilizada
- B) Por ser uma droga estimulante do SNC, o álcool pode ser usado junto com medicamentos calmantes

- C) Em doses elevadas, o álcool produz irritação, sonolência, ataxia (perda de equilíbrio), tontura, podendo chegar até a perda da consciência
- D) O uso do álcool produz dependência, mas não causa tolerância
- E) Não sei responder

8. Qual dos componentes abaixo, presentes no tabaco, é responsável pela diminuição da oxigenação dos órgãos?

- A) Nicotina
- B) CO₂ (gás carbônico)
- C) Alcatrão
- D) Filtro
- E) Não sei responder

9. Considere as afirmativas abaixo relativas ao cigarro:

- I. Enquanto a nicotina é responsável pelos efeitos agradáveis e dependência ao cigarro, o alcatrão apresenta efeito cancerígeno
 - II. O efeito do cigarro no cérebro começa muito rapidamente, diminuindo a atenção, a concentração e a memória do usuário
 - III. A síndrome de abstinência à nicotina acontece apenas após alguns dias da interrupção do uso do cigarro
 - IV. A convivência com fumantes faz com que se absorva parte da fumaça exalada por estes, produzindo no fumante passivo problemas respiratórios
- Quais alternativas são corretas?

- A) I e IV
- B) I, II e IV
- C) II, III e IV
- D) I, II, III e IV
- E) Não sei responder

10. O hábito de fumar pode ser induzido por estímulos externos. Qual alternativa abaixo não apresenta estímulos que podem induzir ao hábito?

- A) Venda proibida para menores de 18 anos
- B) Propaganda associando o fumo a esportes
- C) Amigos fumantes
- D) Pais fumantes
- E) Não sei responder

11. O que é correto afirmar sobre o uso dos inalantes

- A) Não ocorre dependência física com o uso prolongado de inalantes, pois seu efeito é fugaz
- B) O melhor tratamento ao encontrarmos alguém intoxicado é administrar um medicamento estimulante, uma vez que os inalantes são depressores do sistema nervoso central
- C) Embora a acetona seja solvente de esmalte, não é utilizado como inalante
- D) Sintomas como ansiedade, depressão, perda do apetite, irritabilidade, tonturas, tremores e náuseas podem ocorrer com a interrupção do uso
- E) Não sei responder

12. Escolha a sentença que melhor representa os sintomas causados pelo uso crônico dos inalantes

- A) Problemas cutâneos (na pele), ardência ocular (nos olhos), sede
- B) Aumento de apetite, agitação, prurido (coceira)
- C) Diminuição do volume urinário, sonolência, alucinação
- D) Irritação das mucosas, problemas respiratórios, lesão hepática (problemas no fígado)
- E) Não sei responder

13. É correto afirmar que o uso da maconha pode ocasionar:

- I. Aumento de risco de acidentes de trânsito
 - II. Diminuição da imunidade e, conseqüentemente, aumento na chance de infecções
 - III. Aumento na concentração, fazendo com que a pessoa consiga executar tarefas múltiplas
 - IV. Pode haver prejuízos no feto, se utilizado durante o período de gestação
- A) I, II e IV
 - B) II e III
 - C) II, III e IV
 - D) I, II, III e IV
 - E) Não sei responder

14. Qual das alternativas abaixo melhor representa a situação que poderá ocasionar dependência à maconha.

- A) Uso repetido em curto espaço de tempo (semanas)
- B) Uso esporádico (de vez em quando), em curto espaço de tempo (meses)
- C) Uso repetido por um longo período (anos)
- D) Uso esporádico (de vez em quando), por um longo período (anos)
- E) Não sei responder

15. Quais as formas em que a maconha é mais comumente utilizada?

- A) Injetada / ingerida
- B) Fumada / injetada
- C) Aspirada / injetada
- D) Fumada / ingerida
- E) Não sei responder

16. Considere as afirmações abaixo relativas ao uso de cocaína:

- I. Os efeitos da cocaína incluem euforia, agitação, autoconfiança, aceleração do coração e dilatação das pupilas
 - II. O uso continuado pode ocasionar o aparecimento de efeitos diferentes daqueles derivados do uso eventual
 - III. Doses elevadas podem levar o indivíduo a óbito por aumento da pressão arterial
 - IV. A via de administração (aspirada, injetada, mascarada), não interfere nos efeitos agudos produzidos pela cocaína
- São alternativas corretas
- A) I e II
 - B) II, III e IV
 - C) I, II e III

- D) I, II, III e IV
- E) Não sei responder

17. O uso frequente e continuado de cocaína pode ocasionar inúmeros sintomas, sendo mais frequentes:

- A) Ataxia (perda de equilíbrio) e alucinações táteis
- B) Agressividade e idéias de perseguição
- C) Perfuração do septo nasal e aumento de peso
- D) Alucinações auditivas e euforia
- E) Não sei responder

18. Em relação ao uso do “crack” podemos afirmar que:

- I. Não produz nenhum efeito indesejado, apenas efeitos prazerosos, quando inalado apenas uma vez
- II. Pode ocasionar dependência em curto espaço de tempo (meses) por atingir rapidamente o Sistema Nervoso Central
- III. Possui ação rápida e os efeitos euforizantes podem ocorrer em uma primeira utilização

Estão corretas:

- A) Todas
- B) I e II
- C) I e III
- D) II e III
- E) Não sei responder

19. O crack:

- A) Produz efeitos agudos diferentes da cocaína
- B) Não ocasiona lesão pulmonar
- C) É usado sob a forma líquida que se volatiliza
- D) É uma forma de cocaína
- E) Não sei responder

20. O uso de cocaína pela via endovenosa (injetável) pode estar associado a:

- A) Menor risco de infecções
- B) Lesão de septo nasal
- C) Transmissão de doenças
- D) Efeito euforizante mais lento
- E) Não sei responder

21. Assinale a alternativa que apresenta apenas efeitos indesejados pelo uso crônico de inalantes

- A) Dor de cabeça, euforia, tosse, desorientação
- B) Perda de apetite, espirros, auto-confiança, excitação
- C) Dor de cabeça, espirros, tosse, desorientação
- D) Euforia, excitação, perda do apetite, auto-confiança
- E) Não sei responder

22. Assinale a alternativa que melhor representa o estágio de mudança de alguém que se encontra praticando as ações descritas abaixo, respectivamente:

I. “Pensando nos custos e benefícios de usar droga”

II. “Juntando-se a um grupo de auto-ajuda”

III. “Pesquisando na internet diferentes caminhos para parar de fumar”

A) I - contemplação, II - preparação, III - manutenção

B) I - preparação, II - determinação, III - preparação

C) I - pré-contemplação, II - ação, III - manutenção

D) I - contemplação, II - ação, III - preparação

E) Não sei responder

23. São exemplos de afirmações de alguém que se encontra no estágio de contemplação:

I. Sei que o álcool me causa problemas. Nos próximos seis meses vou procurar um médico para me ajudar a parar de beber.

II. Não sei por que minha mulher reclama! Eu bebo, mas paro quando quiser. Trabalho e sustento a casa. Isso não é um problema para mim.

III. Acho que a bebida não tem me feito muito bem. Tenho chegado atrasado no trabalho e fico muito agressivo com minha mulher.

IV. A melhor coisa que fiz foi ter procurado ajuda para deixar de fumar. O aconselhamento médico tem me ajudado muito.

Estão corretas:

A) I, II, IV

B) I e III

C) I, II e III

D) I, II, III e IV

E) Não sei responder

24. São exemplos de ações de alguém que se encontra no estágio de preparação e/ou ação:

I. Consultando com psiquiatra para satisfazer o desejo dos pais, não por necessidade ou vontade.

II. Ligando para centro de tratamento da dependência química pedindo informações sobre o valor da consulta.

III. Marcando um dia para parar de fumar.

IV. Perguntando ao psiquiatra se há remédios para deixar de fumar.

Estão corretas:

A) I, II e IV

B) I e III

C) II, III e IV

D) I, II, III e IV

E) Não sei responder

25. Marque a alternativa que melhor representa, segundo os princípios da entrevista motivacional, uma pergunta adequada a alguém que não pensa em parar de usar droga (pré contemplador):

A) “Você é um dependente químico, por que não se trata?”

- B) “Você gostaria de traçar um plano para diminuir a quantidade ou parar de usar droga?”
- C) “Você bebe muito! Não tem vergonha? Pense na sua família!”.
- D) “Você estaria disposto a ler algum material e pensar sobre a droga?”
- E) Não sei responder

26. Escolha a sentença que melhor representa a definição de ambivalência.

- A) Fenômeno psíquico que se manifesta somente em dependentes químicos no momento que escolhe usar ou não usar droga.
- B) Experiência de um conflito psicológico, vivenciada por qualquer pessoa, para decidir entre dois caminhos diferentes.
- C) Experiência de um conflito psicológico onde alguém não percebe seu problema com drogas.
- D) Fenômeno psíquico, vivenciado por qualquer pessoa, ao tentar motivar alguém a resolver um problema;
- E) Não sei responder

27. Marque a alternativa que melhor representa as características de uma pessoa empática:

- A) Capaz de manter diversos relacionamentos interpessoais.
- B) Capaz de se colocar no lugar do outro para ter a dimensão do que ele está sentindo.
- C) Capaz de se colocar no lugar do outro e julgá-lo a partir de seus princípios e valores.
- D) Capaz de ser simpático mesmo com quem não conhece ou não gosta.
- E) Não sei responder

28. Assinale as melhores atitudes para ajudar um dependente de inalantes intoxicado:

- A) Deixar de ser amigo, oferecer mais droga
- B) Esperar momento de sobriedade para aconselhar, ficar por perto dando conforto
- C) Afastar o usuário de pontos de droga, esconder dos pais dele
- D) Incentivar para que não use, alertar sobre as conseqüências
- E) Não sei responder

29. Se você encontrar uma pessoa alcoolizada, qual o procedimento correto?

- A) Dar banhos frios
- B) Usar medicamentos para desintoxicá-la
- C) Aquecer com agasalhos
- D) Fazê-la ingerir café forte
- E) Não sei responder

30. Considerando as afirmativas relativas à fase de desintoxicação do tratamento da dependência química:

- I. A desintoxicação sempre precisa ser realizada em regime de internação.
- II. Algumas drogas não apresentam riscos graves à saúde na fase de desintoxicação.
- III. Em grande número de pacientes o apoio comportamental e a monitorização da abstinência são suficientes nesta fase do tratamento.
- IV. As terapias farmacológicas podem auxiliar nos casos mais graves.

Quais as CORRETAS:

- A) I, II e IV
- B) I e III
- C) II, III e IV
- D) I, II, III e IV
- E) Não sei responder

31. Em relação à dependência de drogas qual (is) afirmativa (s) está (ão) correta (as)
I- A desintoxicação é somente o primeiro estágio do tratamento havendo necessidade de auxílio continuado

II- O tratamento para ser efetivo precisa, necessariamente, ser voluntário

III- O monitoramento do paciente através de exames toxicológicos, não auxilia o manejo da fissura

- A) Todas
- B) Somente a I
- C) II e III
- D) I e II
- E) Não sei responder

32. O tratamento da dependência química pode ser composto por:

I. medicação

II. psicoterapia

III. internação hospitalar exclusiva

IV. terapia ocupacional

É correta a alternativa com as opções:

- A) I e IV
- B) I
- C) III
- D) I, II e IV
- E) Não sei responder

33. Sobre a política de redução de danos, é correto afirmar que:

A) É uma política que visa legalizar o uso de drogas ilícitas para diminuir a criminalidade.

B) É uma norma que deve ser adotada pelas unidades de saúde no atendimento de todos os dependentes químicos.

C) É uma estratégia que visa reduzir as conseqüências nocivas do uso de drogas lícitas e ilícitas.

D) Deve ser amplamente estimulada para usuários de qualquer substância psicoativa.

E) Não sei responder

34. Paciente com dependência química de crack solicita para você, agente comunitário de saúde, orientação sobre tratamento para abandonar o vício. Para onde você encaminha um paciente com uso de crack e outras drogas? Quais as alternativas corretas:

I. Unidade de Saúde (UBS ou ESF)

II. CAPS AD

III. CAIS

IV. Psiquiatria

Estão corretas:

- A) I e II
- B) I, II e IV
- C) I e IV
- D) I, II, III e IV
- E) Não sei responder

35. O Instrumento ASSIST foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para fornecer informações sobre:

- A) uso de substâncias psicoativas na vida
- B) problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas
- C) confirmação de dependência química
- D) riscos futuros de problemas decorrentes do uso de drogas
- E) Não sei responder

36. O questionário CAGE pode ser utilizado pelos profissionais da saúde para realizar na população a triagem de:

- A) doenças crônicas
- B) uso de drogas
- C) uso de álcool
- D) uso de medicações contínuas
- E) Não sei responder

37. Em relação ao uso de drogas, as medidas preventivas mostram-se fundamentais. Assinale a alternativa correta sobre o tipo de nível de prevenção em discussão:

- A) A prevenção primária tem como objetivo atingir as pessoas que já experimentaram e que fazem um uso ocasional de drogas
- B) A prevenção secundária corresponde ao tratamento do uso nocivo ou da dependência.
- C) A prevenção terciária tem como objetivo atingir as pessoas que já experimentaram e que fazem um uso ocasional de drogas
- D) A prevenção terciária corresponde ao tratamento do uso nocivo ou da dependência.
- E) Não sei responder

38. Considere as afirmações abaixo:

- I. Serviços telefônicos podem ser utilizados como método de prevenção primária e secundária do uso de drogas.
- II. Serviços telefônicos para usuários de drogas podem ser oferecidos através de Aconselhamento Reativo, onde usuários de drogas ou familiares telefonam para o serviço à procura de ajuda e conselhos.
- III. Serviços telefônicos para usuários de drogas podem ser oferecidos através de Aconselhamento Pró-ativo, onde usuários de drogas ou familiares telefonam para o serviço à procura de ajuda, conselhos e materiais de auto-ajuda.
- IV. Serviços telefônicos, como método de prevenção para o uso de drogas não apresentam vantagens econômicas, quer para o usuário ou o estado.

Estão corretas:

- A) I e II
- B) I, II e III
- C) I, III e IV
- D) I, II , III e IV
- E) Não sei responder

39. Assinale a alternativa incorreta sobre o VIVAVOZ:

- A) É o Serviço Nacional de orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas.
- B) É um Serviço Nacional que presta informações científicas sobre drogas.
- C) Oferece apoio gratuito para familiares de usuários de drogas.
- D) Oferece apoio gratuito exclusivo para pacientes dependentes químicos.
- E) Não sei responder

40. Sobre a legislação no Brasil é incorreto afirmar em relação ao assunto de crack e outras drogas que:

- A) O Brasil possui um Conselho Nacional Antidrogas que organiza as normatizações nacionais.
- B) Os usuários e traficantes têm o mesmo tempo de detenção por ser encontrados com drogas.
- C) A legislação brasileira diferencia usuários e traficantes.
- D) A legislação brasileira proíbe o fumo em locais fechados e públicos.
- E) Não sei responder

Lembre-se de um caso de paciente que você descobriu fazer uso de crack e outras drogas em uma visita domiciliar. Especificar as iniciais do nome do paciente, sexo, tipo de droga de dependência do paciente. O paciente estava sendo atendido em alguma unidade de saúde? Qual? Quais as orientações que você deu ao paciente e aos familiares?

Você gostaria de deixar alguma sugestão, crítica ou comentário sobre esta pesquisa?

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO VI: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE CRACK E OUTRAS DROGAS NA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”. Você foi convidado porque é Agente Comunitário de Saúde e trabalha no município de Passo Fundo. A pesquisa está sob coordenação da médica Analine Fernandes.

Pelo crescimento da prevalência do abuso de substâncias psicoativas, o seu manejo na Atenção Primária à Saúde é fundamental para facilitar o acesso aos serviços de saúde aos pacientes. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família, através do trabalho em equipes multiprofissionais e atuação na proximidade dos usuários, tem potencial para a resolutividade das ações, e tem como interface entre a equipe de saúde e a comunidade o agente comunitário de saúde.

O estudo tem como objetivo identificar o efeito de uma intervenção educativa sobre crack e outras drogas na aquisição de conhecimentos e habilidades dos agentes comunitários de saúde.

A realização de pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo.

Para realizar a pesquisa você responderá dois questionários: um questionário de dados sócio-demográficos e outro com perguntas sobre os seus conhecimentos atuais em relação ao uso de crack e outras drogas. Após, você receberá um curso sobre crack e outras drogas, no seu horário habitual de trabalho com duração de 60 horas com datas agendadas previamente, e ao final, responderá novamente perguntas sobre os seus conhecimentos em relação ao uso de crack e outras drogas.

A sua participação não é obrigatória, é voluntária, livre, e você pode desistir a qualquer momento, retirando o seu consentimento. Ao participar da pesquisa você não receberá incentivo financeiro, nem terá nenhum custo. Se for identificado algum sinal de desconforto psicológico com a sua participação, a pesquisadora compromete-se em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais

especializados em sua área. O resultado da pesquisa poderá servir para aumentar os conhecimentos dos agentes de saúde e melhor prepará-los para enfrentar as dificuldades relacionadas com drogadição.

Se você não aceitar participar do estudo não terá nenhum tipo de prejuízo ou riscos como pessoa ou como trabalhador. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e será mantido sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão divulgados de modo que permitam identificação de nenhum participante.

Você pode tirar suas dúvidas sobre a pesquisa ou receber esclarecimentos a qualquer momento, e abaixo encontra-se o telefone da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo,

Pesquisadora Analine Fernandes, pelo telefone (54) 99091875, ou e-mail analinefernandes@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Passo Fundo, contato pelo telefone (54) 33168370 ou e-mail cep@upf.br

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Passo Fundo, ____ de ____ de 2012.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome da pesquisadora: Analine Fernandes

Assinatura: _____