

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Mestrado em Ciências da Saúde

GUILHERME AUGUSTO LINZMEYER

**A QUALIDADE DE VIDA DE DEPENDENTES QUÍMICOS SOB A ÓTICA DA
PREVIDÊNCIA: A SOBRIEDADE DA REABILITAÇÃO**

SÃO PAULO

2019

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Mestrado em Ciências da Saúde

**A QUALIDADE DE VIDA DE DEPENDENTES QUÍMICOS SOB A
ÓTICA DA PREVIDÊNCIA: A SOBRIEDADE DA REABILITAÇÃO**

Tese de Mestrado Apresentado à
Comissão de Qualificação -
UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO-UNISA para obtenção do
título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Neil Ferreira Novo
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula
Ribeiro

SÃO PAULO

2019

A todos os pacientes e familiares, assim como os funcionários do CAPS-AD do Embu das Artes e aos queridos e atenciosos doutores que com muita dedicação ensinam diariamente a arte da pesquisa.

Aos familiares pela compreensão das ausências em tantos momentos importantes de nossas vidas no lar.

Aos amigos sinceros que de alguma forma trouxeram sempre um incentivo para não sucumbir em meio aos desafios.

À UNISA por proporcionar um ambiente acolhedor e compreensível. E a Deus, sempre!

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente aos professores Dr Neil Novo e a Dra. Ana Paula Ribeiro pelo exemplo de profissionalismo, pelo amor ao ofício e por tanto zelo e conhecimento que foram fundamentais na elaboração e concretização deste sonho.

A todos os professores da pós- graduação da UNISA pela excelente bagagem e horas de dedicação para que pudéssemos chegar até aqui. Agradeço a coordenação do curso por acreditar em mim e por viabilizar a execução desta obra.

À minha família, especialmente meus pais pela ausência e aos meus pacientes que estiveram de perto acompanhando todos os desafios inerentes a dedicação exigida.

RESUMO

Introdução: As Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas se mostram um desafio para os trabalhadores da área da saúde. Entre as lacunas observadas na literatura, verifica-se a necessidade de uma compreensão dos métodos de reinserção social e laboral dos indivíduos, bem como da sua reabilitação ao convívio da vida autônoma. **Objetivo:** Verificar a qualidade de vida sob a ótica da reabilitação e o perfil sociodemográfico de usuários de álcool e outras drogas do CAPS-AD da Prefeitura Municipal de Embu das Artes-SP. **Métodos:** Estudo observacional descritivo de corte transversal, no qual foram avaliados 42 dependentes químicos em reabilitação, 32 homens e 10 mulheres, com idade média de 40,3 anos para os homens e 37,5 anos para as mulheres. Os participantes foram divididos em três grupos: Grupo I (dependentes químicos sem atividade laboral e sem percepção de benefício previdenciário, n=17; Grupo II (dependentes químicos em percepção de benefício auxílio-doença e afastados laboral, n=17 e Grupo III (dependentes químicos sem benefício previdenciário e com atividade laboral e reintegrados, n=8). Os participantes responderam um questionário semi-estruturado sobre questões sócio-demográficas e de empregabilidade ou auxílio-doença. Em seguida, foi aplicado o questionário “Medical Outcomes Study 36 itens” (SF-36), para uma avaliação geral da qualidade de vida dos participantes. **Resultados:** Durante o período entre junho e agosto de 2018, 40% dos entrevistados encontravam-se afastados das atividades laborais e em gozo de benefício previdenciário e o tempo médio de uso de drogas dos indivíduos entrevistados era de 22,8 anos sendo que 19% apresentavam-se abstinentes há mais de 6 meses. Constatou-se também que apenas 31% apresentavam companheiro e 49 % possuíam renda familiar de até dois salários mínimos. A qualidade de vida (SF-36) não apresentou diferença estatística entre os grupos avaliados, porém o desempenho percentual dos domínios quando comparados intra-grupos mostraram que os dependentes químicos desempregados apresentaram maior prejuízo nos aspectos emocionais, enquanto que no grupo de afastados as limitações físicas e os aspectos sociais foram os mais prejudicados. A questão abstinência foi mais relevante no grupo dos desempregados, em que 88% da amostra compunha abstinentes há menos de 6 meses. Os indivíduos declaram-se na grande maioria (69%) sem companheiro em relação ao estado marital. Os indivíduos com auxílio-doença por uso de substâncias apresentavam-se 47% abstinentes há menos de 6 meses, em contrapartida 37,5 % dos empregados apresentavam-se abstinentes há mais de 6 meses. **Conclusão:** O benefício, seja ele previdenciário ou salarial, obtido pelo labor, mostrou-se um fator protetor neste estudo, por estar relacionado aos melhores índices de capacidade funcional do SF36, percepção geral de saúde e saúde mental mas sem mudanças no escore total da qualidade de vida.

Palavras-chave: CAPS-AD; qualidade de vida; gênero, atividade laboral, benefício previdenciário.

ABSTRACT

Introduction: Public policies on alcohol and other drugs are a challenge for health workers. Among the gaps observed in the literature, there is a need for an understanding of the methods of social and labor reintegration of individuals, as well as their rehabilitation to the living of autonomous life. **Objective:** To verify the quality of life from the perspective of rehabilitation and the sociodemographic profile of users of alcohol and other drugs of the CAPS-AD of the City Hall of Embu das Artes-SP. **Methods:** A cross-sectional observational study was carried out in which 42 chemical dependents in rehabilitation were evaluated, 32 men and 10 women, with a mean age of 40.3 years for men and 37.5 years for women. Participants were divided into three groups: Group I (chemical dependents with no work activity and no social security benefit, $n = 17$; Group II (chemical dependents in perceived sickness benefit and retired workers, $n = 17$ and Group III ($n = 8$). The participants answered a semi-structured questionnaire on socio-demographic issues and employability or sickness benefits, followed by the questionnaire "Medical Outcomes **Results:** During the period between June and August 2018, 40% of the interviewees were separated from work activities and in the enjoyment of social security benefits and the mean time of drug use of the individuals interviewed was 22.8 years, with 19% being abstinent for more than 6 months. also that only 31% had a partner and 49% had a family income of up to two minimum wages. The quality of life (SF-36) did not present statistical difference between the groups evaluated, but the percentage performance of the domains when compared intra-groups showed that the unemployed chemical dependents had greater emotional losses, whereas in the group of excluded the limitations physical and social aspects were the most impaired. The abstinence issue was more relevant in the group of the unemployed, where 88% of the sample was abstinent for less than 6 months. The majority of the individuals (69%) declare without a partner in relation to the marital stab. Individuals with substance-related illness aid were 47% abstinent for less than 6 months, whereas 37.5% of the employees had been abstinent for more than 6 months. **Conclusion:** The benefit, be it social security or salary, obtained through labor, was a protective factor in this study, because it is related to the best functional capacity indexes of SF36, but without changes in total quality of life score.

Keywords: CAPS-AD; quality of life; gender, labor activity, social security benefits

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS/MS	Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
III	Três
IV	Intravenosa
MS	Ministério da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
QV	Qualidade de Vida
SF-36	Short-Form-36
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNISA	Universidade Santo Amaro
XXI	Século 21

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 Previdência Social e Dependência Química.....	18
2.2 A influência do afastamento do trabalho.....	20
2.3 Políticas Públicas – Promoção da Saúde.....	21
2.4 JUSTIFICATIVA.....	23
3. OBJETIVOS.....	24
4. MÉTODO.....	25
5. RESULTADOS.....	31
6. DISCUSSÃO.....	39
7. CONCLUSÃO.....	43
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
9. ANEXOS	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Participantes dos Grupos I, II e III segundo idade, gênero, renda familiar, início e tempo de uso de drogas.....	31
Tabela 2: Estado Marital em número, percentual e comparações entre os grupos: Grupo I - participantes sem benefícios, Grupo II - participantes com benefícios e sem atividade laboral e Grupo III - participantes sem benefício e com atividade laboral em relação ao estado marital.....	32
Tabela 3: Estado de Abstinência em número, percentual e comparações entre os grupos: Grupo I - participantes sem benefícios, Grupo II - participantes com benefícios e sem atividade laboral e Grupo III - participantes sem benefício e com atividade laboral em relação ao tempo de abstinência.....	33
Tabela 4: Escolaridade em número, percentual e comparações entre os grupos: Grupo I - participantes sem benefícios, Grupo II - participantes com benefícios e sem atividade laboral e Grupo III - participantes sem benefício e com atividade laboral em relação à escolaridade.....	34
Tabela 5: Tabela 5 – Componentes dos grupos I, II e III segundo a participação percentual dos escores de cada um dos 8 domínios em relação escore total.....	36
Tabela 6: Componentes dos Grupos I e II em relação aos percentuais da participação de cada um dos domínios do SF36 no escore total.....	37
Tabela 7: Componentes dos Grupos: II e III em relação ao percentual dos rankings dos domínios do questionário SF36.....	38

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, muito se tem discutido sobre drogas e dependência química, cuja definição refere-se a um padrão de uso intenso, no qual envolve o descontrole sobre a quantidade ou a frequência com que se consome acompanhado de desejo forte, muitas vezes incontrolável, de utilizar a droga¹.

Nessa perspectiva, a droga torna-se a questão central da vida do dependente químico, passando a estabelecer um duo indissociável, indivíduo-droga, em que tudo o que não é pertinente a essa relação passa a constituir pano de fundo na existência do dependente. Essa situação permanece indissociável enquanto a droga for capaz de propiciar alteração da percepção de uma realidade vista como insuportável respondendo assim pela manutenção do equilíbrio do indivíduo².

Esse fenômeno da dependência química ou toxicomania cresceu assustadoramente, e tomou foco da atenção mundial, dada a dimensão que adquiriu o seu impacto na sociedade moderna³. Estima-se que 200 milhões de pessoas no mundo consumam alguma droga ilícita e 2,1 bilhões drogas lícitas, como cigarro e álcool³. Esse consumo vem se difundindo, cada vez mais, entre pessoas mais jovens⁴.

No Brasil, a cada ano, o uso indevido de drogas custa 7,9% do Produto Interno Bruto (PIB), que se perde nos prejuízos provenientes da queda na produtividade e gastos com tratamentos de saúde⁵. A dependência de drogas, notadamente, provoca danos à saúde do indivíduo. O abuso ou uso nocivo sempre está associado a algum tipo de prejuízo, quer em termos biológicos, psicológicos ou sociais⁵. Tais prejuízos podem ter caráter: agudo (durante a intoxicação ou overdose) ou crônico (produzindo alterações mais duradouras e, até irreversíveis)⁶. Drogas como álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, entre outras, destroem o caráter, comprometem o sentido

realístico, diminuem ou acabam com o senso de responsabilidade, fragilizam a família e o próprio indivíduo, que soma para si uma série de alterações físicas, químicas e emocionais⁶.

Os danos provocados pela dependência de drogas alteram vários aspectos da vida do indivíduo e, paulatinamente, provocam uma redução da qualidade de vida (QV)⁷, cuja definição é dada como o nível de satisfação com a vida, a autoestima, a percepção de bem-estar psicológico, as condições de trabalho e o bem-estar geral⁸.

Diante destas constatações, a avaliação da Qualidade de Vida na perspectiva do uso, abuso e dependência química, torna-se algo muito importante, tendo em vista que a política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas⁹ descreve que há uma maior vulnerabilidade para o uso indevido dessas substâncias, naqueles indivíduos que estão insatisfeitos com a sua QV, que possuem uma precária condição de saúde, que não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas ou que ainda apresentem uma integração comunitária deficiente.

Todavia, devido à escassez de estudos que façam essa conexão entre o uso de drogas e a QV, ainda é difícil ter conhecimento da dimensão dessa relação⁷, sendo necessário o desenvolvimento de novas pesquisas nesse âmbito, em especial em dependentes químicos em processo de reabilitação

2. REVISÃO DE LITERATURA

Dados sobre as internações hospitalares decorrentes do uso de psicotrópicos no Brasil ao longo dos anos de 1988 a 1999, mostrou que o álcool é responsável por 90% das internações. No entanto, a proporção de internações decorrente do uso de cocaína cresceu de 0,8% (1988) para 4,6% (1999). No ano de 1999, foram notificadas 44.680 internações, das quais 84,5% por álcool, 8,3% por múltiplos psicotrópicos, 4,6% por cocaína, 1,3% por maconha, entre outros. Além dos dados de pesquisa, verifica-se a ocorrência de um crescente aumento no número de internações motivadas pela dependência de drogas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹. A cada três horas, uma pessoa é afastada do trabalho para tratar a dependência química no País. No ano de 2008 foram concedidas 31.721 licenças, acima de 15 dias, para viciados em álcool, maconha, cocaína e anfetamina, de acordo com o Ministério da Previdência Social de 2009¹⁰. Segundo dados do Ministério da Previdência Social, datados de 2014, entre os anos de 2006 e 2013 o auxílio-doença para dependentes químicos usuários de múltiplas drogas saltou de 7.296 para 26.040, no estado de São Paulo, um crescimento de 256%. Esses números mostram um aumento no consumo de drogas e ao mesmo tempo mostra que essas pessoas buscam pelo tratamento, já que o benefício é concedido apenas quando o dependente está em reabilitação¹¹.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o alcoolismo e o uso de drogas ilícitas representaram, em conjunto, cerca de 20% do total de internações por transtornos mentais no País e 28% no sul do País, de modo a ocupar a segunda causa das internações psiquiátricas, com predominância do sexo masculino

(98%) no ano de 2016. Sabe-se que as consequências do abuso de drogas não se restringem somente ao indivíduo que as consome, mas atinge toda a sua família, seus amigos, sua vizinhança e a comunidade onde vive¹².

Em última análise, o uso drogas atinge todo o País. A Saúde é uma das principais áreas que recebe o impacto do consumo de drogas. Estas consequências são relacionadas a doenças e à morte. Por exemplo, sabe-se que a proporção de usuários de drogas injetáveis, no total de casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde, cresceu entre 1986 e 1999, de 4,1% para 21,5%³. O uso de drogas, também acarreta no aumento do abandono escolar influenciando no nível de educação da população no País. Além disso, as drogas afetam a renda familiar e o status social, pois elas abalam as condições de trabalho e empregabilidade. Estudo realizado em 1993 mostrou que 10 a 15% dos empregados da indústria paulista tinham problemas de dependência e que 15 a 30% dos acidentes de trabalho e 50% das faltas e licenças médicas estavam relacionadas ao uso de drogas. E, só no Brasil, a cada ano, o uso indevido de drogas custa 7,9% do Produto Interno Bruto (PIB), que se perde nos prejuízos provenientes da queda na produtividade e gastos com tratamentos de saúde⁵. Com o advento da reforma psiquiátrica no Brasil os ordenamentos jurídico e institucional que regulam a prática dos trabalhadores vinculados às Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas passaram a se embasar diretamente nos princípios da desinstitucionalização, principalmente a partir de modelos de trabalho substitutivos às intervenções restritivas ou de suspensão temporária de direitos¹⁰.

Nesse contexto, o processo de transição entre o padrão anterior e essa nova forma de atuar, pautada especialmente na atenção psicossocial e nos

cuidados de saúde em detrimento da priorização da abstinência, tem se dado de maneira progressiva, lenta e prudente¹⁴. Uma das maiores dificuldades a esse reordenamento das Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas pontua-se no conflito entre as antigas práticas e o novo modelo de reforma que também atinge o sistema previdenciário onde para fazer jus ao benefício auxílio-doença, o dependente químico necessita comprovar estar abstinente. É uma preocupação do Estado, que este benefício não seja alicerce para o subsídio da manutenção da dependência. No grande cenário, notamos que a maior parte dos benefícios são concedidos apenas aos dependentes institucionalizados, pois torna-se imperativa a abstinência.

Uma das explicações para este conflito potencializa-se pela difícil tarefa de definir instrumentos metodológicos que, contemplem a diversidade e complexidade do fenômeno nomeado dependência química, e a exigência científica hegemônica de mensuração, repetição e padronização dos processos de trabalho⁹. Fato este, que instiga os profissionais de saúde envolvidos, em especial o médico assistencialista, na compreensão da abordagem e fundamentação sobre o melhor método em saúde mental para a construção de um referencial científico e técnico que acompanhe as evoluções na forma de pensar e fazer a atenção psicossocial e o perito médico, que deve definir capacidade ou incapacidade laboral na constatação de doença que ponha em risco a vida do segurado ou de outrem, assim como definir o momento ideal de reinserção do dependente ao mercado de trabalho diante da doença crônica.

A compreensão de estratégias de prevenção em saúde aos usuários de consumo de álcool e outras drogas tem se apresentado como um grande desafio para a equipe de saúde, principalmente no que se refere as estratégias de

promoção da saúde para a população em geral. Primeiramente, por não ser mais enfrentado pelos profissionais de saúde como um fenômeno isolado e contemporâneo como era abordado a partir dos meios de comunicação tradicional¹⁵. E segundo pela literatura aportar tamanha precípua e complexidade do tema e suas implicações extrapolar as fronteiras dos sistemas públicos e privados, representando, ao mesmo tempo, um problema da ordem de escolha e do desejo de cada pessoa; bem como uma questão de natureza coletiva por suas manifestações sociais. Conforme reiterado pelo Ministério da Saúde, o desafio nas práticas de saúde advém da necessidade de construir metodologias que aliem o âmbito clínico de intervenção com a promoção e prevenção em saúde¹².

Nesta perspectiva do âmbito clínico de intervenção, há referências em que “os sistemas de saúde do mundo ocidental, e, nele, do Brasil, têm sido questionados por sua dependência em relação a um modelo assistencial individualista dos dependentes de álcool e outras drogas, com ênfase na dimensão curativa da doença, que resultam em elevados custos e baixa efetividade”. Acompanhando esse raciocínio, identificamos nesse conceito de modelo assistencial individualista o que chamamos de lógica curativa. Esta se justifica pela existência das doenças e enfermidades de uma forma geral, sendo necessária como prática objetiva frente às penúrias urgentes e emergentes em saúde¹⁶.

A segunda lógica no saber/fazer saúde é a da prevenção¹⁷. Atualmente, muito se tem avançado nas práticas preventivas em saúde no Brasil. Vale destacar, também, que a prevenção tem sido utilizada em âmbitos da vida cotidiana, como por exemplo as campanhas contra a violência no trânsito, ou das atuações na segurança do trabalho (uso de EPIs, semanas de saúde no trabalho

etc.). Portanto, “as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações”¹⁷. Assim, acerca dessa segunda lógica que identificamos, torna-se evidente que a ampliação do conceito de saúde é inerente ao avanço significativo enquanto prática resolutiva, contudo, ainda está presente o espectro da doença ou das enfermidades, sendo essas o foco das ações preventivas e não a saúde propriamente dita.

Nessa esteira de raciocínio, partindo das análises críticas sobre os outros modelos de saúde, surge a lógica de promoção da saúde. Sua novidade reside na observação dos determinantes da saúde, ampliando uma compreensão individualizante destes, para aspectos coletivos, sociais e culturais. Ganha força a ideia de promover saúde, e não apenas de curar a doença, emergindo daí os conceitos de vigilância em saúde, políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis, articulados à noção de promoção de saúde pela mudança das condições de vida e de trabalho da população¹⁸.

Além do campo de conflitos políticos, a saúde mental também se apresenta como palco de embates científicos, ideológicos e econômicos. É nesse sentido que em uma análise mais específica destacamos a política dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principalmente aqueles voltados para problemas relacionados ao abuso do consumo de álcool e outras drogas, portanto, os CAPS ADs e o destaque do papel do médico do trabalho e do perito previdenciário na atenção primária e de reabilitação⁹. Desta forma torna-se evidente a importância da sistematização de uma metodologia de trabalho capaz de promover maior eficácia, tanto no desenvolvimento das ações de atenção psicossocial junto aos usuários dos serviços de atenção psicossocial de álcool e

drogas no que tange o papel da Previdência de Seguridade Social e seu papel reabilitador ocupacional e previdenciário por meio de ações efetivas de saúde.

A qualidade de vida relacionada à saúde é um dos modelos teóricos do amplo conceito de qualidade de vida, definido por Parsons¹⁹ como um estado de capacidade absoluta para a realização das tarefas. Como pode se observar, neste modelo, o nível de prejuízos ou incapacidades experimentadas pelo paciente é considerado dentro da própria conceituação do termo. Guyat et al. (1992)²⁰ chegam a considerar como sinônimos os conceitos de estado de saúde, estado funcional e qualidade de vida quando se referem ao domínio saúde. Durante a última década, um dos maiores desenvolvimentos no campo de saúde tem sido o reconhecimento da importância da avaliação do ponto de vista do paciente em relação à sua doença. A qualidade de vida é considerada atualmente um possível parâmetro de avaliação de intervenções diagnósticas ou terapêuticas no indivíduo. Passa-se a avaliar a intervenção instituída não somente do ponto de vista clínico, laboratorial e radiográfico, como também do ponto de vista do paciente²¹.

Outro aspecto que devemos levar em consideração é que um percentual dos usuários de droga desenvolverá dependência e necessitará de cuidados especializados, o que induz a um aumento da demanda por tratamento e reabilitação e um incremento nos gastos previdenciários em longo prazo. Não há, porém, nenhuma rotina de registro para incapacidades, que permitiria o acesso relativamente fácil a pesquisadores a fim de estudar o vínculo entre uso de álcool e outras substâncias e incapacidades. Apesar disso, incapacidades e qualidade de vida têm recebido atenção crescente como resultados subjetivos de saúde e como parte de medidas sumárias de saúde (i.e., medidas que integram efeitos

em morbidade, mortalidade e incapacidade)²².

Considerando a importância crescente que a qualidade de vida vem recebendo como parâmetro de avaliação dos resultados de programas de tratamento em várias áreas e sabendo-se que a dependência química leva a modificações profundas na saúde física e mental dos indivíduos, além de alterações em suas interações sociais, laborais e familiares, a avaliação da qualidade de vida desta população merece ser considerada, supondo que os dados colhidos sirvam para melhor nortear a escolha das intervenções adotadas em programas terapêuticos para os dependentes químicos, bem como para avaliar seus efeitos e amparar as melhores condutas periciais no âmbito Previdenciário de Seguridade Social.

3.1 Previdência Social e Dependência Química

Os benefícios são concedidos pelo INSS aos dependentes químicos. Em 1991 foi promulgada a Lei nº 8.213/91 para regular o artigo 194 da Constituição Federal, dispondo sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social onde, em seu artigo 59, criou o auxílio-doença para os segurados que, após 12 (doze) contribuições, fiquem incapacitados para o trabalho ou para atividades habituais, por períodos superiores a 15 (quinze) dias, excluindo do benefício, contudo, aqueles segurados que já forem portadores da doença ou da lesão quando de sua filiação ao Regime Geral da Previdência Social. Apesar de a Medida Provisória nº 664/14 ter sido um ato onde o Governo tentou alterar o período de 15 para 30 dias, o Congresso Nacional não aceitou esta alteração quando converteu a MP na Lei nº 13.135/15, mantendo o período de 15 dias de afastamento como requisito para a concessão do benefício.

Entre os beneficiários deste auxílio-doença encontram-se os indivíduos com dependência química, que é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como uma doença causada pelo consumo repetitivo de determinadas substâncias, levando a prejuízos severos ao indivíduo. O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) lançou no dia 26 de junho de 2016 seu Relatório Mundial sobre Drogas de 2016, mostrando que o número de pessoas descritas como “dependente de drogas” em todo o mundo aumentou de 27 milhões (2013) para 29 milhões (2014). Especificamente, indivíduos entre 15 e 64 anos esta prevalência aproximou-se em 250 milhões de pessoas que usaram pelo menos uma droga no ano. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as substâncias causadoras de dependência são: álcool, tabaco, cocaína e derivados como o crack e a pasta-base, maconha, alucinógenos, solventes e inalantes (cola de sapateiro e acetona), estimulantes (anfetaminas e cafeína), opióides, sedativos e hipnóticos.

Para fazer jus ao benefício, o dependente químico deve estar em tratamento e ter contribuído por 12 meses para a Previdência, pois o benefício só é concedido no período de abstinência (tratamento) e a lei permite o afastamento apenas pelo período de incapacidade de trabalho, não havendo previsão legal para concessão após este período. É necessário, ainda, apresentar um laudo médico comprobatório da incapacidade temporária. Na hipótese do dependente químico não possuir carteira assinada, o mesmo pode buscar amparo na LOAS (Lei nº 8.742/93), que criou o benefício de prestação continuada para pessoas com deficiência temporária, dentre os requisitos da lei.

3.2 A influência do afastamento do trabalho

O trabalho exerce uma influência considerável sobre os trabalhadores, sobre sua saúde, satisfação e produtividade, sendo geradora de significado e possuindo papel central na constituição da identidade individual e das diversas formas de inserção social. No entanto, a não inserção no mercado de trabalho também resulta em diversos prejuízos para o indivíduo, sua família e comunidade.

A ausência de trabalho leva o trabalhador à dependência de terceiros para sua subsistência, além de sentimentos de incapacidade e baixa produtividade. Um estudo qualitativo com trabalhadores em processo de reabilitação mostrou que afastamento, desemprego ou aposentadoria podem ocasionar sofrimento associado à perda do papel social de trabalhador. Assim, a restrição das atividades laborais influencia a qualidade de vida, pois o indivíduo que está fora do mercado de trabalho também é excluído de outras redes sociais e é inserido em um percurso de vulnerabilização.

Nesse contexto, torna-se fundamental para a promoção e a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos a adoção de medidas preventivas e efetivas de acesso a empregos. Assim, analisar empiricamente a qualidade de vida permite identificar diferentes aspectos da vida do trabalhador, além de indicar possíveis áreas estratégicas de intervenção que auxilie a manutenção da saúde, propiciem segurança, direcionem investimentos em políticas de emprego e melhorem a funcionalidade e produtividade do trabalhador com dependência química em reabilitação.

3.3 Políticas Públicas – Promoção da Saúde

A promoção da saúde é um desafio às Políticas Públicas sob quaisquer perspectivas na sociedade brasileira. No que tange aos problemas relacionados ao abuso do consumo de álcool e outras drogas não é diferente. De fato, é mais correto afirmar que nesse contexto a promoção da saúde encontra entraves específicos, a começar pelos mitos e distorções no entendimento sobre o que são as drogas, seus efeitos, seu papel na sociedade e como devemos trabalhar acerca delas¹⁵.

Em grande parte, podemos atribuir a construção desses mitos ao papel das disputas ideológicas, religiosas e políticas existentes há séculos e que ao longo da história têm camuflado o verdadeiro lugar das drogas em nosso desenvolvimento social, cultural e econômico¹⁵. Contudo, vale destacar que na atualidade outros cenários vêm se desenhando, com papel fundamental dos grandes meios de comunicação como principais reprodutores dos mitos sobre as drogas.

Fica evidente que, na tentativa de entender a questão e abordá-la com a urgência que merece as informações produzidas pelos meios de comunicação em massa e apropriadas e reproduzidas pela população em geral (a verdadeira construção de um senso comum) acabam por perder completamente o critério e embasamento técnicos e se atolam no extenso campo das especulações sem fundamento. É nesse sentido que surgem e se reforçam preconceitos contra os usuários das drogas bem como diversas propostas de tratamento pautadas na abstinência total, no afastamento das drogas como proposta de desintoxicação (internações longas) e até mesmo a inclusão de elementos metafísicos como a espiritualidade entre seus principais fundamentos terapêuticos.

Em parte, esse contexto acrítico e acientífico se fortalecem, conforme apontado anteriormente, justamente pela falta de uma metodologia mais criteriosa e eficiente. Isso abre espaço para a diversidade de interpretações que encontramos sobre o tema, especialmente concernente às formas de tratamento. Aqui, entendemos que cabe aos CAPS-ADs, legitimados pelo MS, o papel de ampliar o debate sobre método e tratamento para pessoas convivendo com problemas decorrentes do abuso do consumo de álcool e outras drogas, dado que são serviços da saúde mental “de comprovada resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a essa atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde”²³.

O principal papel do MS, dos CAPS e de qualquer Política Pública da saúde não é o de acabar com as drogas, ou de fazer cessar o uso delas, mas, antes, o investimento na defesa da vida das pessoas e de seus direitos (entre eles o da saúde e amparo social e previdenciário), tendo como consequência desejável (e não como meta primeira) a diminuição ou o encerramento do comportamento de uso e/ou abuso de álcool e outras drogas. A partir disso surgem outras propostas metodológicas no espaço dos CAPS-ADs, a exemplo da Redução de Danos. Não apenas como ação frente às questões que cotidianamente chegam ao CAPS-AD, a redução de danos deve ser a práxis nessas instituições. Trata-se de uma forma de agir diante de, levando-se em conta o contexto geral, sem, contudo, perder a singularidade. Seguindo por esse caminho, acolhem-se as demandas, sem julgamento prévio, para então se traçar as estratégias terapêuticas com cada usuário a partir daquilo²³.

3.4 JUSTIFICATIVA

Na literatura, ainda há uma grande lacuna entre o que é comprovadamente eficaz segundo pesquisas e o que de fato se faz, tanto na prática clínica quanto em relação às políticas de prevenção e controle social. Se, por um lado, observamos importantes avanços nas intervenções farmacológicas, nas novas descobertas neurobiológicas e genéticas, nas técnicas cognitivo-comportamentais e motivacionais e na integração do sistema social na prestação de cuidados a esse público, por outro, temos serviços com extrema dificuldade de trabalhar em rede, alta rotatividade de profissionais, financiamento inadequado para os serviços e projetos oferecidos, conselheiros, monitores e técnicos com baixa remuneração e não necessariamente com habilidades para exercer as funções que ocupam e efetivamente desempenhar uma boa prática clínica baseada na melhor evidência científica.

Essa é uma área do saber muito complexa e ampla, que deve envolver prioritariamente evidências científicas e necessidades clínicas e técnicas, em vez de questões financeiras, políticas, dogmáticas e principalmente ideológicas. A dependência química é um terreno ainda fértil para estigmas, mitos e preconceitos, que precisam ser vencidos para que mais serviços e projetos de prevenção que se articulem com a comunidade, os usuários de drogas e seus familiares, os profissionais, os planejadores, os elaboradores e os provedores de políticas públicas e pesquisadores possam se desenvolver em prol do direito humano ao melhor cuidado. Dessa forma, se torna de fundamental importância compreender a percepção da qualidade de vida dos dependentes químicos inseridos no CAPS.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral:

Avaliar a qualidade de vida dos dependentes de álcool e outras drogas em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Embu das Artes.

4.2 Específicos:

Avaliar a participação percentual dos domínios do SF36 em relação ao escore total do SF36 entre os grupos de dependentes avaliados.

5. MÉTODOS

5.1 Casuística

Esse estudo foi do tipo observacional descritivo, de corte transversal, com dependentes químicos em reabilitação. Foram recrutados os dependentes químicos em reabilitação cadastrados no CAPS-AD do município do Embu das Artes, de ambos os sexos. Durante o período estipulado para coleta de dados, entre junho e agosto de 2018, freqüentaram o serviço homens e mulheres, sendo entrevistado o total de 42 (quarenta e dois) voluntários que foram agrupados, respectivamente, em:

- Grupo I (dependentes químicos sem atividade laboral e sem percepção de benefício previdenciário, n=17);
- Grupo II (dependentes químicos em percepção de benefício auxílio-doença e afastados laboral, n=17);
- Grupo III (dependentes químicos sem benefício previdenciário e com atividade laboral e reintegrados, n=8).

Foram excluídos participantes com sinais de embriaguez, sob efeito de substâncias psicotrópicas ou com embotamento afetivo e psíquico a fim de se obter respostas fidedignas da realidade e percepção individual dos questionários.

5.2 Instrumentos

Durante as entrevistas com os pacientes foram submetidos a dois instrumentos de pesquisa e avaliação:

- 1) Questionário semi-estruturado: foi realizado uma adaptação do questionário elaborado e utilizado por Simão et al (2002)²⁴, em que 10 questões, 5 abertas e 5 fechadas, foram utilizadas para coletar informações referentes aos

dados sócio-demográficos e econômicos, à idade em que o indivíduo começou a beber e ao seu estado atual de abstinência e situação de empregabilidade ou auxílio-doença previdenciário.

2) Na avaliação da qualidade de vida utilizou-se o questionário “Medical Outcomes Study 36 itens” (SF-36), uma avaliação genérica de saúde traduzida e validada para o português por Ciconelli et al [25]. O SF-36 é composto por 36 questões que avaliam oito domínios relacionados à qualidade de vida: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental. O domínio capacidade funcional diz respeito às dificuldades na realização de atividades diárias e aspecto físico refere-se a atividades físicas. O domínio dor relaciona-se à percepção de dor e estado geral de saúde refere-se às condições de saúde geral do indivíduo. O domínio vitalidade refere-se ao vigor, energia, esgotamento e cansaço, e aspecto social diz respeito às atividades sociais. Já aspecto emocional está relacionado aos problemas emocionais, e o domínio saúde mental à depressão e nervosismo.

Cada domínio possui um escore que varia de 0 (zero) a 100 (cem), sendo que quanto mais próximo de 0, pior é a qualidade de vida, e quanto mais próximo de 100, melhor é a qualidade de vida. A aplicação do questionário, entretanto, foi realizada sob a forma de entrevista, considerando que grande parte dos usuários deste serviço são analfabetos funcionais. Houve o cuidado por parte do entrevistador de isentar-se de interpretações em relação às perguntas e manter-se em postura neutra diante do entrevistado de forma que este não se sentisse influenciado em suas respostas. Contemplou-se a percepção de trabalhadores, dos dependentes químicos e familiares, sobre a vivência dessas experiências de

enfrentamento a dependência química, buscando dar voz a estes sujeitos e visibilidade a algumas de suas histórias.

5.3 O LOCAL DO ESTUDO – CAPS- AD

O CAPS- AD é ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, serviço de atenção estratégica de base territorial que acolhe e cuida integralmente de pessoas em consumo prejudicial de drogas (sejam elas lícitas ou ilícitas). Para produção do processo de trabalho a equipe multidisciplinar utiliza o referencial da Saúde Coletiva para explicar os processos saúde-doença.

O cuidado específico para o consumo de drogas é orientado pela perspectiva da Redução de Danos Emancipatória que compreende as drogas como mercadorias em uma sociedade de consumo que podem ou não ser prejudiciais.

Partindo desses referenciais o trabalho cotidiano se dá em parceria com diversos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial de Embu das Artes como: Centro de Convivência- Conviver, CAPS II Adulto, SAMU, Pronto Socorro, UBS's e também da Rede Intersetorial: Centro Pop, CRAS, CREAS, Fórum e quaisquer outros serviços que apresentem a necessidade de saúde que o CAPS AD, possa apoiar, ou ser apoiado.

O serviço oferece atividades coletivas (grupos terapêuticos e oficinas), atividades individuais (multidisciplinares), atividades voltadas a familiares, iniciativas de geração de trabalho e renda e ações de poder popular (Uniarte, Assembléia e Conselho Gestor). Os usuários e usuárias do CAPS AD são acolhidos diariamente e constroem com a equipe de referência um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que contém uma proposta de transformação de

variáveis na determinação social do processo saúde-doença nas dimensões: individual, particular (família, rua, bairro etc.) e geral (Brasil, mundo e sociedade).

O CAPS AD trabalha com cuidado em liberdade em acordo com a lei 10.216/ 2001 que reorienta o cuidado em saúde mental para o território e detrimento do antigo modelo asilar (manicômios). A exemplo dos procedimentos orientados pelo Ministério da Saúde na abordagem do alcoolismo (BRASIL, 1994)²⁶, o Programa, ainda hoje, conta com uma equipe, composta por médicos psiquiatras e assistentes sociais, que inicialmente avaliam os pacientes por meio da anamnese clínica, exames laboratoriais e avaliação da gravidade da dependência para diagnóstico da dependência química. Estes atendimentos têm duração de cerca de uma hora e meia em que a questão da doença, suas implicações sociais, familiares e profissionais são discutidas. Familiares participam do tratamento conjunta ou separadamente aos grupos terapêuticos. A terapia medicamentosa também faz parte do Programa, além da presença dos indivíduos nos grupos.

5.4 Procedimentos

Inicialmente foi solicitada e concedida pelo Secretário de Saúde do Município José Alberto Tarifa, a autorização para a realização da pesquisa entre os participantes do Programa de Tratamento de Álcool e outras drogas do CAPS-AD de Embu das Artes. O projeto desta pesquisa foi então encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISA.

Os entrevistados foram abordados individualmente e esclarecidos a respeito dos objetivos, riscos e benefícios envolvidos na pesquisa e convidados a participarem respondendo às entrevistas. Em caso de aceite, após assinarem o Termo de Consenti-

mento Livre e Esclarecido, os dados foram coletados utilizando-se os instrumentos já especificados. Após a coleta de dados, estes foram analisados estatisticamente, para que os resultados fossem discutidos com base em literatura especializada atual.

5.5 Análise Estatística e Grupos variáveis

Para a análise estatística foram aplicados testes não paramétricos, levando-se em consideração a natureza das variáveis estudadas:

1) Análise de variância de Friedman - Siegel (2006)²⁷, com o objetivo de comparar as participações dos scores brutos e percentuais de cada um dos oito domínios do teste de qualidade de vida SF-36. Esta análise foi aplicada, separadamente para cada um dos três grupos estudados (Dependentes químicos desempregados ou Grupo I, Dependentes químicos empregados e em percepção de benefício auxílio-doença ou Grupo II e Dependentes químicos em atividade laboral e sem benefícios previdenciários ou Grupo III).

2) Teste de Mann-Whitney²⁷ com o objetivo de comparar os grupos dois a dois (I x II e II x III) em relação a cada uma das participações de cada domínio no escore total do SF36.

3) Análise de Variância de Kruskal-Wallis, com o objetivo de comparar os três grupos em relação à idade; renda familiar; idade de início das drogas e tempo de uso de drogas.

O teste do qui-quadrado foi utilizado para evidenciar a diferença entre as variáveis qualitativas. Todos os testes foram bi-caudais e o nível de significância escolhido foi de 5%.

Categorização das variáveis: Devido ao pequeno número de sujeitos

encontrados em algumas categorias nas variáveis estado civil, escolaridade e abstinência as mesmas foram reagrupadas desta forma: estado civil em com companheiro (incluindo a categoria união livre) e sem companheiro (incluindo as categorias viúvo e separado); escolaridade em Fundamental Completo, Fundamental Incompleto, Superior Completo e sem resposta (englobando as categorias analfabeto, primário incompleto, primário completo, ginásio completo e ginásio incompleto, colegial completo e incompleto e pósgraduação); abstinência em abstinente há mais ou igual a 6 meses (incluindo abstinente há 5 anos ou mais, abstinente há 3 anos ou mais; abstinente há 1 ano ou mais e abstinente há 6 meses ou mais), abstinente há menos de 6 meses (inclui as categorias abstinente há 3 meses ou mais e abstinente há menos que 3 meses) e não abstinente .

1. RESULTADOS

Neste capítulo, iremos apresentar os resultados de acordo com os objetivos elencados. Os resultados do presente estudo são apresentados a seguir em 02 partes distintas. No que se referiu aos aspectos sociodemográficos dos três grupos estudados (n=42), a tabela 1 mostra a faixa etária média; gêneros; renda familiar média, Idade média do início do uso de drogas e tempo médio de uso de drogas.

Tabela 1: Participantes dos Grupos I, II e III segundo idade, gênero, renda familiar, início e tempo de uso de drogas.

Variáveis Sociodemográfico	Grupo I	Grupo II	Grupo III	P
Idade (anos)	31,5(30)	39,4(37)	48,5(48,5)	0,002*
Sexo (%)	F 47%; M 53%	F 6%; M 94%	F 12%; M 88%	-
Renda familiar (SM)	1,7	1,7	1,7	0,001*
Idade de inicio drogas (anos)	16,2	16,2	16,7	0,783
Tempo de uso drogas (anos)	13,8	23,1	31,7	0,023*
Total	n=17	n=17	n=8	

Grupo I: Participantes sem benefícios; Grupo II: Participantes com benefícios e sem atividade laboral; Grupo III: Participantes sem benefícios e com atividade laboral. *Análise de variância de Kruskal-Wallis.

De uma forma geral, pôde-se observar que a dependência química afeta um perfil composto por homens jovens, solteiros e de classe social baixa. Desta forma, o grupo III apresenta estatisticamente maior idade e o grupo I é constituído por indivíduos mais jovens, pois estão mais agudamente no sistema de reintegração, não possuem ocupação laboral ou subsídios, o que pode ser explicado pelo raciocínio crônico e progressão natural da doença. À medida que sofrem intervenções e a própria percepção da casuística, danos e problemáticas que são percebidas pelo paciente, a tendência da busca da reintegração cresce ao passo que a doença é manejada cronicamente. Da mesma forma, o fator Tempo de uso de

Drogas progride ascendentemente conforme a progressão dos grupos, pois se tratando de doenças crônicas, recaídas são frequentes a despeito da reinserção sócio-ocupacional o que se demonstrará a seguir na tabela de abstinência.

Na tabela 2, pode-se observar que o estado marital não apresentou diferenças estatísticas entre os grupos de participantes sem benefícios (Grupo I), com benefícios e sem atividade laboral (Grupo II) e sem benefício e com atividade laboral (Grupo III). A amostra reduzida dos representantes do Grupo III pode ter contribuído expressiva- mente na não significância dos achados e aumentar a variabilidade poderia expressar alguma possível diferença no estado marital aos demais grupos avaliados, direcionando aos achados da literatura que relata sobre a maior probabilidade do dependente químico permanecer sem companheiro, porém entre os dependentes com mais idade, o inverso é a moda²⁸. Os resultados sugerem maior frequência de indivíduos com companheiros no Grupo III.

Tabela 2 – Estado de Marital em número, percentual e comparações entre os grupos: Grupo I - participantes sem benefícios, Grupo II - participantes com benefícios e sem atividade laboral e Grupo III - participantes sem benefício e com atividade laboral em relação ao estado marital.

Grupos	Companheiro				Total	
	Com		Sem			
	N	%	N	%	N	%
Grupo I	4	23,5	13	76,5	17	40,5
Grupo II	4	23,5	13	76,5	17	40,5
Grupo III	5	62,5	3	37,5	8	19,0
Total	13	30,9	29	69,1	42	100,0
Teste do Qui-quadrado	X2 calculado = 4,60			p=0,1000 (N.S.)		

Na tabela 3, o grupo I observa-se que 88,2% dos indivíduos apresentaram abstinência menos do que seis meses, enquanto que no grupo II foi de 47,1%. Observa-se ainda que no grupo II 23,5% dos indivíduos não foram abstinentes. É importante ressaltar que o benefício auxílio-doença ou a atividade laboral mostraram-se neste estudo um fator protetor no sentido de que há uma progressão nestes grupos para uma melhor adesão aos grupos terapêuticos e maior tempo de abstinência, o que contribui por si só para melhores condições de reabilitação e saúde (tabela 3).

Tabela 3 – Estado de Abstinência em número, percentual e comparações entre os grupos: Grupo I - participantes sem benefícios, Grupo II - participantes com benefícios e sem atividade laboral e Grupo III - participantes sem benefício e com atividade laboral em relação ao tempo de abstinência.

Grupos	Estado de Abstinência					
	Grupo I		Grupo II		Grupo III	
	N	%	N	%	N	%
Sem Abstinência	2	11,8%	4	23,5%	2	25,0%
< 6 meses	15	88,2%	8	47,1%	3	37,5%
≥ 6 meses	0	0,0%	5	29,4%	3	37,5%
Total	17	100%	17	100%	8	100%

Teste do Qui-quadrado: $X^2 = 9,71$ ($p=0,0455$)

Na tabela 4, observa-se que não houve diferença significativa entre os grupos quando comparados em relação aos níveis de escolaridade. Em um estudo realizado em 2007, identificou-se que no Rio de Janeiro, 46% dos usuários cursaram pelo menos um ano do ensino fundamental, 38%, o ensino médio e 15% cursaram pelo menos um ano do ensino superior. Ao analisar o perfil sócio-demográfico de usuários em São Paulo, verificou-se que 54,8% não possuíam o ensino fundamental completo. Em São

João Del Rei (MG), 58,1% de usuários de álcool não haviam concluído o ensino fundamental e 6,7% eram analfabetos²⁸. Isso pode sugerir que a baixa escolaridade é um dos fatores de risco para desenvolver dependência química.

Tabela 4 – Escolaridade em número, percentual e comparações entre os grupos: Grupo I - participantes sem benefícios, Grupo II - participantes com benefícios e sem atividade laboral e Grupo III - participantes sem benefício e com atividade laboral em relação a escolaridade.

Grupos	Escolaridade					
	Fundamental Completo		Fundamental Incompleto		Superior Completo	
	N	%	N	%	N	%
Fundamental Incompleto	11	64,7%	5	29,4%	0	0,0%
Fundamental Completo	4	23,5%	11	64,7%	1	5,8%
Superior Completo	5	62,5%	2	25,0%	0	0,0%
Total	20	100%	18	100%	1	100%
Teste do Qui-quadrado: $X^2 = 8,11$ ($p=0,0877$)						

Os resultados observados no Grupo I mostraram que os domínios D1 (Capacidade funcional) e D3 (Dor), apresentaram scores significante maiores do que os observados no domínio D7 (Limitação por aspecto emocional).

Os indivíduos pertencentes ao Grupo I, mais agudos no processo de percepção dependência x doença, apresentam-se no processo de reabilitação via de regra com muitas limitações sociais, e este é um dos principais fatores ao dependente buscar ajuda. O desamparo familiar, a privação do sono, de boas condições de higiene e nutricional e a desconstrução da personalidade e do Social, traz prejuízos psíquicos importantes. Porém ainda estão em processo de assimiliação das incapacidades adquiridas e dos ônus que a sensação muitas vezes prazerosa da dependência

química traz ao seu estado mórbido (Tabela 5).

Os resultados observados na tabela 5 para o Grupo II (PB) mostraram que o domínio D1 (Capacidade funcional), apresentou score significativo maior do que os observados nos domínios: D2 (Limitação Física) e D8 (Saúde Mental).

No Grupo III, não houve diferença significativa na comparação entre os domínios: D1-D8, conforma apresentado na tabela 5.

Tabela 5 – Componentes dos grupos I, II e III segundo a participação percentual dos escores de cada um dos 8 domínios em relação escore total.

Domínios	Análise Intra-Domínios (D1-D8)					
	Grupo I		Grupo II		Grupo III	
	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana	Média
Capacidade funcional -D1	19,4	18,0	17,0	18,0	15,5	15,4
Limitação física -D2	6,7	8,6	6,7	7,5	2,3	6,4
Dor -D3	17,8	18,4	14,6	16,6	15,3	16,3
Estado geral de saúde -D4	11,3	12,2	13,0	14,1	8,9	7,7
Vitalidade -D5	12,8	12,5	11,8	13,4	12,6	13,5
Aspectos sociais -D6	10,4	10,9	9,0	9,0	12,1	12,9
Aspecto emocional -D7	5,3	7,1	11,4	10,4	14,3	13,2
Saúde mental -D8	12,8	12,2	11,6	11,0	14,8	14,8
Escore Total	386,0	426,2	394,0	405,2	535,5	478,6
Análise de Variância de Friedman						
Grupo I		Grupo II		Grupo III		
X² calculado = 25,0		X² calculado = 22,0		X² calculado = 12,0		
p=0,0008* (D1 e D3 > D7)		p=0,0025* (D1 > D2 e D8)		p=0,0989 (D1 > D2 e D8)		

Na tabela 6 pode-se observar que quando comparamos os percentuais de cada domínio entre os Grupos: I e II notamos que há um melhor desempenho nos parâmetros de capacidade funcional e dor, porém a análise não mostrou ser estatisticamente significativa. Para Waddell e Burton [29], o trabalho geralmente é o

mais importante meio de obtenção de bem-estar e plena participação na sociedade, atendendo a necessidades psicossociais importantes para a identidade individual, papéis sociais e status social. Existe forte associação entre falta de trabalho e problemas de saúde, demonstrando que a falta do trabalho ou ofício é prejudicial e se associa à mortalidade mais elevada; pior saúde geral; aumento da prevalência de doenças crônicas.

Tabela 6 – Componentes dos Grupos I e II em relação aos percentuais da participação de cada um dos domínios do SF36 no escore total.

Domínios	Análise				Grupo I x II Teste de Mann-Whitney	
	Grupo I		Grupo II		Z	p
	Mediana	Média	Mediana	Média		
Capacidade funcional -D1	19,4	18,0	17,0	18,0	1,07	0,285
Limitação física -D2	6,7	8,6	6,7	7,5	0,17	0,863
Dor -D3	17,8	18,4	14,6	16,6	1,64	0,101
Estado geral de saúde -D4	11,3	12,2	13,0	14,1	0,60	0,546
Vitalidade -D5	12,8	12,5	11,8	13,4	0,26	0,796
Aspectos sociais -D6	10,4	10,9	9,0	9,0	0,65	0,512
Aspecto emocional -D7	5,3	7,1	11,4	10,4	1,36	0,173
Saúde mental -D8	12,8	12,2	11,6	11,0	0,41	0,679

Na tabela 7, observa-se que quando comparamos os percentuais de cada domínio entre os Grupos: II e III, notamos que há um melhor desempenho nos parâmetros de capacidade funcional e dor em ambos os grupos, porém a análise não mostrou diferenças significantes. Quando comparamos os grupos em relação ao domínio 4 (Estado Geral de Saúde) o Grupo II obteve melhor desempenho que o Grupo III e em relação ao domínio 8(Saúde Mental), o Grupo III obteve maior

participação que o Grupo II. Houve melhor percepção do Estado Geral de Saúde no grupo amparado pelo benefício auxílio-doença, enquanto o domínio saúde mental apresenta-se com pior desempenho comparada ao grupo em atividade laboral. Nota-se que as estratégias de trabalho precisam ser cada vez mais voltadas para a conscientização do usuário, estimulando-o a assumir sua responsabilidade no processo de tratamento, o que é possível através do método psicoterápico, da manutenção do paciente dentro do acolhimento para usuários de substâncias químicas e que haja estímulo para sua reinserção ao mercado de trabalho assumindo novamente responsabilidades e compromissos. Dessa forma, são imprescindíveis políticas públicas eficazes na assistência ao usuário dependente de substâncias psicoativas, como também uma política de prevenção mais enérgica para esta problemática. A manutenção dos grupos empregados e afastados dentro de um serviço qualificado de acolhimento e prestação de tratamento, pode ser responsável por ter havido diferença significativa entre os grupos avaliados.

Tabela 7 – Componente dos Grupos: II e III em relação ao percentual dos rankings dos domínios do questionário SF36.

Domínios	Análise				Grupo II x III Teste de Mann-Whitney	
	Grupo II		Grupo III		Z	P
	Mediana	Média	Mediana	Média		
Capacidade funcional -D1	17,0	18,0	15,5	15,4	1,22	0,221
Limitação física -D2	6,7	7,5	2,3	6,4	0,47	0,641
Dor -D3	14,6	16,6	15,3	16,3	0,12	0,907
Estado geral saúde -D4	13,0	14,1	8,9	7,7	2,62	0,008*
Vitalidade -D5	11,8	13,4	12,6	13,5	0,70	0,484
Aspectos sociais -D6	9,0	9,0	12,1	12,9	0,11	0,221
Aspecto emocional -D7	11,4	10,4	14,3	13,2	0,96	0,336
Saúde mental -D8	11,6	11,0	14,8	14,8	2,01	0,044*

7. DISCUSSÃO

A proposta deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos dependentes de álcool e outras drogas em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Embu das Artes. Os principais resultados mostraram que a média de idade dos entrevistados do Grupo I foi de 31,5, sendo composto prioritariamente por homens (53%) com renda familiar média 1,7 salários mínimos. A idade de início do uso de drogas foi 16,2 anos e o tempo de uso de drogas 13,8 anos. A média de idade dos entrevistados do Grupo II foi de 39,4 anos, sendo composto por quase a totalidade de homens (94%), com renda familiar média de 2,1 salários mínimos, idade média do início do uso de drogas de 16,2 anos e tempo de uso de drogas 23,1 anos. A média de idade dos entrevistados do Grupo III foi de 45 anos, composto por homens em 88%, renda familiar média de 2,7 salários mínimos e idade do início do uso de drogas de 16,7 anos e tempo de uso de drogas médio de 31,7 anos. Pela análise estatística pode-se inferir que o Grupo III é composto por dependentes químicos mais velhos quando comparado aos demais grupos, apresentando igualmente um tempo de uso de drogas maior. Neste grupo também é percebido o maior score de renda familiar.

Em relação ao estado civil dos sujeitos, o Grupo I apresentou 76,4% sem companheiro, o Grupo II 76,4% sem companheiro enquanto o Grupo III apresentou 62,5% com companheiro. A diferença entre os grupos, entretanto, não foi significativa. Em relação à escolaridade dos entrevistados, cursaram até o ensino fundamental completo a maior parte dos indivíduos do Grupo I, 64,7%. No Grupo II a maior parte dos entrevistados cursou até o nível fundamental incompleto, correspondendo à 64,7% e no Grupo III a maioria cursou o Fundamental completo, 62,5%. Apenas 1

indivíduo dos entrevistados cursou o nível superior completo e pertencia ao Grupo II.

Recebem benefício previdenciário em sua maioria os indivíduos com nível fundamental incompleto pertencentes ao Grupo II. E estão reinseridos no mercado de trabalho do Grupo III, 62,5 % com nível fundamental completo. Grande parte dos sujeitos desempregados enquadrados no Grupo I deste estudo, apresentaram nível fundamental completo (64,7%). No momento da entrevista, os indivíduos do Grupo I em sua maioria apresentaram menos de 6 meses de abstinência (88%), enquanto no Grupo II este número correspondeu a 47% da amostra e no Grupo III, 25% dos entrevistados julgaram-se não abstinentes.

Na avaliação da QV dos dependentes químicos através do SF-36, quando comparados os domínios entre os grupos (Grupo I X Grupo II) não houve diferença significativa dos scores dos domínios do método. A média salarial dos grupos de estudo foi de 2,1 SM ($X^2 = 31,17$ - $p < 0,0001$). Nessa perspectiva, sabe-se que a pobreza é potencialmente atuante no fenômeno da toxicomania, onde a população de baixa renda utiliza a droga, em algumas situações, para amenizar angústias e sofrimentos inerentes à fome e a miséria³⁰.

Desta forma, o consumo de substâncias psicoativas comporta-se como uma espécie de anulação/anestesia do mal-estar social e das subjetividades³¹. O indivíduo que vive em condições precárias estará em contato com restrições (falta de perspectiva profissional, dificuldade de relacionamento humano decorrente da situação social, problemas de saúde, dificuldades de acesso à informação e formação cultural), situação que repercute em sua vida emocional, gerando sentimentos de angústia, nervosismo, desânimo e tristeza que poderão ser pseudominorados através do uso de drogas psicotrópicas³⁰.

No entanto, a pobreza não é o único fator a agir e influenciar no fenômeno da

toxicomania. O uso de substâncias psicoativas, comumente, envolve uma complexa combinação de fatores genéticos, psicológicos, familiares, socioeconômicos e culturais [26]. Desta forma, o uso, o abuso e a dependência são fenômenos muito complexos que não podem ser reduzidos a uma dimensão exclusiva, e que diversas variáveis estão relacionadas com um maior ou menor uso, bem como, com um maior ou menor índice de QV²⁶.

A relação entre o uso de drogas e a QV costuma ser inversa, obedecendo à premissa de que quanto mais se consome drogas, menor é a QV [26]. Essa concepção também foi descrita em outros estudos, a exemplo de Fassino et al. (2004)³², que investigando QV e transtornos de personalidade em italianos usuários de heroína, percebeu que ela foi inferior quando comparada aos não usuários. Ou ainda, Lima (2002)³³, que avaliando os domínios de qualidade de vida em alcóolatrás de acordo com o grau de dependência, encontrou escores menores de QV para os alcóolatrás de estado grave. No entanto, não se deve ignorar o fato de que o consumo de drogas, em princípio, tem intensidade cujo prejuízo não é visível, proporcionando prazer, alegria, euforia, relaxamento, bem-estar, ou seja, contribuindo para um autorelato de boa QV²⁶. É seu gradativo caminhar para o abuso e dependência química, que se associa à paulatina redução da QV ^{26,34}.

Quando comparamos os grupos e seus percentuais de escore de cada domínio pode-se inferir que houve melhor participação percentual do Grupo I no domínio Capacidade funcional e dor e pior desempenho no quesito Limitação por aspectos emocionais ($p=0,008$). Esse fato merece destaque, pois ao avaliar QV e esperança em toxicodependentes, Moraes³ afirma que o domínio Psicológico é o único a explicar significativamente as variâncias nos índices de esperança e, desse modo, quando afetado remete a um baixo nível de esperança, correlacionado com sentimento de

desvalorização, solidão e finalização da vida. Em contrapartida, um elevado senso de segurança, controle e estabilidade são muito necessários e conferem força e resistência ao uso de substâncias numa recuperação³⁴.

O Grupo II apresentou pior score no quesito aspectos sociais ($p=0,002$) o que podemos explicar pela privação da atividade laboral e do convívio social. Este estudo mostra a importância do trabalho para a qualidade de vida e percepção de saúde de adultos em idade produtiva. Os achados apresentados revelam um decréscimo da qualidade de vida e da percepção de saúde em trabalhadores afastados do trabalho. A comparação da percepção de saúde e da qualidade de vida entre trabalhadores ativos e afastados reitera a necessidade de promover plena inserção do adulto em atividades laborais, uma vez que pior percepção de saúde e qualidade de vida na população geral é um forte preditor de morbimortalidade.

Os resultados descritos têm implicações diretas nas políticas econômicas e sociais que devem incentivar o emprego e proporcionar intervenções em termos de retorno ao trabalho para combater os efeitos negativos da exclusão do mercado²⁹. Frente ao exposto, há a necessidade de mais pesquisas que possam auxiliar o entendimento dos fatores que interferem na dinâmica das variáveis aqui estudadas, permitindo, assim, uma atuação profissional que possa melhorar a autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. A atividade laboral reinsertiva promove mudanças positivas nestes aspectos, porém deve ser estudado e prescrito especificamente para esta população.

8. CONCLUSÃO

Após a apresentação e análise dos resultados foi possível chegar as seguintes conclusões:

- 1) A porcentagem de abstinência menor do que seis meses observada no grupo I foi significativamente maior do que a dos grupos II e III.
- 2) Os três grupos não diferenciaram significativamente quando comparado em relação à escolaridade.
- 3) No grupo I observou-se que a participação dos domínios da capacidade física e da dor foram significativamente maior, do que a observada no domínio do aspecto emocional.
- 4) Ao comparar os grupos II e III a participação do domínio capacidade física foi significativamente maior do que os domínios limitação física e saúde mental.
- 5) Os grupos I e II não diferenciaram significativamente para a porcentagem de participação para os 8 domínios.
- 6) Ao comparar os grupos II e III observa-se que a participação do domínio estado geral da saúde do grupo II foi significativamente maior do que a do grupo III. Por outro lado, em relação à saúde mental a participação do grupo III foi significativamente maior do que a do grupo II.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taub Anita, Andreoli Sergio B., Bertolucci Paulo H. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. Cad. Saúde Pública [Internet; 2004 Apr [cited 2019 June 15]; 20(2): 372-376.
2. MacCoun, R. J. Harm reduction is a good label for a criterion all drug programs should meet (invited comment). Addiction; 2004;104, 341-342.
3. Moraes, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Ciência e Saúde Coletiva ;2008;13(1), 121-133
4. Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Fonseca, A. M., Carlini, C. M., Oliveira, L. G. d., et al. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD);2007.
5. Pulcherio, G., Stolf, A. R., Pettenon, M., Fensterseifer, D. P., & Kessler, F. Crack –da pedra ao tratamento. Revista da AMRIGS;2010; 54(3), 337-343
6. McKay, J. R., Van Horn, D., Rennert, L., Drapkin, M., Ivey, M., & Koppenhaver, J. Factors in sustained recovery from cocaine dependence. Journal of Substance Abuse and Treatment; 2013; 45, 163-172
7. Cruz, V. D, Campos, R. Z., Silva, P. M., Al Alam, M. C. L., Goulart, G. L., & Oliveira, M. M. Rede de apoio social dos usuários de crack em Pelotas –RS. Journal of Nursing and Health; 2012, 2, 127-140.
8. Ventegodt, S., Merrick, J. Psychoactive drugs and quality of life. The Scientific World Journal; 2003; 3, 694-706.
9. Benincasa, M. Avaliação da qualidade de vida e uso de drogas em adolescentes do município de São Paulo, Tese (Doutorado em Psicologia) –Universidade de

São Paulo, 2010; 353 f.

10. Nahas, M. V. Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 6 ed. Londrina: Midiograf; 2013.
11. Ministério da Previdência Social (Brasil), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 6. ed. Brasília;2014
12. Ministério da Saúde (Brasil), Política Nacional sobre drogas; 2005. Acesso em: 23 abr. 2018 Disponível em:
<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/.../326979.pdf>>.
13. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas –SENAD (Brasil). Fundo Nacional Antidrogas;2010. Acesso em 05 mai 2018, disponível em: <<http://www.senad.gov.br>>.
14. Almeida, P. F., Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais Revista Saúde em Debate,2001; 25(58), 35-47.
15. Faria, J. G.; Schneider, D. R. O perfil dos usuários do CAPS ad - Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. Psicologia & Sociedade, v. 21;2009, p. 324-33.
16. Araújo, T. Almanaque das drogas: um guia informal para o debate racional, São Paulo: Leya;2012
17. Kolling N.M.K., Silva N.M.C.R, Carvalho J.C.N., Cunha S.M., Kristensen C.H. Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. Aval Psicol 2007;6(2):127-137.
18. Czeresnia D. Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do

- conhecimento epidemiológico, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
19. Carlini E.A. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo; 2006.
 20. Maldonado R.M., Pedrão L.I., Castillo M.M.A., García K.S.L., Rodríguez N.N.O. Autoestima, autoeficácia percebida, consumo de tabaco e álcool entre estudantes do ensino fundamental, das áreas urbana e rural, de Monterrey, Nuevo León, México. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2008; 16(n. esp):614-620.
 21. Ferreira, L.O. Nosso remédio é a palavra: uma etnografia sobre o modelo terapêutico de alcoólicos anônimos. *Cad. Saúde Pública*. v. 27, n.1; 2011, p. 195-7.
 22. Ciconelli S, Mesquita R. Tradução para português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade. *Rev Panam Salud Publica*, 2007; 22(1) 21-28.
 23. Lancman S., Ghirardi M. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 2002; 13(2): 44-50.
 24. Campos R.T.O, Furtado, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 2006; 22(5), 1053-1062.
 25. Balsamo S., SIMÃO, R. Treinamento de força: para osteoporose, fibromialgia, diabetes tipo 2, artrite reumatóide e envelhecimento. 2.ed. São Paulo: Phorte; 2002.

26. Ciconelli, R. M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo 1999; v. 39, n. 3, p. 143-150.
27. Formiga, L. T.; Santos, R. C. S.; Dumcke, T. S.; Araujo, R. B. Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. Clinical and Biomedical Research, Porto Alegre, 2006; v. 29, n.2, p. 120-126.
28. Siegel, S.; Castellan J.R..Estatística não paramétrica para ciências do comportamento, 2ª ed. PortoAlegre, Artmed, 2006.
29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. 2ª Edição. Brasília, 2004; Acessado em 12 abr 2018 em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>.
30. CEBRID–Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP –Universidade Federal de São Paulo; 2007. 468.
31. Waddell G.B.A., Waddell G., Burton A.K. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. Occup Med (Lond). 2001; 51:124-35.
32. Langdon, E. J.; Wiik, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, 2010. Acessado em 15 abr 2018; Disponível em: <https://bit.ly/2LCvImJ>.
33. Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências (pp 39-53) Rio de Janeiro, Ed

Fiocruz,2003; p.47.

34. André, M. E. D. A. Estudo de Caso: seu potencial na educação Caderno de Pesquisa, 49, 51-54 Acesso em 08 de novembro, 2018, em <http://educafccorgbr/pdf/cp/n49/n49a06pdf>.
35. Fassino S., Abbate D., Pierò A., Rovera G.G.: Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. Psychother Psychosom. 2002, 71: 200-206.
36. Carlini C. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil Rev Saúde Pública 2006;40(1):99-1065.
37. *Leandrini, T. M. M. Avaliação do impacto da implantação do Centro de Atenção Psicossocial de São Carlos na população de usuários de drogas em tratamento. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2004.*

ANEXOS

ANEXO I – Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A QUALIDADE DE VIDA DE DEPENDENTES QUÍMICOS SOB A ÓTICA DA PREVIDÊNCIA: A SOBRIEDADE DA REABILITAÇÃO

Pesquisador: GUILHERME AUGUSTO LINZMEYER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87582218.6.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.609.809

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa denominado A QUALIDADE DE VIDA DE DEPENDENTES QUÍMICOS SOB A ÓTICA DA PREVIDÊNCIA: A SOBRIEDADE DA REABILITAÇÃO, vinculado ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde. Pesquisa tem como proposta a avaliação e compreensão dos métodos de reinserção social e laboral dos indivíduos usuários de álcool e outras drogas, bem como da sua reabilitação ao convívio da vida autônoma, tendo como proposta a verificar a qualidade de vida sob a ótica da reabilitação e o

perfil sociodemográfico de usuários de álcool e outras drogas do Centro de Atenção

Psicossocial Álcool e Drogas da Prefeitura Municipal de Embu das Artes.

Métodos: Serão avaliados 60 usuários de álcool e outras drogas, os quais serão separados em três grupos: 20 dependentes químicos desempregados; 20 dependentes químicos afastados do trabalho em percepção de auxílio-doença e 20 dependentes químicos empregados e em plena atividade laboral. Para tanto, será aplicado um questionário de Qualidade de Vida relacionada à Saúde, a fim de se estabelecer critérios aplicáveis individuais e comparativos da auto-avaliação, utilizando-se os escores fornecidos pelo questionário, sob a ótica da reabilitação psicossocial previdenciária e um questionário semi-estruturado referente as questões sociodemográficas e econômicas dos usuários.

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

**UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA**



Continuação do Parecer: 2.609.809

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida dos dependentes de álcool e outras drogas em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Embu das Artes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos devidamente identificados em atendimento a legislação vigente.

Benefícios indiretos apontados em atendimento a legislação vigente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante a formação do conhecimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

IBP - devidamente apresentado;

Carta de Coparticipante: adequada;

TCLE - devidamente apresentado;

Cronograma coerente.

Folha d Rosto - devidamente apresentado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1100586.pdf	13/04/2018 10:54:07		Aceito
Outros	Carta_Participante_Gui.pdf	13/04/2018 10:50:08	GUILHERME AUGUSTO LINZMEYER	Aceito
Outros	VersoBrasileiradoQuestionriodeQualidadeVida.pdf	13/04/2018 10:48:35	GUILHERME AUGUSTO LINZMEYER	Aceito
Outros	sociodemografico_Guilherme.docx	13/04/2018 10:47:09	GUILHERME AUGUSTO	Aceito

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

**UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA**



Continuação do Parecer: 2.609.809

Outros	sociodemografico_Guilherme.docx	13/04/2018 10:47:09	LINZMEYER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉguilherme.pdf	13/04/2018 10:46:41	GUILHERME AUGUSTO LINZMEYER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomestradoomissaoetica.pdf	13/04/2018 10:43:51	GUILHERME AUGUSTO LINZMEYER	Aceito
Folha de Rosto	FRGuilherme.pdf	13/04/2018 10:43:21	GUILHERME AUGUSTO LINZMEYER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 19 de Abril de 2018

Assinado por:
José Antonio Silveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

ANEXO 2

Examinado	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	ESCORE TOTAL
1	22,5	0,0	30,5	20,0	5,0	0,0	0,0	22,0	200
2	0,0	0,0	25,5	18,9	12,8	6,1	0,0	36,7	196
3	16,0	4,2	14,2	11,3	12,7	10,5	16,9	14,2	592
4	28,6	7,1	24,0	12,0	15,7	3,4	0,0	9,1	350
5	21,9	0,0	19,7	6,0	16,4	10,4	9,0	16,4	365
6	19,8	5,5	11,0	16,9	15,4	8,4	7,3	15,8	455
7	0,0	25,8	21,7	12,1	10,3	22,7	0,0	7,0	387
8	19,1	14,3	19,1	9,9	17,2	7,3	0,0	13,0	523
9	25,1	0,0	13,9	16,7	1,4	13,9	27,9	1,1	359
10	19,8	20,9	8,4	7,3	20,9	2,5	6,9	13,4	479
11	32,0	0,0	24,2	10,8	5,1	25,3	0,0	2,7	297
12	11,7	0,0	17,8	12,3	29,2	14,6	9,6	4,7	342
13	14,4	12,0	16,1	9,1	12,8	14,1	5,3	16,1	623
14	14,5	14,5	14,5	9,7	14,5	14,5	4,8	12,8	688
15	26,7	6,7	26,7	11,2	13,4	6,4	0,0	8,6	374
16	14,1	15,6	9,5	11,3	6,3	15,6	15,6	11,9	639
17	19,4	19,4	15,8	12,2	3,9	9,8	17,4	2,1	386
MEDIANA	19,4	6,7	17,8	11,3	12,8	10,4	5,3	12,8	
MÉDIA	18	8,6	18,4	12,2	12,5	10,9	7,1	12,2	

ANEXO 3

Examinado	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	ESCORE TOTAL
1	24,1	0,0	17,3	16,1	8,5	10,7	9,3	13,6	352
2	22,5	5,9	14,4	17,0	11,8	9,0	7,8	11,3	422
3	21,3	13,3	10,6	6,6	6,6	20,0	17,9	3,2	374
4	30,2	0,0	12,7	16,5	14,3	7,9	10,5	7,6	314
5	15,5	19,4	14,0	10,7	7,7	2,3	13,0	17,1	514
6	16,1	0,0	23,0	25,3	20,7	0,0	0,0	14,7	217
7	14,5	14,5	14,5	9,7	13,1	7,2	14,5	11,6	687
8	2,5	0,0	31,6	12,9	36,2	6,2	0,0	10,3	193
9	17,7	18,6	13,4	7,8	14,0	9,3	6,1	12,7	535
10	25,0	8,9	17,9	21,5	8,9	0,0	11,8	5,7	279
11	6,3	6,3	15,4	7,6	13,9	19,0	17,0	14,2	394
12	37,5	0,0	30,0	22,5	3,7	0,0	0,0	6,0	133
13	16,1	8,4	6,7	12,2	14,4	16,9	11,3	13,5	589
14	17,3	10,2	14,7	14,7	11,2	12,6	6,7	12,2	489
15	4,0	6,7	19,4	16,1	21,5	0,0	18,0	14,0	371
16	16,9	0,0	11,5	12,6	11,3	18,8	18,8	9,8	530
17	16,1	15,1	14,5	9,0	10,1	12,5	13,5	8,8	495
MEDIANA	17	6,7	14,6	13	11,8	9	11,4	11,6	
MÉDIA	18	7,5	16,6	14,1	13,4	9	10,4	10,9	

ANEXO 4

Examinado	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	ESCORE TOTAL
1	16,3	0	14,2	5,8	10,5	14,5	23,4	14,9	427
2	18,0	18,0	7,2	8,4	11,7	11,1	18,0	7,2	554
3	14,4	0	24,5	6,6	17,1	0	16,4	21,6	407
4	11,4	16,4	16,4	11,8	10,6	12,3	11,0	9,8	609
5	15,4	4,5	13,0	9,4	12,7	18,1	12,1	14,5	551
6	19,2	0	11,7	10	12,5	11,9	19,2	15,3	520
7	15,5	12,2	16,3	10,1	16,3	10,1	5,40	13,7	611
8	10	0	26,6	0	16,6	25,3	0	21,3	150
MEDIANA	15	6,4	16,3	7,8	13,5	12,9	13,2	14,8	
MÉDIA	15,5	2,3	15,3	8,9	12,6	12,1	14,3	14,8	

ANEXO 5

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
1	17	19	16
2	27	12	20
3	15	12	13
4	22	20	15
5	13	12	22
6	23	17	14
7	18	32	17
8	13	14	
9	13	5	
10	13	13	
11	16	16	
12	19	15	
13	12	16	
14	13	20	
15	14	21	
16	12	12	
17		21	
MEDIANA	14,5	16	16
MÉDIA	16,25	16,29	16,7
DESVIO PADRÃO	4,47	5,83	3,25

ANEXO 6

GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO
41	41	29	22	54	42
35	44		26		55
26	28		34		48
33	34		34		57
26	26		37		44
23	33		42		49
30	29		20		39
24	24		38		
	40		29		
			34		
			44		
			40		
			59		
			64		
			63		
			55		
MÉDIA	31,5		39,4		48,5
MEDIANA	30		37		48,5