UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808

Monografia

Caracterização do perfil dos usuários que interromperam o acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad)

Carolina Rocha Silva

Salvador (Bahia)
Fevereiro, 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Silva, Carolina Rocha
S586 Caracterização do perfil dos usuários que interromperam o acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS – ad) / Carolina Rocha Silva. Salvador: CR, Silva, 2014.

VIII; 83 fls. [tab., graf.]

Orientador: Prof. Dr. Tarcisio Matos de Andrade.
Monografia (Conclusão de Curso) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013.

1. CAPSad. 2. Álcool. 3. Drogas. 4. Adesão terapêutica. I. Andrade, Tarcisio Matos de. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU – 614.216-089

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808

Monografia

Caracterização do perfil dos usuários que interromperam o acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad)

Carolina Rocha Silva

Professor orientador: Tarcísio Matos de Andrade

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2013.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Fevereiro, 2014

<u>Monografia</u>: *Caracterização do perfil dos usuários que interromperam o acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.*

Acadêmico (a): Carolina Rocha Silva
Professor Orientador: Tarcísio de Matos Andrade

<u>COMISSÃO REVISORA</u>:

- **Tarcísio Matos de Andrade,** professor associado IV do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Membro do Conselho Acadêmico de Pesquisa e Extensão – CAPEX/UFBA.

- **Arlúcia Andrade de Fauth,** professora do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

- **Bruno Solano de Freitas Souza,** estudante do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VI Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

"A força da alienação parte da fragilidade dos indivíduos que apenas conseguem identificar o que os separa e não o que os une"

Milton Santos

Às mulheres dos meus dias, **Virgínia Dias Rocha** e **Helenita de Jesus**

EQUIPE

- Carolina Rocha Silva, estudante da graduação da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Número de telefone para contato (71) 9130 3662. E-mail: carolrocha216@hotmail.com;
- Gerfson Moreira Oliveira, coordenador de capacitação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Gregório de Matos. Número de telefone para contato (71) 9918 2166. E-mail: gerfson@gmail.com;
- Tarcísio Matos de Andrade, professor associado IV do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia. Email:tarcisio@ufba.br

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia – FMB
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Gregório de Matos – CAPSadGM

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Programa de Educação pelo Trabalho – PET, Pró-saúde, Ministério da Saúde

AGRADECIMENTOS

Esta é a conclusão de uma etapa importante em meu percurso na Universidade. Não tenho plena certeza do que quero construir enquanto profissional, no entanto meus valores e ideais adquiridos e modelados a cada nova experiência não serão diluídos por pressões injustas do sistema em que estamos inseridos. Tal certeza, devo principalmente a meus amigos, família e profissionais que se tornaram referência em minha rotina. Agradeço a todos que me fizeram firme na busca por uma formação médica de qualidade e voltada para as reais demandas do meio em que estamos inseridos. Um agradecimento especial à equipe e aos usuários do CAPSad Gregório de Matos e a meus preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho, que agregaram sensibilidade e criticidade a minha forma de enxergar o outro e o mundo, principalmente a **Gerfson Oliveira Moreira**, que acompanhou de perto meu processo de trabalho para a conclusão desta monografia. A meu professor orientador **Tarcísio Matos de Andrade** pela disponibilidade em me auxiliar. Agradeço a todos que me fizeram firme na busca por uma formação médica de qualidade e voltada para as reais demandas do meio em que estamos inseridos.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS

I. RESUMO 3

II. OBJETIVOS 4

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 5

INTRODUÇÃO 5

HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DO MODELO DE CUIDADO AO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS 10

POLÍTICA SOBRE DROGAS 14

EPIDEMIOLOGIA 18

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 20

DIFICULDADE DE ADESÃO AO PROCESSO TERAPÊUTICO 24

IV. METODOLOGIA 27

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 28

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 28

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS 29

ANÁLISE DE DADOS 30

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 30

V. RESULTADOS 31

VI. DISCUSSÃO 36

VII. CONCLUSÕES 49

VIII. SUMMARY 51

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 52

X. ANEXOS 70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas de usuários inativos no CAPSad Gregório de Matos, Salvador – BA, 2013..... 32

Tabela 2. Distribuição por faixa etária de usuários inativos no CAPSad Gregório de Matos, Salvador – BA, 2013 33

Tabela 3. Características relacionadas ao processo terapêutico dos usuários inativos no CAPSad Gregório de Matos, Salvador –BA, 2013 34

Tabela 4. Características inerentes ao uso de substâncias psicoativas dos usuários inativos no CAPSad Gregório de Matos, Salvador – BA, 2013 35

I. RESUMO

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS QUE INTERROMPERAM O ACOMPANHAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS-AD)

Introdução: Durante o processo de consolidação da nova estratégia de atenção idealizada durante a reforma psiquiátrica, o CAPS foi um dos avanços mais importantes. Um dos problemas frequentemente encontrados no decorrer deste processo, é a dificuldade em iniciar e manter-se no processo terapêutico. Além dos fatores ligados à política de saúde e à dificuldade de interconectar os diversos serviços da rede de cuidados, o CAPSad vivencia problemas inerentes à população a qual presta atendimento. Os indivíduos encontram-se muitas vezes fragilizados pelo processo de estigmatização social, têm seus laços familiares enfraquecidos e podem apresentar comorbidades de cunho psíquico. **Objetivo:** Caracterizar o perfil dos usuários que interromperam o acompanhamento em um CAPSad e avaliar seus aspectos clínicos e psíquicos, considerando a existência de fatores de risco e proteção relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SPAs). **Metodologia:** Estudo transversal de natureza quantitativa e documental, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, localizado no Centro histórico da cidade de Salvador. Os dados foram levantados a partir de informações contidas em 250 fichas de acolhimento e analisados pelo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) **Resultados:** No grupo de indivíduos inativos no CAPSad-GM, 70,8% é do sexo masculino, 56,8% solteiros, 97,2% procedentes de Salvador, 77,2% possui residência, 59,2% tem ensino fundamental incompleto, 62,8% possui renda familiar entre 0 a 1 salário mínimo e 68,8% possui vínculo empregatício. **Conclusão**: Gênero, estado civil, nível instrucional e renda, no grupo estudado, são semelhantes aos das pessoas que fazem uso abusivo de drogas; enquanto possuir residência e ter vínculo empregatício pode ser uma característica das pessoas atendidas em um serviço especializado ou do grupo estudado. Estas últimas podem se constituir fator de proteção relacionado ao uso. O perfil do grupo em estudo precisa ser comparado ao perfil do grupo que não interrompeu o tratamento para que inferências corretas sejam feitas.

Palavras-chaves: 1. CAPSad; 2. Álcool; 3. Drogas; 4. Adesão terapêutica

II. OBJETIVOS

a. Objetivos Gerais

Caracterizar o perfil de usuários que interromperam o acompanhamento em um Centro de Atenção psicossocial Álcool e outras Drogas.

b. Objetivos Específicos

I. Descrever as características sociodemográficas, clínicas, psíquicas e sociais destes usuários de substâncias psicoativas (SPAs)

II. Identificar possíveis fatores de risco e/ou proteção relativos ao uso de SPAs

III. Contribuir para melhorar a qualidade de atenção e a adesão aos métodos de tratamento no CAPSadGM e em outros serviços da mesma natureza.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

a. Introdução

O uso de substâncias psicoativas (SPAs) acompanha a história da humanidade e sofre através dos tempos, constantes ressignificações. Os múltiplos modos pelos quais o uso é concebido e vivenciado variam a cada nova relação sujeito-ambiente-substância (Schneider, 2010). SPAs não são somente compostos dotados de propriedades farmacológicas determinadas, que possam ser natural e definitivamente classificadas como depressoras, perturbadoras e estimuladoras do sistema nervoso central. Sua existência e seus usos envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade, violência e comércio (Becker, 2001)

As SPA são produtos históricos e culturais, que remetem a modos particulares de compreensão, experimentação e engajamento no mundo. Não existe droga a priori, uma vez que são a atividade simbólica e o conjunto das motivações no consumidor que transformam uma substância psicotrópica em droga, levando à sua integração de maneira estável na estrutura motivacional do consumidor (Bucher et al., 1992). Esta é uma noção do consumidor como sujeito ativo, não necessariamente dotado de uma personalidade patogênica, mas alguém que, como todo ser humano, utiliza símbolos para se comunicar consigo mesmo e com seu ambiente. O efeito puramente fisiológico da droga importa pouco, já que se trata de compreender a interpretação que o indivíduo dá de sua experiência, do estado e da motivação que o impele a um consumo repetido da droga. Torna-se, então, importante estudar o que o usuário de substâncias psicoativas considera indispensável à satisfação de suas principais necessidades no plano social, cultural, afetivo e cognitivo (Becker, 1980).

Nas últimas décadas passamos por um processo de esvaziamentos simbólicos da herança cultural, o consumo passa a ser nosso suporte e emblema característico (Saraiva, 2000). Há um imperativo da diversão e da exploração de possibilidades de gozo. Podemos afirmar que, na contemporaneidade, não se usa drogas, mas se consome drogas, o que denota a relevância do viés econômico do fenômeno (Lins et al., 2010).

Os estudos sobre o processo histórico relacionado ao uso e abuso de substâncias psicoativas pela humanidade demonstram uma alteração significativa no padrão de uso nos tempos contemporâneos em relação àqueles até o início do século XX. Passou-se de um uso prioritariamente ritualístico, esporádico e restrito a pequenos grupos ao uso indiscriminado, atingindo a maioria dos países e das classes sociais, caracterizando um modo de vida típico das sociedades de consumo atuais (MacRae, 2007).

Os cidadãos sofrem uma massificação indiferenciada, gerando formações reativas diversas que podem extrapolar pela violência e autodestruição, a exemplo da “drogadependência”. Para esvaziar os processos de marginalização e drogadição de seus verdadeiros significados, os defensores do status quo tratam o inconformismo dos desviantes como agressão contra os fundamentos de um sistema cujos problemas são pouco analisados (Becker, 1976)

A questão torna-se ainda mais complicada se levarmos em conta que a definição de uma substância como “droga” ou medicamento, depende em última análise não de suas propriedades, mas do modo como o Estado decide tratá-la (Becker, 2001). Caracterizado essencialmente por ser um fenômeno constituído nas inúmeras interfaces e articulações entre variáveis biológicas, farmacológicas, psicológicas, socioculturais, políticas, econômicas e antropológicas, o uso de SPAs se configura como uma complexidade que inviabiliza qualquer tentativa de explicação reducionista,

que desconsidere suas múltiplas determinações (Cruz, 2006 e Seibel et al., 2000). Contraditoriamente, este fenômeno é abordado, em geral, a partir de processos teóricos e de intervenção dicotômicos, fragmentados, deterministas e de cunho acentuadamente reducionista (Schneider, 2009 e 2010).

Poucos fenômenos remetem a tamanhas e intricadas redes de significações históricas e culturais e ao mesmo tempo, têm se prestado a formas extremas de simplificação conceitual e manipulação política como o uso de SPAs. Confinamos a discussão ao âmbito da patologia da drogadição, a própria existência de SPAs é tida unilateralmente como um perigo em si, uma ameaça à sociedade. Compõe-se assim o cenário familiar da "guerra às drogas" com sua sequela de estigmatização, violência e estreiteza intelectual, numa espécie de espiral viciosa que naturaliza a ilegalidade e potencializa a repressão (Ministério da Cultura, 2008).

Esse viés da ameaça à saúde, à juventude, à família e à ordem pública, que ainda organiza em grande parte a discussão do tema, promove uma distorção decisiva, já que tende a atribuir à existência de SPA o sentido universal de perigo e a tratando-a como um problema conjuntural que poderia ser definitivamente eliminado por meio da proibição e da repressão. A amnésia histórica que alimenta a retórica proibicionista de converter as SPAs em malefício absoluto deixa de considerar que muitas delas tiveram um papel central na configuração do mundo que atualmente conhecemos (Misse, 2003). Como consequência, somos incapazes de lidar com a complexidade do fenômeno das "drogas", sendo que esta opção por um tratamento unilateral influencia o campo político, onde se percebe o empobrecimento das análises e a ausência dos aspectos socioculturais na concepção das políticas públicas direcionadas a elas (Ministério da Cultura, 2008).

Ao dar tanta ênfase ao uso das drogas ilícitas, envolvendo uma minoria da população facilmente estigmatizável, desvia-se a atenção da necessidade de um maior controle da produção e comercialização das drogas lícitas, de uso generalizado, altamente lucrativas e responsáveis pela grande maioria dos problemas relacionados aos psicoativos em geral. Deixa-se de atentar para possibilidades de prevenção e controle dos efeitos indesejáveis bem mais eficazes que o mero proibicionismo (Grund, 1993).

Além do caráter de ameaça à segurança pública, o uso de SPAs já foi assumido como um problema médico. Inicialmente a relação de poder imposta pela medicina científica, propunha sempre a negação da autonomia dos sujeitos em detrimento da ideia de cura. O controle sobre os corpos, base de uma prática hegemônica médico-centrada, possibilitou que as questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas fossem tratadas tão somente, de acordo a juízos de valor do profissional médico e foram consideradas, equivocadamente, como um problema estritamente relacionado ao uso da substância, livre de influências do meio e das variáveis psicossociais de cada indivíduo (Silva, 1998)

As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas não são consideradas na compreensão global do problema e a percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas acabou por promover a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade e que combate substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante.

Bourdieu acredita que a inovação científica não ocorre sem rupturas sociais com os pressupostos em vigor (Bourdieu, 2004). É perceptível que, nas sociedades onde prevalece a medicina científica, o saber médico se transmite a todos os conceitos. Nas explicações sobre a

natureza e as causas de grande parte dos problemas relacionados ao uso de SPAs, também se torna perceptível o fato de que as representações criadas acerca do seu uso produzem estigmas tão prejudiciais quanto o próprio uso de tais substâncias. O indivíduo estigmatizado poderá sentir que o esquema usual que utilizava para a interpretação de acontecimentos diários se encontra enfraquecido (Goffman, 1988).

Por longo tempo nos orientamos pelo modelo médico, no sentido de difundir a informações na busca de mudanças de comportamento em matéria de alimentação, realização de atividades físicas e principalmente no consumo de substâncias psicoativas tanto lícitas quanto ilícitas. Entretanto, tais mudanças se tornam objetivos difíceis quando o indivíduo é visto de forma reducionista e tem sua individualidade violada, na medida em que se impõe um comportamento "normal" ou adequado e um comportamento "desviante" ou inadequado.

As imposições destes princípios permeados pela ideia de normalidade que nos é imposta diariamente, acabam por culpabilizar os próprios indivíduos pelos comportamentos prejudiciais à sua saúde. Temos visto que o maior interesse desta ciência, que tem sido legitimada pelo poder médico e psiquiátrico, é a longevidade e não a qualidade de vida. A normalidade é prescrita, muitas vezes para a cura de problemas sociais. Quando a política se torna biopolítica e toma a saúde e, por extensão, a vida como objeto de intervenção preventiva total, priva-a de sua dimensão de abertura, restringindo-a ao ditame do privilégio à longevidade biológica. A vigilância extensiva e normalizadora que acaba impedindo a possibilidade de transcendência, muitas vezes nega a vida para sustentar a sobrevida (Bourdieu, 2004).

a. História e evolução do modelo de cuidado a usuários de SPAs

Sobre os modelos relacionados à atenção ao uso de drogas em nosso país, percebe-se que por muito tempo as concepções reducionistas refletiram o modo de atuação utilizados. Observou-se, através de estudos, a baixa efetividade da maioria dos tratamentos oferecidos aos usuários que, a custo, conseguem realizar sua meta, que, em geral, é a de alcançar e manter a abstinência (Noto et al., 1999). Diante deste fato há que se questionar se a raiz do problema da efetividade das ações não se encontra também nas próprias práticas em saúde. Não basta concentrar a responsabilidade de resultados negativos no usuário, como é comum em muitos serviços, que justificam a situação a partir da lógica de que a dependência é uma doença crônica e recorrente e, portanto, a recaída é parte do processo, ou ainda, da falta de motivação para os tratamentos, conforme demonstram pesquisas anteriores (Schneider et al., 2006).

A demanda relacionada aos problemas decorrentes do uso de SPAs pertence ao campo de atenção à saúde mental. Este vem passando por importantes transformações conceituais e operacionais e, pautado nos princípios do SUS, reorienta o modelo antes centrado na referência hospitalar por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária. Sendo assim, é fomentado a incorporação de ações de saúde mental na atenção básica, a fim de contribuir para alavancar este novo modelo, oferecendo melhor cobertura assistencial a este tipo de agravo e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS (Brasil, 2001).

Em meio a este contexto se faz necessário compreender nossa atual rede de atenção à saúde e como se deu sua estruturação, para então se incluir nos processos de mudança. Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar.

Um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança. Através de variados campos de luta, passa a protagonizar a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Gonçalves et al., 2001).

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216 de 06 de abril de 2001) é sancionada no país. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico; novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90 (Campos et al., 2009). O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual.

Compartilhando dos princípios do SUS, a rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

A ideia fundamental é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. Para o sucesso desta rede, a dinâmica de atenção deve ser pautada na territorialização. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes,

procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental (Costa-Rosa, 2006).

O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a "Política de Atenção Integral aos Usuários de álcool e Outras drogas", que preconiza a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada (CAPSad), devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (Brasil, 2003). No entanto, pesquisas têm mostrado as dificuldades dos profissionais da atenção básica nos processos de diagnose e atenção aos agravos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, aliados a insuficiência na formação profissional na área, o que conduz à instauração de diversas barreiras de acessibilidade e à dificuldade de atenção a esta demanda, que acaba ficando distante da perspectiva da integralidade (Brasiliano, 2005; Yunes et al., 2007 e Crives et al., 2003).

O ano de 2011 foi marcado por importantes alterações na lógica de funcionamento do SUS, com o estabelecimento da estratégia das Redes de Atenção à Saúde. Especificamente em relação à Política de Saúde Mental , a Rede de Atenção Psicossocial foi escolhida como um dos campos prioritários (Brasil, 2012). No entanto, mesmo com o maior investimento, o foco do Ministério da

saúde foi o combate ao uso de crack e a cobertura da rede continua insuficiente. Os dados apresentados pelo Governo Federal apontam para uma cobertura nacional em torno de 72% (Brasil, 2012), porém este dado desconsidera a má distribuição de serviços pelo território nacional. Grandes centros abarcam o maior número de CAPS enquanto cidades de menor porte continuam desassistidas. Mesmo em cidades onde os CAPS já foram implantados há um descompasso entre o potencial de atendimento e a demanda real dos serviços. A manutenção da territorialização como estratégia de funcionamento na rede de atenção torna-se inviável quando um serviço recebe a demanda de toda uma cidade com população superior a 3 milhões de habitantes, como é o caso de Salvador.

b. Política brasileira sobre drogas

A intervenção do Estado sobre a questão das drogas no Brasil se originou a partir do espelho da concepção criminalizadora adotada nos Estados Unidos. Teve seu primeiro registro de regulamentação em 1938 (Mesquita, 2005), através da aprovação do Decreto-Lei Nº 891/38, mais tarde incorporada pelo Código Penal. Essa tendência avançou no período da ditadura militar através de leis, a exemplo da Lei 6.368 de 21 de outubro de 1976, que dispuseram sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

No ano de 2002, o Ministério da Saúde através das Portarias n° 336/GM e 816/GM regulamentou o atendimento do usuário de drogas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-ad). Essa regulamentação deu início a uma mudança no cenário do atendimento aos usuários de SPAs, antes atendidos principalmente em hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2004).

Dentre as tentativas de regularização social do problema da drogadição, somente em agosto de 2006 surgiu algo diferente. Uma perspectiva humanizada, ainda que débil, se incorporou aos processos legislativos e foi sancionada a Lei n. 11.343 (Brasil, 2006). A nova legislação substituiu as leis anteriores, contemplando alguns avanços, principalmente no que se referia à exclusão da pena de prisão para o usuário de drogas, aproximando o uso de SPA de uma questão de saúde pública e afastando da esfera policial. Sendo assim, o maior desafio passou a ser a ampliação dos serviços públicos de saúde do SUS. Foi, instituído ainda, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que tem por finalidade articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS e a Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas - SENAD/Ministério da Justiça, embora com algumas divergências sobre a sua condução, assumem papel relevante para as políticas de atenção ao uso de álcool e outras drogas. Entre as ações desenvolvidas pela SENAD estão o realinhamento da Política Nacional Antidrogas, a criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, em parceria com o Instituto de Drogas e Toxidependência - IDT de Portugal, e a criação do SUPERA - Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento, um curso à distância envolvendo 5.000 profissionais da saúde e da assistência social, no momento em sua quarta edição. Entre as ações desenvolvidas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas destaca-se a ampliação da rede CAPSad e dispositivos de cuidados para a população de usuários de drogas a partir de 2002, a qual, embora ainda muito aquém da necessidade, em dezembro de 2010 contava com 258 Centros desta natureza (Andrade, 2011).

Com o progressivo aumento e visibilidade do consumo de crack, em 2009 foi lançado pelo governo Federal o PEAD Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (Brasil, 2008), seguido, em 2010, pelo "O Plano Crack" - Plano de integração das ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e de outras drogas.

Dentre as diretrizes da política atual encontram-se: promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.

A portaria 3088 de 23 de Dezembro de 2011 institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011). Dentre as diretrizes norteadoras desta portaria, destacamos: o combate a estigmas e preconceitos, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, a diversificação das estratégias de cuidado, o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos e ênfase no território e na comunidade.

Algumas das bandeiras de luta da reforma psiquiátrica brasileira tornaram-se realidade com a atual Política. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços residenciais terapêuticos

(SRT) e o auxílio de reabilitação psicossocial, expandiram significativamente o universo de cuidado e construíram uma nova perspectiva de saúde (Pitta, 2011). Esta é pautada na análise conjunta do indivíduo e seus determinantes psicossociais e ambientais, com o desenvolvimento conjunto de um plano terapêutico, no qual a autonomia é ponto prioritário. Se inicia o processo de construção de um modelo de atenção baseado na comunidade em lugar do modelo centrado no hospital.

No entanto ainda temos que avançar bastante na elaboração de dispositivos teóricos e de modelos de atuação que ampliem o alcance da rede e torne os ideais evocados pela reforma psiquiátrica diretrizes presentes em nossa prática de maneira sólida. O apelo midiático respaldado pelas últimas campanhas do Ministério da Saúde evidenciam o quão lento são nossos passos para o avanço e como corremos um grande risco de retroceder. Campanhas patrocinadas pelo Governo Federal com slogans do tipo “drogas: independência ou morte”, “Crack Cadeia ou Caixão”, “80% dos homicídios estão relacionados ao crack”, que fazem uso de imagens de violência e marginalização associadas diretamente ao usuário, são parte de um modelo falido e insistentemente empregado em nosso país.

O Estado adotou um inimigo, a substância psicoativa. Ao gerar este foco, se exime da responsabilidade de prover condições sociais e educacionais para indivíduos em condição de vulnerabilidade. Todo ônus sobre o uso recai sobre o próprio usuário. Ainda há a veiculação da imagem do usuário à criminalidade, e caímos em um ciclo vicioso de culpabilização e repressão extremamente ineficaz tanto do ponto de vista terapêutico, quanto de segurança pública (Wang et al. 2013). Campanhas de cunho combativo e proibicionista, programas de investimento em comunidades terapêuticas de caráter privado, déficit na ampliação e implementação de CAPS e na formação continuada são importantes obstáculos para a evolução de uma rede de atenção eficaz e humanizada. É neste contexto, que a necessidade de formação de profissionais de saúde engajados

na construção do real cuidado, se torna essencial para consolidação da lenta reforma cultural que se iniciou com a reforma psiquiátrica.

c. Epidemiologia

Além de se apropriar do histórico de nosso país, quanto a legislação e dispositivos terapêuticos, é essencial que saibamos qual o perfil de uso de SPAs aqui encontrado. Drogas legais como o álcool e o tabaco são os problemas de saúde pública mais proeminentes no Brasil e nos outros países em geral, embora exista uma estereotipia mental da população em só reconhecer como "droga" as drogas ilícitas, como a maconha, a cocaína e o crack, em nosso meio.

Segundo pesquisas nacionais, 12% da população brasileira é dependente de álcool e 1% dependente de drogas ilícitas, representando uma parcela significativa da população atingida por esta problemática (Carlini et al., 2007). O consumo de SPAs se constitui, em um dos mais graves problemas de saúde pública mundial (OMS, 2004).

Substâncias psicoativas, principalmente o álcool, representam atualmente uma das principais preocupações dos especialistas em saúde pública. Uma pesquisa Norte-Americana sobre Uso de Drogas e Saúde (MHS, 2006) mostra que os bebedores abusivos de álcool compõem 50,9% da população daquele país, com mais de 12 anos de idade, a prevalência de utilização da maconha é de 14,8%, de uso de cocaína 2,4%, e de outras substâncias tais como o crack ou heroína, é de 0,7% e 0,3%, respectivamente. Até 40% das internações hospitalares nos Estados Unidos estão relacionadas ao abuso de drogas e suas sequelas, de acordo com (Santora et al., 2008 e Mordal et al., 2008). O problema afeta adolescentes, adultos e idosos de todas as raças e de todos os estratos socioeconômicos. Na Europa, os dados publicados pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, mostram uma prevalência estimada de uso de maconha é de cerca de 4% e de

1% para a cocaína, esta mesma fonte e estima que 1 a 8 indivíduos a cada mil habitantes daquele continente têm problemas derivados do consumo de SPAs (OEDT, 2006).

O Relatório Brasileiro sobre Drogas preencheu uma lacuna importante dos dados epidemiológicos brasileiros e constitui-se na primeira fonte unificada de informações sobre drogas no país. Dentre os dados obtidos, é importante destacar que em 2001 e 2005 respectivamente, a estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2% e 12,3%; e a de tabaco de 9,0% e 10,1%. Exceto álcool e tabaco, as drogas com maior prevalência de uso foram: maconha (1,0% e 1,2%), benzodiazepínicos (1,1% e 0,5%), solventes (0,8% e 0,2%) e estimulantes (0,4% e 0,2%) (Brasil, 2009). O gênero masculino apresenta maior prevalência de uso durante a vida e maior dependência de álcool em relação ao gênero feminino, em todas as faixas etárias. A faixa etária que apresenta a maior dependência é a de 18 a 24 anos, seguida da de 25 a 34 anos. O gênero masculino apresenta maior prevalência de uso de maconha, solventes, cocaína, alucinógenos, crack, merla e esteroides, enquanto que o gênero feminino apresenta maior uso de estimulantes, benzodiazepínicos, orexígenos e opiáceos. A heroína e o crack têm baixa prevalência em ambos os sexos e em todas as faixas etárias (Brasil, 2009).

Na região Nordeste, em 2005, a estimativa de dependentes de álcool é 13,8%, e de tabaco 8,8%. Com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior uso na vida são, em 2001, orexígenos (11,2%), solventes (9,7%), maconha (5,5%), benzodiazepínicos (5,3%) e xaropes (3,2%); em 2005, orexígenos (9,3%), solventes (8,4%), maconha (6,1%), benzodiazepínicos (6,0%) e estimulantes (2,8%) (Brasil, 2009).

d. Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad)

O CAPSad oferece as seguintes modalidades de tratamento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Entende-se por tratamento intensivo a modalidade de atendimento direcionada a pessoas com grave sofrimento psíquico, que precisam de atenção continua – nessa modalidade o paciente é atendido diariamente. O tratamento semi-intensivo é uma modalidade oferecida a pacientes que necessitam de atenção direta da equipe, mas apresentam menos sofrimento e melhor estruturação psíquica do que no caso anterior – nessa modalidade o usuário pode ser atendido ate 12 dias no mês. Já o tratamento não intensivo é oferecido a pacientes que não necessitam de suporte contínuo, limitando-se o seu atendimento em até três dias no mês (Brasil, 2004). A escolha da modalidade terapêutica não é estanque e, de acordo a evolução do paciente, novos objetivos terapêuticos são traçados. As atividades diárias de cada indivíduo e sua dinâmica de relações também são decisivas para a forma de atenção adotada. As atividades consistem em atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, repouso e desintoxicação ambulatorial.

A organização do processo de trabalho no CAPSad se dá a partir do acolhimento. O acolhimento pode ser definido como uma estratégia para a reorganização do serviço de saúde que garante o acesso universal, a resolutividade e o atendimento humanizado (Franco et al., 1997). Pode ser considerado uma ferramenta de intervenção onde se reconhece as necessidades de atendimento e cuidado a uma demanda não agendada ou espontânea de forma qualificada. Para tal pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (Bessa, 2011). O acolhimento também se traduz como a relação humanizada, acolhedora, que os profissionais e o serviço, como um todo estabelecem com

os usuários (Merhy, 1994). Assim, trata-se também de postura (Tenório et al., 2000), pautada na escuta e na sensibilidade de percepção do outro, promovendo a formação de vínculo.

No âmbito da Saúde Pública, o Acolhimento é considerado um dispositivo que contribui para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo percebido como ferramenta de intervenção na qualificação da escuta e na construção de vínculo, além de garantir, nos serviços de saúde, acesso com responsabilização e resolutividade (Brasil, 2008). Nesse sentido, o Acolhimento propõe a inversão do modelo de atenção à saúde, organizando os serviços de saúde de forma usuário-centrado.

Em meio a todo o processo histórico e político de mudanças, são diversos os problemas enfrentados pelos profissionais e usuários de um CAPSad, no intuito de estruturar um serviço de excelência. Os CAPS são serviços públicos de referência para o tratamento de pessoas que necessitam de cuidados, por vivenciarem situações de intenso sofrimento psíquico, sujeitos em condição de fragilidade subjetiva, que, muitas vezes, apresentam funcionamento psíquico limítrofe e constituem uma demanda específica. Assim, os CAPSs devem estar articulados à rede de serviços de saúde, visto que precisam, permanentemente, de outras redes sociais para fazer face à complexidade das demandas de inclusão de sujeitos que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (Brasil, 2004).

O encaminhamento de usuários para outros serviços da rede mostra-se uma ação imprescindível para a reorganização do fluxo de Acolhimento do CAPS. Nesse sentido, a construção de redes de atenção em saúde mental exige, necessariamente, a modificação dos modos de gerir dos serviços e de trabalhar em saúde, assim como, nos processos de reorganização dos serviços, é necessário refletir sobre como é possível construir essas redes (Bezerra et al., 2008). Os

CAPS precisam buscar integração permanente com os serviços de atenção básica, até porque, de fato, têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes de saúde (Moraes et al., 2005).

O fortalecimento da rede municipal de atenção em saúde mental não exige unicamente a ampliação de espaços que possam cuidar da população em sofrimento psíquico. Mais do que isso, requer, impreterivelmente, a construção de redes de diálogo entre os serviços que habitam uma rede que já existe.

Além dos fatores ligados à políticas de saúde e à dificuldade de interconectar os diversos serviços da rede de atenção, o CAPSad tem um problema inerente à população a qual presta atendimento. Indivíduos com sofrimento relacionado ao uso de SPAs, encontram-se muitas vezes fragilizados pelo processo de estigmatização social, têm seus laços familiares enfraquecidos e podem apresentar comorbidades de cunho psíquico. Muitos, ainda, encontram-se em situação de rua, o que acarreta vulnerabilidade social extrema. Estas características geram dificuldades de adesão ao serviço e formação de vínculo com os profissionais. É grande o numero de pacientes que desistem antes do término do tratamento (Scaduto, 2009 e Llorca et al., 2005). Tal ocorrência é altamente prejudicial às politicas direcionadas aos usuários de SPAs, uma vez que a eficácia de qualquer tratamento depende estreitamente da adesão do paciente (Rabenda et al., 2010 e Reiners et al. 2008). Muitos dos problemas encontrados no Brasil não são unicamente decorrentes do descompasso entre a oferta de tratamento e a demanda; a inadequação das abordagens propostas nos processos terapêuticos contribuem grandemente para o fenômeno do absenteísmo em CAPSad.

Por se tratar de um processo de cuidado dotado de etapas e, de modo geral, de longa duração, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram, com frequência, na atenção

aos doentes é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. Na literatura brasileira e internacional, nos últimos anos, a produção científica na qual há um levantamento sistematizado sobre adesão/absenteísmo de pacientes ao tratamento é incipiente, principalmente quando se fala de saúde mental (Leite et al., 2003).

Pesquisas sobre adesão/absenteísmo têm conferido ao usuário a maior carga de responsabilidade sobre o cuidado, negando a legitimidade dos comportamentos que diferem do esperado (Rocha, 2003). A natureza, os sentidos e os determinantes do comportamento de não-adesão são complexos. Assim, há que se considerar essa questão sob uma ótica abrangente, levando em conta a subjetividade do paciente, a atuação dos profissionais, a dinâmica do serviço e os fatores sociodemográficos associados.

A estratégia de cuidado que orienta prioritariamente as ações na maioria dos CAPSad é a Redução de danos. Entendendo-se o paradigma que constitui um olhar sobre a questão das drogas, comprometido com o respeito às diferentes formas de ser e estar no mundo, esta abordagem opõe-se à visão tradicional de redução da oferta e está construída sobre dois argumentos: 1) é impossível uma sociedade sem drogas; 2) a guerra às drogas contraria os princípios éticos e direitos civis das pessoas, ferindo o direito à liberdade do uso do corpo e da mente (Passos & Souza, 2011).

Além disso, a abordagem da Redução de Danos põe em ação estratégias de cuidado e autocuidado, imprescindíveis para diminuição da vulnerabilidade frente à exposição a situações de risco, além de ser apontada como forma privilegiada de intervenção em saúde e educação. Constitui hoje um avanço significativo no sentido da adoção de uma lógica mais adequada à complexidade da questão do uso de drogas.

A estratégia de Redução de Danos, inventa também uma forma de produção de conhecimento e crítica dos lugares instituídos de poder. Parte da lógica de que é necessário conhecer para intervir, ao mesmo tempo em que é necessário intervir para conhecer, estabelecendo uma forma coletiva de construção de práticas de cuidado em um contexto de valorização da própria experiência na tomada de decisão sobre a atitude cuidadora (Souza, 2007).

No Brasil, a Redução de Danos constituiu enclaves na defesa de outros olhares sobre as drogas e seus usos. O ambiente político-reflexivo do movimento de luta contra a Aids foi um solo fértil para o desenvolvimento da Redução de Danos. Foi no âmbito das políticas de Aids que se radicalizou a ideia de que as políticas de saúde devem respeitar a diversidade, bem como os limites e potencialidades de cada sujeito, levando-se às últimas consequências a noção de que o conhecimento não deve ser depositado, mas construído junto com o educando. Conquistas do movimento de Redução de Danos na promoção de cidadania entre pessoas que usam drogas, ainda estão muito aquém do que poderia ser chamado “reconhecimento político”. Ações políticas ainda sofrem repressão, e o debate é criminalizado, no entanto o avanço alcançado até o momento é a base necessária para novas lutas (Fonseca et al., 2007).

e. Dificuldade de adesão ao processo terapêutico

Diante de aspectos tão complexos, o processo terapêutico de indivíduos que fazem uso abusivo ou enfrentam outro sofrimento relacionado às SPAs, deve ser traçado a partir de análise ampla e necessita de reformulação contínua, em consonância com os anseios do usuário. Nesta ótica de avaliação do uso de SPA, os CAPSad atuam como ponto chave na promoção da autonomia e na busca pela reorganização das relações de cada indivíduo. Para tal, uma equipe multiprofissional, avalia cada situação e dialoga com o usuário a fim de alcançar um plano terapêutico adequado.

No entanto ao considerar a atuação dos CAPS no plano real, este objetivo terapêutico encontra diversos entraves. Sabe-se que não há uma rede bem estruturada para atender às demandas em saúde mental. O usuário percorre um caminho assimétrico até encontrar o serviço adequado, ou desiste em meio a busca. Os encaminhamentos são confusos e por vezes não há como fazê-los, já que vários serviços não existem em nosso estado.

Ao se identificar fatores relacionados à dificuldade de adesão, o encaminhamento, a identificação de problemas e a formulação do projeto terapêutico se tornam muito mais eficazes logo no acolhimento inicial. Indivíduos com dificuldade em se manter junto à instituição devem receber apoio direcionado para evitar o abandono precoce do cuidado. O primeiro contato do usuário com o serviço deve ser diferenciado, pois ele deverá encontrar profissionais capacitados para avaliar possíveis causas de dificuldade de adesão e manejá-las de forma correta.

A dificuldade de adesão com consequente interrupção do acompanhamento em um CAPSas, é um grande obstáculo para o desenvolvimento de atividades permanentes e para o desenvolvimento e aprimoramento de planos terapêuticos individuais.

Alguns autores apontam que no início do tratamento, há sentimentos ambivalentes ,sendo necessário a construção de uma rede social e de estratégias de atendimento consonantes às necessidades apresentadas. Isto facilita a promoção da adesão aos serviços oferecidos e, influencia beneficamente a motivação e os resultados quanto a recuperação da qualidade de vida dos dependentes (Pinho, Oliveira & Almeida, 2008).

O percentual de abandono de tratamento é muito alto, o que salienta a importância de estruturação dos serviços evitando-se a morosidade, que reforça as desistências, somado a outros fatores como recaídas e comorbidades existentes (Figlie et al., 2010).

IV. METODOLOGIA

Estudo transversal de natureza quantitativa e documental, realizado no CAPS-ad Gregório de Matos (CAPSadGM), localizado na Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, no Centro histórico da cidade de Salvador, na Bahia. Este centro funciona há 1 ano e 8 meses e é composto por uma equipe multiprofissional, formada por um coordenador, um gerente administrativo, um coordenador de capacitação, quatro psicólogos, duas enfermeiras, dois psiquiatras, uma médica clínica, um farmacêutico, um fisioterapeuta, uma assistente social, um terapeuta ocupacional, um oficineiro, duas auxiliares administrativas, duas técnicas de enfermagem, dois auxiliares de serviços gerais, seis redutores de danos e dois vigilantes.

É importante destacar que o CAPSadGM tem um caráter de gestão e financiamento diferenciado. Trata-se de um serviço docente-assistencial, vinculado à Aliança Redução de Danos Fátima Cavalcanti – Programa de Extensão Permanente do Departamento de Saúde da Família – Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) – Universidade Federal da Bahia (UFBA). A esfera governamental ligada ao CAPS é a estadual, diferente do que está previsto para os Centros de Atenção Psicossocial, que devem ser geridos e financiados pelos municípios.

Os dados foram levantados no período de 15 de Agosto a 20 de Setembro do ano de 2013, tendo como fonte as fichas de acolhimento individual dos usuários do CAPSadGM (vide anexo 1). A escolha desta fonte de dados se deu por ser a melhor à nossa disposição para a investigação proposta, uma vez que cada usuário acolhido tem sua ficha preenchida na primeira entrevista realizada no serviço. Assim estaremos considerando tanto os usuários que abandonaram o serviço após a primeira visita, quanto aqueles que permaneceram por mais tempo antes de interromper o tratamento.

O universo foi comporto por 1020 fichas de acolhimento de usuários inativos, sendo obtida uma amostragem aleatória simples sem reposição. Tratando-se de um universo finito, porém de número grande, após numeração das fichas, foram retiradas para a amostra aquelas que eram múltiplos de 5, obtendo 204 fichas. O processo foi repetido, com a obtenção de mais 164 fichas, totalizando 368 fichas. Foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, sendo a amostra final composta por 250 fichas de acolhimento.

Estes dados foram levantados buscando-se traçar um perfil sociodemográfico do grupo de usuários inativos, além de contemplar dados como modalidade de acompanhamento terapêutico, tipo e quantidade de substância em uso, realização de terapias anteriores, presença de passado criminal e presença de outros transtornos psiquiátricos associados. As fichas foram obtidas no arquivo de usuários inativos. De acordo às normas institucionais, os casos são arquivados quando o usuário não comparece ao serviço por um período superior a 6 meses.

Critérios de inclusão

Foram incluídas as fichas dos usuários que possuíam prontuários com ficha de acolhimento totalmente preenchida e evolução diária com as informações necessárias para o estudo (ambas preenchidas por qualquer profissional da equipe)

Critérios de exclusão

Foram excluídas as fichas dos usuários com prontuários encaminhados a centros de detenção, instituições para menores e comunidades terapêuticas ou com dados incompletos.

Indivíduos encaminhados ao serviço por ordem judicial, mas que não faziam uso de álcool e outras drogas e que não deram continuidade ao tratamento por estar trabalhando.

Instrumento para coleta de dados

O instrumento para a coleta de dados foi elaborado pelos pesquisadores, sendo composto pelas seguintes variáveis:

- Variáveis sociodemográficas*:* sexo, faixa etária, situação conjugal, nível educacional, ocupação, renda familiar, procedência e envolvimento com a justiça.

- Variáveis relativas às substâncias psicoativas utilizadas*:* substâncias psicoativas utilizadas atualmente e frequência do uso: pesado (uso de SPAs 20 vezes ou mais ao mês), frequente (uso de SPAs seis vezes ou mais ao mês) e leve (uso de SPAs pelo menos uma vez ao mês).

- Variáveis relacionadas ao tratamento: Tratamento anteriores, passagem por regime de internação, modalidade terapêutica atual, perfil do paciente (usuário de SPAs ou familiar) e sintomas indicadores de gravidade (surtos psicóticos, sintomas depressivos e comportamento violento).

Foi realizado um teste piloto do instrumento com 10 prontuários para verificar sua aplicabilidade. Posteriormente, o mesmo foi readequado e aplicado pela pesquisadora principal.

Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva, com os resultados apresentados sob a forma de frequência simples e de porcentagem. A análise dos dados foi realizada com auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.

Considerações éticas

O estudo recebeu autorização da direção do CAPS-ad Gregório de Matos e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia – FMB, número 20983713.7.0000.5577, (vide anexo 2).

Os resultados do presente trabalho serão apresentados à equipe do CAPSad-GM, no intuito de prover à equipe conhecimento sobre a demanda do serviço para o desenvolvimento de novas estratégias de trabalho adequadas à realidade exposta.

V. RESULTADOS

A tabela 1 apresenta peculiaridades no perfil sociodemográfico da população inativa atendida pelo CAPSad Gregório de Matos. A amostra estudada evidencia que aproximadamente 2/3 dos pacientes são do sexo masculino (70,8%). Embora se trate de um serviço territorializado, 2,8% da amostra examinada era procedente de outro município. Dentre os residentes em Salvador, somente 31,6% pertence ao distrito do Centro histórico, onde localiza-se o CAPSad-GM. 68,4% dos usuários são de outros bairros. 77,2% dos indivíduos possuem residência e 22,8% estão em situação de rua.

Em relação a escolaridade, a maior é de indivíduos com ensino fundamental incompleto (59,2%). Há predominância de solteiros (56,8%), de renda familiar entre 0 e 1 salário mínimo (62,8%), de vínculo empregatício (68,8%) e de ausência de antecedentes criminais (62%). Quanto a religião, a predominância é de católicos (38%) e ateus (33,2%). Evangélicos/protestantes (20,8%), espíritas (4,4%) e adeptos ao candomblé (3,6%).

Tabela 1: Características sociodemográficas de usuários inativos no CAPSad-GM, Salvador – BA, 2013 (n = 250)

VARIÁVEL	*SITUAÇÃO*	*RESULTADOS*
SEXO	*MASCULINO*	*177 (70,8%)*
	FEMININO	*73 (29,2%)*
CIDADE	SALVADOR	243 (97,2%)
	OUTROS MUNICÍPIOS	7 (2,8%)
BAIRRO	PELOURINHO/CENTRO/COMÉRCIO OUTROS	79 (31,6%)
	BAIRROS	171 (68,4%)
SITUAÇÃO DE RUA	SIM	57 (22,8%)
	NÃO	193 (77,2%)
ESCOLARIDADE	NUNCA FOI À ESCOLA	11 (4,4%)
	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	148 (59,2%)
	ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	16 (6,4%)
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	11 (4,4%)
	ENSINO MÉDIO COMPLETO	37 (14,8%)
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	14 (5,6%)
	ENSINO SUPERIOR COMPLETO	8 (3,2%)
	PÓS-GRADUAÇÃO	4 (1,6%)
	MESTRADO	1 (0,4%)
	DOUTORADO	0 (0%)
RENDA FAMILIAR	0 A 1 SM	157 (62,8%)
	1 A 3 SM	58 (23,2%)
	3 A 5 SM	24 (9,6%)
	>5SM	11 (4,4%)
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	142 (56,8%)
	CASADO	40 (16%)
	DIVORCIADO	39 (15,6%)
	UNIÃO LIVRE	24 (9,6%)
	VIÚVO	5 (2%)
ANTECEDENTES CRIMINAIS	POSSUI	95 (38%)
	NÃO POSSUI	155 (62%)
VÍNCULO EMPREGATÍCIO	POSSUI	172 (68,8%)
	NÃO POSSUI	78 (31,2%)
RELIGIÃO	CATOLICISMO	95 (38%)
	ATEÍSMO	83 (33,2%)
	EVANGÉLICOS/PROTESTANTES	52 (20,8%)
	ESPÍRITISMO	11 (4,4%)
	CANDOMBLÉ	9 (3,6%)

SM: Salário mínimo

O grupo de jovens-adultos é o maior dentre aqueles que interromperam seu tratamento. Indivíduos entre 20 e 29 anos correspondem a 30,8% da amostra. Logo em seguida temos o grupo entre 30 e 39 anos, que também corresponde a uma parcela importante (26%).

Tabela 2: Distribuição por faixa etária dos usuários inativos no CAPSad-GM, Salvador-BA, 2013

Faixa etária	***Resultados***
<20 anos	24 (9,6%)
20 a 29 anos	77 (30,8%)
30 a 39 anos	65 (26%)
40 a 49 anos	44 (17,6%)
50 a 59 anos	27 (10,8%)
>60 anos	13 (5,2%)
Total	**250**

Quanto a modalidade terapêutica, o grupo de maior representatividade foi o de usuários não-intensivo (46,8%), seguido do semi-intensivo (42%).

A população atendida no CAPS não é constituída somente por usuários de SPAs. Outros indivíduos que fazem parte da rede de relações destes usuários, por estar em sofrimento grave e crônico demandam cuidado. Estes indivíduos constituem ponto de apoio essencial para o usuário de SPAs. Os familiares representam 10% da amostra examinada.

Quanto aos tratamentos anteriores ao cuidado no CAPSad, 43.6% da população estudada havia buscado em algum momento de sua história alguma forma de tratamento, seja este medicamentoso, pautado na religião ou sustentado na abstinência. Ao considerar como tratamento anterior apenas a internação, 28,2% dos pacientes havia tido esta experiência.

Sobre os preditores de gravidade ou comorbidades, percebeu-se que o percentual de indivíduos com sintomas depressivos foi de 42,4%, com episódios de surtos psicóticos foi de 34,8% e presença de comportamento violento em 28%.

Tabela 3: Características relacionadas ao processo terapêutico de usuários inativos do CAPSad-GM, Salvador – BA, 2013

	Características	***Resultados***
Modalidade de tratamento no CAPSad	N.I	117 (46,8%)
	S.I	105 (42%)
	I	28 (11,2%)
Situação do paciente	Usuários de SPAs	225 (90%)
	Familiar	25 (10%)
História de tratamentos anteriores	SIM	109 (43,6%)
	NÃO	141 (56,4%)
História de internação	SIM	72 (28,2%)
	NÃO	178 (71,2%)
Sintomas depressivos	PRESENTES	106 (42,4%)
	AUSENTES	144 (57,6%)
Surtos psicóticos	PRESENTES	87 (34,8%)
	AUSENTES	163 (65,2%)
Comportamento violento	PRESENTE	70 (28%)
	AUSENTE	180 (72%)

N.I = não intensivo, S.I = semi-intensivo, I = intensivo

Referente ao padrão de consumo, a maioria dos usuários faz uso de duas a quatro SPAs (74%), sendo uso frequente o mais prevalente (76,4%), seguido de uso pesado (15,2%). As substâncias lícitas foram as mais utilizadas, sendo a primeira delas o álcool (79,6%) seguido do tabaco (60%). Quantos às substâncias ilícitas as mais utilizadas foram a maconha (52%), a cocaína aspirada (42,8%) e o crack (41,6%). Outras substâncias utilizadas foram os solventes (7,6%), LSD (2,4%), tranquilizantes (1,6%) e anabolizantes (1,2%).

Tabela 4. Características inerentes ao uso de substâncias pasicoativas dos usuários inativos no CAPSad-GM, Salvador-BA, 2013

	Característica	***Resultados***
Quantidade de SPAs utilizadas	0 a 1	41 (16,4%)
	2 a 4	185 (74%)
	4 ou mais	24 (9,6%)
Frequência do uso	Pesado	38 (15,2%)
	Frequente	191 (76,4%)
	Leve	21 (8,4%)
SPAs utilizadas	Álcool	199 (79,6%)
	Tabaco	150 (60%)
	Maconha	130 (52%)
	Cocaína aspirada	107 (42,8%)
	Crack	104 (41,6%)
	Solventes	19 (7,6%)
	LSD	6 (2,4%)
	Tranquilizantes	4 (1,6%)
	Anabolizantes	3 (1,2%)

VI. DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos carecem de uma análise minuciosa das representações numéricas encontradas. A variável sexo a primeira vista revela somente um dado epidemiológico, no entanto é essencial a compreensão do conceito gênero para interpretar corretamente a variável em questão. Gênero é um meio estruturante das relações de poder, assim como classe, raça/etnia, orientação sexual, idade ou seja, é necessário também conceber a realidade social em termos de gênero.

Gênero está na base das relações hierárquicas entre distintas pessoas envolvidas nos cotidianos de usos e de intervenções profissionais, que orientam políticas públicas e ações de trabalhadores e trabalhadoras das diversas áreas acionadas para dar conta da complexidade das drogas (Moraes, et al., 2010). Dessa maneira o maior número de usuários inativos é de homens, inicialmente por entendermos que epidemiologicamente o uso é maior neste grupo e o contingente de demanda reflete no recorte em estudo. No entanto estudos anteriores (Cesar, 2006) já revelaram que as mulheres têm maior adesão a serviços de saúde, já que culturalmente o cuidado pessoal está mais ligado a mulher.

Elbreder e colaboradores ressaltam diferenças no consumo de álcool relacionadas ao gênero, salientando que embora haja maior frequência do uso abusivo entre homens, há evidências de que a diferença entre os gêneros vem se reduzindo gradualmente (Elbreder et al., 2008). Todavia, o preconceito e o estigma, faz com que as mulheres retardem a procura por ajuda. (Figlie et al., 2010) acrescentam que, por apresentarem características distintas dos homens, as mulheres necessitam de tratamento adequado, respondendo às suas peculiaridades.

Os dados encontrados neste trabalho acompanham a tendência de estudos epidemiológicos com populações específicas ou com a população em geral em diferentes países e revelam uma taxa de consumo de drogas mais elevada entre os homens (Oliveira et al., 2007)

Quanto a procedência, percebe-se que a demanda deste CAPS está muito além de sua capacidade. Em um universo de 250 pacientes, somente 79 fazem parte daquele que seria o território sob responsabilidade do CAPSad Gregório de Matos, o qual recebe inclusive pacientes de outras cidades, conforme revelado no presente estudo.

Para compreender a importância dos dados encontrados sobre a procedência dos usuários do serviço, devemos inicialmente falar sobre territorialização. Ela expressa um pacto no que tange à delimitação de unidades fundamentais de referência, onde devem se estruturar as funções relacionadas ao conjunto da atenção à saúde. Envolve a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais. Como processo de delineamento de arranjos espaciais, da interação de atores, organizações e recursos, resulta de um movimento que estabelece as linhas e os vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local (Fleury & Ouverney, 2007).

Um CAPS que abarca a demanda de seu território e de quase todos os outros da cidade de Salvador, além da região metropolitana, não tem como oferecer cuidado, considerando todas as esferas do indivíduo. O inchaço do serviço impreterivelmente levará à queda na qualidade deste. Se torna muito complicado oferecer atenção de maneira integral quando se trabalha muito além do limite proposto para determinada equipe.

Numa determinada área constituída por um município, um conjunto de municípios ou bairros, sempre existirão problemas e agravos de saúde de todas as ordens, cuja magnitude e qualificação dependerá da densidade populacional e das características epidemiológicas da área. Contudo não é necessário e/ou não se pode oferecer todas as tecnologias a cada bairro, daí a proposta de regionalização do sistema de saúde, a ser construída a partir de unidades políticas. Assim, na tentativa de melhorar a distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa dada área, bem como o processo de gestão, as cidades são divididas em Regiões Administrativas (RA) e Distritos Sanitários (DS).

A organização político administrativa da cidade de Salvador compreende 18 RAs e 12 DS. Sendo que cada distrito constitui um espaço geográfico que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais bastante parecidas (Mendes, 1993). Nosso município possui em torno de 3 milhões de habitantes (2.948.733 hab, IBGE 2008), sendo a cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil. É importante destacar estes dados para compreender o quão alarmante é o estado de saúde de nosso município. Para cada DS deve existir uma estrutura mínima de atenção à saúde, dentro desta estrutura destacamos a importância da presença de um CAPSad. Em uma das maiores cidades do Brasil, formadas por 12 distritos, só dispomos de 3 CAPSad.

Este número reduzido se reflete nos dados apresentados neste trabalho, na medida em que um serviço do DS do Centro Histórico, recebe usuários de todos os distritos da cidade. Além da demanda ser grande, é totalmente desorganizada, o que interfere na qualidade do cuidado e consequentemente na adesão ao serviço.

Não é possível seguir uma estratégia de territorialização quando se tem 3 CAPSad para uma população de 2,677 milhões de habitantes. Para não ferir o princípio da universalidade e acolher a demanda local mais a demanda espontânea de várias pontos da cidade, são necessárias novas formas de atuação. Como esta não é uma realidade somente da cidade de Salvador, as medidas pensadas em serviços como o CAPSad Gregório de Matos, podem ser extrapoladas para outras localidades até que novos serviços sejam inaugurados.

O CAPSad-GM foi criado de maneira diferente dos outros CAPS, que possuem gestão e financiamento municipais e são voltados prioritariamente para atividades assistenciais. O serviço em questão, possui gestão e financiamento estadual em parceria com a Faculdade de Medicina da Bahia, responsável técnica pelo seu funcionamento. Foi projetado para servir de centro de matriciamento para outros CAPSad, além de proporcionar capacitação profissional; pelo menos 50% de suas ações deveriam estar voltadas para este fim. No entanto, na prática percebe-se que diante da enorme demanda de assistência, o serviço acaba não executando de maneira satisfatória suas funções docentes, que somente no segundo semestre de 2013 começaram a ser fortalecidas.

Considerando que os indivíduos advindos do distrito do Centro Histórico exibem menores porcentagens de abandono do serviço, novamente se reforça a ideia de que a adesão é diretamente relacionada a existência do serviço no território do indivíduo. É do centro Histórico que procede a grande maioria dos clientes do CAPSad GM em situação de rua. Ainda que estes indivíduos em situação de rua estejam expostos à inúmeras adversidades e em um estado de vulnerabilidade social e física extremas, a proximidade do serviço ao seu local de vivência diária é um fator que contribui criticamente para a adesão.

A baixa escolaridade pode ser um fator importante para a não-adesão. Apesar de não existir uma relação inversa comprovada que nos permitisse afirmar que quanto menor o nível de escolaridade maior a probabilidade de abandono ao serviço, percebe-se que a maior parte dos indivíduos que não aderiram ao regime terapêutico do serviço não concluíram o ensino fundamental.

A baixa escolaridade pode representar um fator que influencia nas complicações a longo prazo, pela limitação do acesso às informações, devido ao possível comprometimento das capacidades de leitura e escrita, afetando, assim, a compreensão das recomendações e atividades.

Em diversos trabalhos se observa um resultado semelhante ao que foi encontrado aqui em relação à escolaridade. Estes trabalhos também analisam amostras de dependentes químicos composta, na sua maioria, por jovens com baixo nível de escolaridade (Chaves, Sanchez, Ribeiro, & Nappo, 2011; Guimarães, Santos, Freitas, & Araújo, 2008; Oliveira & Nappo, 2008).

A baixa escolaridade entre os dependentes químicos está associada ao desenvolvimento da dependência, que se torna preocupante à medida que a carência escolar ocasiona uma baixa qualificação profissional e, consequentemente, uma baixa expectativa de vida (Peixoto et al., 2010 e Monteiro et al., 2011).

Ao unirmos baixa escolaridade com a renda familiar insuficiente, podemos estar diante de fatores importantes na relação do usuário com o serviço. O uso de drogas vem sendo, por muitas vezes, associado à situação de vulnerabilidade social. Sobre este aspecto, considera-se que ampla parcela da sociedade vive permanentemente ameaçada pela instabilidade de suas condições de vida e pela exclusão social (Crives & Dimenstein, 2003).

De acordo com Ruotti e colaboradores, a vulnerabilidade pode ser compreendida como a forma como o indivíduo enfrenta eventos adversos e adota certos comportamentos, sob a perspectiva de uma pessoa engajada em um sistema de relações e problemas de diferentes ordens (sociais, políticos e econômicos), que influenciam nas suas escolhas e condições de vida (Ruotti, Massa & Peres, 2011). Para Bellenzani e Malfitano, o aumento de vulnerabilidade está ligado ao sofrimento e adoecimento psíquico (Bellenzani & Malfitano, 2006).

Segundo Schenker e Minayo, os fatores de risco em relação ao uso de drogas podem estar relacionados a seis domínios da vida (o individual, o familiar, o midiático, o escolar, os amigos e a comunidade de convivência) relacionados entre si, sendo que cada pesquisa na área enfatiza determinadas variáveis (Schenker & Minayo, 2005). Exemplos dessas variáveis são: sexo, idade, nível socioeconômico, desempenho escolar, trabalho, uso de drogas na família, entre outros. O nível socioeconômico é sempre um fator de destaque.

As características inerentes à condição enquanto classe social representativa, constituem um dos principais fatores de risco para o uso de SPAs. No entanto, não se pode pensar estes fatores de risco de forma isolada. Determinado fator é específico de um sofrimento único, porque seus contextos formadores tendem a espalhar os efeitos dele derivados sobre uma série de funções adaptadoras ao longo do desenvolvimento. E a exposição ao perigo que potencializa os riscos ocorre de diversas formas e em vários contextos. Ainda que os contextos e os caminhos sejam distintos, se tornou claro que é mais difícil se incluir em um plano terapêutico quando se tem um nível de escolaridade baixo, a autonomia deste indivíduo está prejudicada.

Apesar da tendência de encarar a pobreza em um nível macrossistêmico, reduzindo-a à dimensão material da miséria econômica, os efeitos gerados sobre o cotidiano dos agrupamentos

humanos são imensos. A condição de pobreza pode se constituir em ameaça constante e real ao bem-estar do indivíduo, na medida em que limita as suas oportunidades de desenvolvimento, conduzindo-os, em certas circunstâncias, à situação de miséria afetiva. Isso porque a miséria econômica é potencial gerador de uma série de contextos de risco ao desenvolvimento psicossocial dos indivíduos que se encontram em processo de amadurecimento cognitivo e emocional, constituindo fatores adversos relacionados às vivências de exclusão social. As diversas situações de privação de condições materiais de subsistência podem desencadear restrições severas no suprimento das necessidades básicas do indivíduo, incluindo aquelas de ordem afetiva, cognitiva e social (Ceconello et al., 2000).

Existem, no entanto, dados divergentes encontrados na literatura. O trabalho intitulado *Adolescência e uso de substâncias psicoativas: o impacto do nível socioeconômico*, apontou para maior probabilidade de uso de substâncias psicoativas entre os adolescentes da classe média e alta, particularmente no que diz respeito ao uso de álcool e tabaco (Pratta & Santos, 2007). No entanto é preciso relativizar este dado, já que se trata do uso somente de drogas lícitas.

A ausência de uma rede de apoio familiar também expõe o indivíduo a maiores dificuldades em suas relações interpessoais e institucionais. Muitos usuários não mantêm uma família ou nunca formaram laços e têm dificuldade em sustentar as estruturas familiares. Existe uma grande dificuldade em regular as relações e o afeto. Muitos substituem o relacionar-se com as pessoas por um relacionar-se com a substância em uso (Souza et al., 2006).

Quanto ao vínculo empregatício, presença de antecedentes criminais e religião, os resultados deste estudo revelaram discordância com os dados na literatura, que apontam grande importância destes fatores para o uso de substâncias psicoativas (Capistrano et al., 2013). Esse achado revela a

necessidade de análises mais complexas dos fatores que perpassam o indivíduo em sua complexidade.

Neste estudo verificamos que a média de idade entre as mulheres foi de 40,3 anos e entre os homens 32,97. Dado também observado por Burns et al, 2009, porém em uma amostra de pacientes em tratamento de substituição de opiáceos. Mesmo avaliando pacientes com um maior perfil de gravidade, os autores identificaram que indivíduos mais jovens foram significativamente mais propensos a abandonar o tratamento. Aqueles com idade entre 20 e 39 anos representam a maior população inativa no serviço. Estes dados também foram considerados similares aos levantados nacionalmente pela SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas) em 2005, que registrou na faixa entre 18 a 34 anos (Bortoluzzi et al., 2010). É necessário salientar que as mulheres demoram mais a procurar os serviços, sendo esta uma possível causa de apresentarem idades maiores que os homens no recorte em questão. Estes dados podem ser reflexo da população geral de homens e mulheres no CAPSadGM. Sendo assim, como há mais homens que mulheres, a idade dos que abandonam o serviço tende a ser mais baixa.

Analisando as características relacionadas ao processo terapêutico, notamos que o grupo que se destaca entre os inativos é o de indivíduos que se enquadram na modalidade de tratamento não intensiva. Este dado pode revelar um risco maior de abandono ao serviço quando se estabelece uma frequência menor de visitas ao CAPS, mas podem também expressar tão somente a principal forma de vinculação do serviço, já que as outras modalidades possuem número de vagas limitado. Sendo assim, são necessárias novas análises para estabelecer a importância do tipo de vinculação ao serviço no sucesso quanto a adesão terapêutica.

No CAPSad, o serviço é ofertado tanto para o usuário de SPAs, quanto para os familiares/rede de apoio do usuário, já que o uso abusivo não é incomum, é fonte de sofrimento também para quem cerca o indivíduo. Ter um familiar usuário de substâncias psicoativas, não incomum, suscita vários sentimentos tais como insegurança, medo, ansiedade, tristeza, dentre outros que funcionam como potenciais estressores. Os usuários de SPAs, na maioria das vezes, não contam para seus familiares que as usam, não a consideram um problema e, muitas vezes, sentem medo da rejeição por parte da família e da sociedade. Assim, os familiares só percebem quando o usuário passa a ter atitudes que demonstram falta de cuidado, os quais incluem aparência física, vestimentas, abstenção na escola, no trabalho, dentre outros. Esse momento de descoberta é muitas vezes bastante doloroso. Todo o preconceito e estigmatização voltada para o usuário, se refletem na percepção do familiar em forma de angústia e desespero.

Considerando que a família representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições, o engajamento desta no tratamento é enfatizado por pesquisadores que compartilham da premissa que, com a participação da família, aumentam-se as chances de sucesso no tratamento (Copello, 2006).

O familiar é fonte de ajuda, a partir do momento em que se considera a família como um sistema que necessita de orientação e acompanhamento para que o resultado do tratamento seja mais eficiente e eficaz. As intervenções mais utilizadas no trabalho com familiares de usuários de substâncias psicoativas têm tido como base a visão sistêmica, a teoria cognitivo-comportamental e os grupos de auto-ajuda. A abordagem sistêmica busca intervir na dinâmica familiar, procurando compreender de que forma o uso de drogas está sendo utilizado para manter o equilíbrio das relações. Em nossa amostra, os familiares representaram 10% dos usuários inativos no serviço, revelando a necessidade de formulação de estratégias voltadas também para este grupo.

Uma grande parcela da amostra analisada antes de buscar o CAPS já havia tentado outras formas de tratamento para o uso abusivo de SPAs, inclusive o regime de internação. Somente após percorrer diversos serviços, muitos deles em assimetria com a atual política de atenção ao usuário de SPAs, é que o indivíduo chega ao CAPS. Este fato revela que a rede de atenção psicossocial ainda é frágil e pouco divulgada. O dispositivo que deveria ser prioritário no cuidado ao usuário, muitas vezes é o último recurso.

É de grande relevância avaliar os dados referentes à possíveis diagnósticos associados ao uso de substâncias psicoativas. Pesquisas vêm demonstrando que a ocorrência concomitante do uso de substâncias e transtorno mental faz com que existam baixas taxas no que se refere à conclusão do tratamento, a permanência no tratamento e as altas taxas de recaídas e nova hospitalização no pós-tratamento, se comparados com indivíduos que têm somente o problema do uso de substâncias (Compton et al., 2003 e Weisner et al,. 2003).

De acordo com os estudos internacionais, muitos indivíduos com transtorno do uso de álcool e outras drogas têm ocorrência concomitante de transtornos psiquiátricas (Helzer & Pryzbeck, 1988; Kessler *et al.*, 1996). As taxas são particularmente altas entre aqueles que entram no tratamento da dependência química (Mertens *et al.*, 2003 e Wu *et al.*, 2003), reapresentando um grande desafio para os serviços especializados e para os planos de ação. Esses usuários, na maioria das vezes, apresentam um curso mais crônico da doença (Kessler, 2004). Muitos estudos mostram piores resultados no tratamento para usuários com duplo diagnostico (Mos *et al.*, 1994; Rounsaville *et al.*,1987; Weisner *et al.*, 2000; Zacny *et al.*, 2003). Os efeitos da comorbidade psiquiátrica na dependência química são complexos e influenciados pelo início da desordem psiquiátrica relativa ao inicio da dependência química (Hasin *et al.*, 2002).

Por fim, a análise das características inerentes ao uso, revelou que no grupo em análise, os indivíduos usam mais de uma substância e em frequência superior a seis vezes ao mês. Se observa um aumento do percentual quanto ao uso de múltiplas drogas, enfatizando um padrão compulsivo característico de nosso tempo (Oliveira & Nappo, 2008). A associação de drogas, ressalta a importância da sistematização de dados nos prontuários que contemplem essa variável de forma a conferir maior clareza ao conhecimento da realidade vivenciada pelos usuários e contribui para a elaboração de estratégias de atenção que correspondam às suas necessidades.

Adicionalmente ficou claro que o uso do álcool é bastante relevante no contexto de dificuldade de adesão ao tratamento. Muitos usuários de álcool buscam ajuda para conter o consumo abusivo de álcool, porém diversas vezes os resultados giram em torno de falhas, fracassos e recaídas. A frequência com que ocorre a recaída, oscila entre 10% e 30%, assinalando-se diferentes causas (Álvarez, 2007).

A dependência de álcool no Brasil tem mostrado uma prevalência variada de 3% a 10% na população geral adulta, sendo considerada a substância psicotrópica mais consumida no país, provocando elevada busca por assistência médica para os dependentes. Segundo o Ministério da Saúde, o alcoolismo é responsável por 50% das internações psiquiátricas masculinas, 20% em unidade de gastroenterologia e 90% das internações por dependência de drogas em hospitais psiquiátricos brasileiros, sendo que pessoas com este problema são quatro vezes mais hospitalizadas que a população em geral (Luis et al., 2005 e Laurenti et al., 2005).

É importante salientar, que os dados aqui apresentados revelaram que o verdadeiro problema, tanto a nível do CAPSadGM, quanto a nível de outros serviços, quanto ao uso de SPAs, está no

consumo do álcool e não do crack, como vem sendo amplamente divulgado pelos meios de comunicação (Brasil, 2009).

A propaganda é o meio pelo qual se busca produzir novas formatações subjetivas, construindo realidades, discursivas e estéticas que comportam seus objetivos mais ousados: criar, destruir ou substituir hábitos e costumes, visando a massa ou grupos segmentados por estilo de vida. Desde o início do século passado, a prática tem por finalidade construir uma cena que capture o leitor ou consumidor, em traços identificatórios que resultarão em maior apoio e demanda. A visualização deste movimento é imprescindível para entender o espaço que o crack ganhou nos últimos anos. Nas recentes eleições presidenciais foi consenso que para lidar com o problema das drogas, a prioridade era o combate ao crack.

Na última pesquisa publicada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) já citada anteriormente, em 2005, em 108 cidades do território nacional, o uso de crack correspondeu a 0,7% dos 7.939 entrevistados, enquanto o uso de álcool 74,6%. O uso de benzodiazepínicos também superam em muito o de crack. Nesta pesquisa do CEBRID a dependência de álcool foi de 12,3%, benzodiazepínicos 0,5%, e para o crack o número não foi representado por não chegar a 0,2%.

Portanto, devemos considerar duas dimensões de propaganda que se fazem presentes: a primeira inclui o assunto na pauta do debate público. Visibiliza e dá dimensão a uma questão que provoca um movimento que pode gerar comoção e clamor da chamada “opinião pública”, trazendo status notável ao tema. Esta primeira dimensão convoca a segunda: o posicionamento do poder público frente à questão que entrou na pauta. A partir do momento em que a questão se apresenta como

relevante para a sociedade, o poder público deve agir, ainda que pautado em medos e anseios que não necessariamente se justifiquem em estatísticas ou racionalmente.

Dessa maneira, deve ser reafirmada a necessidade de reflexão a cerca do uso de SPAs, para que o discurso presente na classe de profissionais da saúde de nosso país seja pautado em dados reais e livre de preconceitos. O foco das ações de saúde devem ser reorientados segundo as necessidades verdadeiras de nossa população.

VII. CONCLUSÕES

Este estudo contribuiu para a construção do perfil sociodemográfico da população de usuários inativos do CAPSasGM.

I. O estudo apontou prevalência de homens, solteiros, na faixa etária de 21 a 40 anos, com baixa escolaridade, mantendo vínculo empregatício, sem precedentes criminais, sendo a maioria procedente da cidade de Salvador, mas sem um distrito sanitário com prevalência dominante.

II. As modalidades terapêuticas mais prevalentes foram a não intensiva e a semi-intensiva e quase metade do grupo estudado já realizou um tratamento anterior ao desenvolvido no CAPSadGM. As substâncias lícitas, álcool e tabaco, são as mais utilizadas, seguidas das seguintes substâncias ilícitas: maconha, cocaína aspirável e crack, sendo o uso mais encontrado classificado como frequente.

É importante destacar que os resultados encontrados exibem limitações, já que não foi comparado com um recorte da população ativa no serviço. Dessa maneira não fica claro se o perfil encontrado reflete a população com dificuldades de adesão ou reflete somente o perfil geral da população vinculada ao CAPSadGM. Esta é a importância de continuar este trabalho ou incentivar trabalhos posteriores que possam elucidar esta questão.

Diante do que foi exposto e frente a complexidade de fatores presentes no uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, destaca-se a importância de melhor estruturação dos dados nos prontuários, colaborando com a compreensão dos conteúdos vivenciados por eles e apreciação da efetividade dos serviços oferecidos.

Sugere-se a implantação de uma busca ativa sistematizada a partir do fortalecimento da rede de atenção ao usuário de substâncias psicoativas, bem como o fortalecimento dos vínculos com a comunidade. Além disso, considerando a necessidade de ampliar e divulgar conhecimentos teóricos relacionados ao uso de SPAs, reafirmamos a necessidade da realização de novos estudos nesta área. O processo de evolução político-social a cerca de um tema deve ser impulsionado pela comunidade acadêmica. As mudanças são sustentadas por dados objetivos, elocubrações fora do campo científico dificilmente geram efeito considerável.

VIII. SUMMARY

DESCRIPTION OF THE PROFILE OF USERS WHO DISCONTINUED MONITORING IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER ALCOHOL AND OTHER DRUGS (CAPS -AD)

Introduction : During the process of consolidation of the new strategy devised attention during the psychiatric reform , the CAPS was one of the most important advances. One of the problems encountered during this process is the difficulty in starting remain in the therapeutic process . In addition to factors related to health policy and the difficulty of interconnecting the various services of the care network, CAPSad experiencing problems inherent to the population which provides care . Individuals are often weakened by social stigmatization , have their weakened family ties and may have comorbid psychological nature. Objective: To characterize the profile of users who discontinued CAPSad in monitoring and evaluating their clinical and psychological aspects , considering the existence of risk and protective factors related to the use of psychoactive substances (PAS) . **Methods:** Cross-sectional study of quantitative and nature documentary , held at the Center for Psychosocial Care Gregorio (CAPSad - GM) , located in the historic center of Salvador . Data were collected from the information present in 250 host records and analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) **Results:** This study revealed that the group of inactive individuals in CAPSad - GM 70.8 % of subjects were male , 97.2 % coming from Salvador , 77.2 % have residence , 59.2 % have finished primary school , 62.8 % have a family income between 0-1 minimum wage , 56.8 % were single and 68.8 % have employment. **Conclusion :** Many of the characteristics analyzed are important risk factors and / or protection for the use of PAS . The profile must be compared to the group who did not discontinue treatment so that correct inferences are made profile.

Keywords: 1 . CAPSad 2. Alcohol 3. Drugs 4. adherence

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, A. M. A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *J. bras. Psiquiatria, 56(3): 188-193, 2007*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a06v56n3.pdf. Acesso em: 05 dez. 2013.

2. Andrade, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciências de saúde coletiva; 16(12): 4665-4674, ND, 2011*. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pidS1413-81232011001300015 Acesso em 05 dez 2013.

3. Becker, H. "Consciência, poder e efeito da droga", in Uma teoria da ação coletiva, Rio de Janeiro, Zahar 1976, pp. 181-204.

4. Becker, H. "The Social Bases of Drug-induced Experiences"In; Lettieri, J.J.; Mayers, M. Pearson, H.W. (orgs.) Theories on Drug Abuse NIDA Research Monograph 30 ,NIDA, Rockville 1980, pp180-190

5. Becker, H. Les drogues: que sont-elles?. In : BECKER, Howard. Qu'est-ce qu'une drogue? Anglet: Atlantica, 2011, pp. 11–20 Figlie et al.(2010,p.607)

6. Bellenzani, R. & Malfitano, A. P. S. Juventude, vulnerabilidade social e exploração sexual: um olhar a partir da articulação entre saúde e direitos humanos. *Saúde e Sociedade, São Paulo*, vol. 15, n. 6, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902006000300010&lng=pt&nrm=iso.> Acesso em: 05 dez. 2013.

7. Bessa, J. M. S. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, Jul 2011, vol.16, no.7, p.3051-3060. ISSN 1413-8123.

8. Bezerra E & Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol Ciênc Profissão*. 2008; 28(3):632-45.

9. Bortoluzzi, M. C; Traebert, J; Loguercio, A; Kehrig, R. T. – Perfil comparativo de usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil – *Ciência e Saúde Coletiva* – v.15 nº3, RJ Maio 2010. Disponível em :http://157.86.173.10/cgibin/wxis.exe?IsisScript=phl8/003. Acesso em 05 de dez 2013.

10. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004

11. Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2004.

12. Brasil (2006). Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude. Acesso em 02 Setembro 2013.

13. Brasil (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

14. Brasil (2009). 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. 364 p.ISBN 978-85-60662-29-6

15. Brasil (2010). SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

16. Brasil (2011). Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde GM Nº 3.088-2011 2702. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm../2011/prt3088_23_12_2011_rep.html . Acesso em 18 de nov de 2013.

17. Brasil (2012). Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília:março de 2012 (acesso em 17 de Junho de 2013)

18. Brasil, Ministério da Saúde. (2003). A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional DST/AIDS. Brasília.

19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União* 2009.

20. Brasiliano, S. Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil de evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo 2005: USP.

21. Bucher, R. & Lucchini, R. "À Procura de uma abordagem interdisciplinar da toxicomania" In; Drogas e Drogadição no Brasil, Bucher, R. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992 p 181-204.

22. Burns L, Randall D, Hall WD, Law M, Butler T, Bell J, et al. Opioid agonist pharmacotherapy in New South Wales from 1985 to 2006: patient characteristics and patterns and predictors of treatment retention. Addiction. 2009;104(8):1363-72.

23. Campos R. T. O, Furtado J. P e Passos. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Evaluation of the network of

psychosocial care centers: between collective and mental health. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl. 1):16-22.

24. Capistrano, F. C; Ferreira A. C. Z.; Silva T. L; Kalinke L. P; Maftum M. A. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. Esc. Anna Nery vol.17 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2013. Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200005. Acesso em 09 de dez, 2013.

25. Carlini, E., Galduroz, J., Noto, R., Fonseca, A., Carlini, C., Oliveira, L., Nappo, S., Moura, Y. & Sanchez, Z. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidade do país. CEBRID. Escola Paulista de Medicina. Brasília 2007; Secretaria Nacional Antidrogas.

26. Cecconello A. M, Koller S. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estud Psicol* 2000; 5(1):71-93.

27. Cesar B. A. L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. *J. bras. psiquiatr.* vol.55 no.3. Rio de Janeiro 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000300006. Acesso em 04 de dez 2013.

28. Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A., & Nappo, A. S. (2011). Fissura por crack: Comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública, 45*(6),1168-1175.Coletiva. Ed. Hucitec, São Paulo, 1998

29. Compton, W.I.; Cottler, L.B.; Jacobs, J.L.; Bem-Abdallah, A.; Spitznagel, E.L. - The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *Am J Psychiatry* 160: 890-895, 2003.

30. Copello, Alex G.; Templenton, Lorna; Velleman, Richard. Family Interventions for Drug and Alcohol Misuse: Is There a Best Practice? Curr Opin Psychiatry. Medscape Today, 19(3):271-276, 2006.

31. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Pp. 141-68.

32. Crives, M.N.S. & Dimenstein, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. *Revista Saúde e Sociedade* 2003; 12(2), 26-37.

33. Cruz, M.S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In O. Cirino & R. Medeiros (Org.). Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis (v. 1; pp. 13-24). Belo Horizonte 2006: Autêntica.

34. Elbreder, M. F; Laranjeira, R; Siqueira, M. M & Barbosa, D. A. - Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química – *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* – v.57 nº11, RJ 2008. Disponível em:http://WWW.sicelo.br/pdf/jbpsiq/V57n1/v57n1 a 03.pdf.

35. Figlie, N.B. et al Aconselhamento em Dependência Química. 2.ed. São Paulo: Roca, 2010.

36. Fleury & Ouverney. Territorialidade e Desenvolvimento contemporâneo. *Revista Nera*, ano 7, n 4 – janeiro/julho de 2004.

37. Fonseca, E. M. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, set. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000900021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 nov. 2013. doi: 10.1590/S0102-311X2007000900021.

38. Franco TB, Bueno WS & Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15 (2):345-53.

39. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: J. Zahar; 1988.

40. Gonçalves A. M & Sena R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 março; 9 (2): 48-55.

41. Grund, J.-P.C. Drug Use as a Social Ritual- Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation , Rotterdam, Instituut voor Verslavingsondersoek (IVO), Erasmus Universiteit 1993, 321pp.

42. Hasin, D.; Liu, X.; Nunes, E.; Samet, S.; Endicoot, J. - Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry* 59: 375-380, 2002.

43. Helzer, J.E. & Pryzbeck, T.R. - The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 49: 219-224, 1988.

44. Kessler, R.C. - The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 56:730-737, 2004.

45. Kessler, R.C.; Nelson, C.B.; McGonagle, K.A.; Edlund, M.J.; Frank, R.G.; Leaf, P.J. - The epidemiology of co-occuring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 66: 17-31, 1996.

46. Labate, B. C; Goulart, S. Fiore, M. MacRae, E. & Carneiro, H. Drogas e Cultura – Ministério da Saúde. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos – NEIP. Editora: EDUFBA 2008; 978-85-232-0504-1.

47. Laurenti R, Jorge M. H. P. M. & Gotlieb S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Cienc. Saude Colet*, 2005; 10(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf. Acesso em 02 Novembro 2013.

48. Leite S. N & Vasconcellos M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3): 775-782.

49. Lins, M. R. S. W. & Scarparo, H. B. K. Drug addiction in the contemporary word: People, families and institutions weaving nets of complexity. *Psicol. Argum*. jul./set 2010., 28(62), 261-271.

50. Llorca PM, Miadi Fargier-H, Lacon C, Mosqueda JG, Casadebaig F, Philippe A. Cost-effectiveness analysis of schizophrenic patient care settings: impact of an atypical antipsychotic under long-acting injection formulation. *Encephale.*2005;31(2):235-46.

51. Luis M. A. V, Lunetta A. C. F. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. [on-line] *Rev Latino-am Enfermagem*. [on-line]. 2005 nov/ dez; 13(2).

52. MacRae, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. In XIV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social, 2007, Rio de Janeiro. Anais de resumos e de trabalhos completos do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO. Rio de Janeiro 2007, RJ: ABRAPSO. v. 1.

53. Mendes, E. V. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

54. Merhy E. E. Em busca da qualidade dos serviços da saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec. 1994 p. 117-60.

55. Mertens, J.R.; Lu, Y.W.; Parthasarathy, S.; Moore, C.; Weisner, C.M. – Medical and psychiatric conditions of alcohol and drug treatment patients in an HMO: comparison to matched controls. *Arch Intern Med* 163: 2511-2517, 2003.

56. Mesquita, F. Políticas públicas de drogas**:** a construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil. Disponível em: www.reduc.org.br, acesso em 31 Setembro 2013.

57. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília;DF; 2004.

58. Misse, M. O movimento: a constituição e reprodução das redes do mercado informal ilegal de drogas a varejo no Rio de Janeiro e seus efeitos na violência. In: BAPTISTA, Marcos *et alli*. (Org.). Drogas e pós-modernidade. Rio de Janeiro: EdUERJ 2003. p. 147-156. (v. 2).

59. Monteiro C. F. S; Fé L. C. M, Moreira M. A. C; Albuquerque I. E. M; Silva M. G, Passamani M. C. Perfil sóciodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS- ad do Piauí. Esc. Anna Nery *Rev. Enferm.* 2011;15(1):90-5.

60. Moos, R.H.; Brennan, P.L.; Mertens, J.R. - Diagnostic subgroups and predictors of one-year readmission among late-middle-aged and older substance abuse patients. *J Stud Alcohol* 55: 173-183, 1994.

61. Moraes E, Campos G; M, Silva S; P, Figlie N. B, Laranjeira R. Visita domiciliar no tratamento de pacientes dependentes de alcool: dados preliminares. *Rev Bras Psiq* 2005.27:347-8.

62. Moraes, M; Castro, R. & Petuco, D. Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde; Recife 2010: Instituto PAPAI. (Série Homens e Políticas Públicas).

63. Mordal J, Bramness J. G, Holm B & Mørland J. Drugs of abuse among acute psychiatric and medical admissions: laboratory based identification of prevalence and drug influence. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:55.

64. Noto, A.R. & galduroz, J.C.F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4(1), 145-151.

65. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2006. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas 2006.

66. Oliveira, J. F, Nascimento, E. R, Paiva, M. S. Especificidades de usuários (as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. Esc Anna Nery *Rev Enferm* dez 2007; 11 (4): 694 - 8.

67. Oliveira, Lúcio Garcia de; Solange Aparecida Nappo – Caracterização de cultura de crack na sociedade de São Paulo – padrão de uso controlado – *Revista Saúde Pública* – 2008 – v.42 nº4, 664 – 71.

68. Organização Mundial da Saúde. (2004). Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. genebra. Diponível em: www.who.org.br. Acesso em: 20 de Agosto de 2013.

69. Passos, E. H. & Souza, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade,* 2011, 23(1), 154-162.

70. Peixoto C; Prado C. H. O; Rodrigues C. P; Cheda J. N. D; Mota L. B. T, Veras A. B. Impacto do perfil clínico e sócio-demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e Drogas (CAPS ad). *J. bras. psiquiatr*. 2010;59(4):317-21.

71. Pinho, P. H; Oliveira, M. A. & Almeida, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Revista brasileira de psiquiatria clínica; 35: 82-88, ND.* Disponível em:

www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700017. Acesso em 05 de nov de 2013.

72. Pitta, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas/ Na assessment of Brazilian psychiatric reform: institutions, actors and policies. *Ciências Saúde Coletiva* 16 (12): 4579-4589,TAB 2011.

73. Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. Adolescência e uso de substâncias psicoativas: o impacto do nível socioeconômico . *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.15 no.spe Ribeirão Preto Sept./Oct. 2007. Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700015. Acesso em 07 de dez de 2013.

74. Rabenda V & Reginster J. Y. Positive impact of compliance to strontium ranelate on the risk of nonvertebral osteoporotic fractures. Osteoporos Int.2010;16.

75. Reiners, A. A. O, Azevedo, R. C. S, Vieira, M. A & Arruda, A. L. G. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde/ Bibliographic production about adherence/non-adherence to therapy. *Ciências saúde Coletiva* 13: 2299-2306,GRA, TAB 2008 Dec.

76. Rocha A. Adesão ao tratamento: o papel do médico. *Rev. Bras. Hipertens* 2003; 10(3):213-215.

77. Rounsaville, B.J.; Dolinsky, Z.S.; Babor, T.F. & Meyer, R.E. – Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 44: 505-513, 1987.

78. Ruotti, C; Massa, V. C. & Peres, M. F. T. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de 19 jovens. *Interface - Comunicação, Saude, Educação,* 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011005000004&lng pt &nrm=iso.> Acesso em 06 dez. 2013.

79. Santora PB & Hutton HE. Longitudinal trends in hospital admissions with co-occurring alcohol/drug diagnoses, 1994-2002. *J Subst Abuse Treat* 2008; 35:1.

80. Saraiva, J. E. M. Do individualismo moderno ao narcisismo contemporâneo: A produção da subjetividade na cultura do consumo In S. Souza (Org.). Subjetividade em questão: A infância como crítica da cultura (pp. 47- 64). Rio de Janeiro 2000.

81. Scaduto A. A & Barbieri V. O discurso sobre a adesao de adolescentes ao tratamento da dependencia quimica em uma instituicao de saude publica. *Cienc Saude Coletiva*.2009; 14:605-14.

82. Schenker, M. & Minayo, M. C. S. A Importância da Família no Tratamento do Uso Abusivo de Drogas: Uma revisão de literatura. 2004. *Caderno de Saúde Pública; 20(3): 649-659, ND.* Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311x2004...>. Acesso em 26 out. 2013.

83. Schneider, D.R. Caminhos epistemológicos na elucidação da loucura. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental* 2009; 1(2), 62-76.

84. Schneider, D.R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(3), 687-698.

85. Schneider, D.R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(3), 687-698.

86. Schneider, D.R., Spohr, B. & Leitão, C. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da grande Florianópolis. *Revista de Ciências Humanas* 2006; Florianópolis: EDUFSC.

87. Seibel, S.D. & Toscano Jr, A. Dependência de drogas. São Paulo 2000; Atheneu.

88. Silva, Jr. AG. Modelos tecnoassistenciais em Saúde, o debate no campo da Saúde. ed. São Paulo: Hucitec; 1998.

89. Souza, J; Kantorski' L. P & Mielke F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. (Ed. port.) v.2 n.1 Ribeirão Preto fev. 2006.

90. Souza, T.P. Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento. 2007. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia,

Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008. Disponível em: http://server.slab.uff.br/bd_diss_lg.php?tp=pchave&pchave=Redu%E7%E3o%20de%20Danos. Acesso em : 5 nov. 2013.

91. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Rockville, MD 2007.

92. Tenório F, Oliveira R & Levcovitz S. A importância dos dispositivos de recepção. *Cadernos IPUB* 2000; 4(17): 7-14.

93. Wang. P. D. J, Gmel. M. D.G, Studer J & Mohler-Kuo M. Health literacy and substance use in Young swiss men. *Int J Public Health*. 10.1007/sooo38-013-1487-9. July 2013.

94. Weisner, C.; Matzger, H. & Kaskutas, L.A. - How important is treatment? Oneyear outcomes of treated and untreated alcohol dependent individuals.Addiction 98: 901-911, 2003.

95. Weisner, C.; Mertens, J.; Parthasarathy, S.; Moore, C.; Hunkeler, E.; Hu, T.W.;Selby, J.V. - The outcome and cost of alcohol and drug treatment in am HMO: day hospital versus traditional put patient regimens. *Health Serv Res* 35: 791-812, 2000.

96. Wu, L.T.; Ringwalt, C.L. & Williams, C.E. - Use of substance abuse treatment services by persons with mental health and substance use problems.*Psychiatr Serv* 54: 563-369, 2003.

97. Yunes, M. A. M, garcia, N. M. & Albuquerque, B de M. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: Entre as crenças dos profissionais e as possibilidades de convivência familiar. *Revista Psicologia Reflexão e Crítica* 2007; 20(3), 444-453.

98. Zacny, J.; Bigelow, G.; Compton, P.; Foley, K.; Iguchi, M.; Sannerud, C. - College on problems of drug dependence taskforce on prescription opioid non-medical use and abuse: position statement. *Drug Alcohol Depend* 69: 215:232, 2003.

X. ANEXOS

a. ANEXO I

T.R.: _____

FICHA DE ACOLHIMENTO
[1] Usuário
[2] Familiar

NOME			
MATRÍCULA			
DATA			
CARTÃO SUS			
CPF		**RG**	

Endereço:
Telefones:

Em caso de emergência, contatar: Telefone:

I – Dados sócio-demográficos
D/N: __ / __ / __ Idade:_____ anos

Estado Civil (assinalar **apenas** uma opção):
[1] Casado(a)
[2] Solteiro(a)
[3] Viúvo(a)
[4] Divorciado(a)
[5] Separado(a)
[6] União Livre

Mora com (assinalar **todas** as alternativas referidas pelo paciente):
[1] Sozinho(a)
[2] Companheiro(a)
[3] Pai
[4] Mãe
[5] Filhos(as)
[6] Irmãos(ãs)
[7] Parentes
[8] Amigos(as)
[9] Pensão/República
[10] Outros

Escolaridade (assinalar **apenas** uma opção):
[1] Nunca foi à escola
[2] Primário incompleto (1ª a 4ª série)
[3] Primário completo (4ª série comp)
[4] Ginásio incompleto (5ª a 8ª série)
[5] Ginásio completo (8ª série comp)
[6] 2º grau incompleto
[7] 2º grau completo
[8] Superior incompleto
[9] Superior completo
[10] Pós-Graduando (comp ou incomp)

Estuda atualmente? [1] Sim [2] Não

Religião (assinale **todas** as alternativas referidas pelo paciente):
[0] Nenhuma
[1] Candomblé
[2] Espírita
[3] Protestante/Evangélica
[4] Católica
[5] Outra:

Profissão:
Ocupação atual (assinalar **apenas** a principal):

[1] Desempregado
[2] Desocupado
[3] Empregado(a) – trabalho fixo
[4] Empregado(a) – trabalho temporário
[5] Empregador(a)
[6] Autônomo
[7] Mercado informal (biscate)
[8] Dona(o) de casa
[9] Aponsentado(a)
[10] Só estuda

Renda familiar: [1] 0 até 1 SM [2] > 1SM do que 3SM [3] 3SM até 5SM
[4] acima de 5 SM

Recebe algum benefício? [1] Sim [2] Não
Se sim, especifique:

Ligação com Movimentos ou Instituição Social? [1] Sim [2] Não
Se sim, especifique:

Interesses e habilidades artísticas:

[1] Artes Plásticas
[2] Música
[3] Dança
[4] Teatro
[5] Cinema
[6] Literatura
[7] Outros

Interesses e habilidades esportivas:

[1] Futebol
[2] Vôlei
[3] Capoeira
[4] Skate
[5] Basquete
[6] Outros:

II – Aspectos Jurídicos

Já passou por alguma delegacia? [1] Sim [2] Não
Especifique:
Já foi atendido por alguma Instituição Jurídica? [1] Sim [2] Não
Especifique:
Cumpriu medidas Sócio Educativas? [1] Sim [2] Não
Em que Instituição:

III - Aspectos Clínicos

Queixa (razão pela qual paciente veio ao Serviço)

Demanda (o que o paciente espera da Instituição)

Tratamentos anteriores em relação ao uso de drogas: [1] Sim [2] Não
Se sim, quais? (assinalar **todas** as alternativas referidas pelo paciente)

[1] Psiquiátrico
[2] Médico Clínico
[3] Psicoterápico
[4] Psicanalítico
[5] Grupo de Ajuda Mútua
[6] Religioso

[7] Comunidade Terapêutica [8] Outros

Já foi internado por problemas relacionados ao uso de drogas? [1] Sim [2] Não
Especificar a frequência e locais:

Você sente algum mal estar físico? [1] Sim [2] Não
Quais? (marque **todas** as referidas pelo paciente):
[1] Tosse
[2] Dispnéia (falta de ar)
[3] Dor. Especifique:
[4] Febre
[5] Emagrecimento
[6] Lesão de pele
[7] Diarréia
[8] Náusea e vômito
[9] Fraqueza muscular
[10] Tremores
[11] Dificuldade de locomoção ou de realizar movimentos
[12] Lesões genitais.
Especifique:
[13] Outros:

IV – Padrão de Consumo

Substância Psicoativa	**Uso na vida: [1] Sim [2] Não**	**Uso Atual (últimos 30 dias) [1] Sim [2] Não**	**Idade do início**	**Efeito Percebido [1]Tranquilizante [2] Estimulante [3] Distorção da realidade**	**Uso Habitual [1] Não usa [2] Diário [3] 3 a 5x/sem [4] > 6x/sem**
Álcool					
Tabaco					
Inalantes/ Solventes (tinta, loló, cola de sapateiro, etc.)					
Tranquilizantes					
Maconha					
Cocaína (pó)					
Crack (pedra, oxi)					
Pitilho (piti) [ ] Tabaco [ ] Maconha					
Anabolizantes (bomba)					
Ácido/ Alucinógenos (doce/LSD)					
Outras: _____					

Alguma vez já usou drogas por via intravenosa? [1] Sim [2] Não
Já apresentou overdose por alguma desses drogas? [1] Sim [2] Não
Em caso afirmativo, especificar droga e frequência:

	Sim	Não	Observações
Episódio depressivo			
Surtos Psicóticos (ouvir vozes, vultos, paranóia, etc.)			
Comportamento Violento (relato de agressão, irritabilidade, etc.)			

Encaminhamentos
Internos:

Projeto Terapêutico
[ ] Não Intensivo
[ ] Intensivo
[ ] Semi Intensivo

[ ] Psicologia
[ ] Serviço Social
[ ] Terapia Ocupacional
[ ] Psiquiatra
[ ] Fisioterapia
[ ] Médico Clínico
[ ] Enfermagem
[ ] Grupo Terapêutico
[ ] Oficinas

b. ANEXO II

psiquiátricos associados¿ (Plataforma Brasil). As fichas serão obtidas no arquivo de prontuários de usuários inativos no serviço. Posteriormente os dados do grupo de abstêmios será comparado ao grupo de acompanhamento periódico, também serão colhidos dados por meio telefônico para complementar as informações obtidas em prontuários. O orçamento da pesquisa tem valor de R$ 381,50 e será financiado pelo programa de extensão Acadêmica Pró-Saúde do Ministério da Saúde, através do programa de incentivo à pesquisa do PET-Saúde Mental.

Objetivo da Pesquisa:

¿Identificação dos fatores de não permanência de usuários de substâncias psicoativas em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas¿

Objetivos específicos

¿Analisar as motivações para a não permanência no serviço. O panorama que será traçado neste trabalho possibilitará a implementação de atividades voltadas para a mobilização de usuários com dificuldade de adesão. Também será possível identificar o perfil dos usuários do serviço para assim implementar ações de saúde mais eficazes¿

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o projeto os riscos são: ¿Quebra de confidencialidade durante a revisão de prontuários- Perda ou danos aos documentos presentes nos arquivos revisados- Estigmatização de grupos ou indivíduos afetados por determinada constatação - Devolução ou comunicação inapropriada de resultados podem gerar situações de conflito entre profissionais e usuários - A amostra do grupo absenteísta pode ser semelhante à amostra do grupo assíduo ao serviço, dificultando a análise dos dados obtidos¿ (Plataforma Brasil). Apesar de conhecer e prever alguns riscos os autores não propõem nenhuma estratégia para minimizá-los.

Quanto aos benefícios esclarecem que o estudo poderá proporcionar a ¿Melhoria da formulação do plano terapêutico singular- Maior velocidade na identificação de demandas da população- Maior conhecimento sobre a população a qual se oferece cuidado - Qualidade do vínculo - Formulação de ações adequadas e devidamente direcionadas - Melhoria no encaminhamento de demandas dentro da rede de saúde mental do estado - Diminuição do absenteísmo - Melhoria na relação do usuário com o dispositivo CAPSad¿ (Plataforma Brasil) mas não prevê benefício direto nem o retorno aos participantes da pesquisa

psiquiátricos associados¿ (Plataforma Brasil). As fichas serão obtidas no arquivo de prontuários de usuários inativos no serviço. Posteriormente os dados do grupo de abstêmios será comparado ao grupo de acompanhamento periódico, também serão colhidos dados por meio telefônico para complementar as informações obtidas em prontuários. O orçamento da pesquisa tem valor de R$ 381,50 e será financiado pelo programa de extensão Acadêmica Pró-Saúde do Ministério da Saúde, através do programa de incentivo à pesquisa do PET-Saúde Mental.

Objetivo da Pesquisa:

¿Identificação dos fatores de não permanência de usuários de substâncias psicoativas em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas¿

Objetivos específicos

¿Analisar as motivações para a não permanência no serviço. O panorama que será traçado neste trabalho possibilitará a implementação de atividades voltadas para a mobilização de usuários com dificuldade de adesão. Também será possível identificar o perfil dos usuários do serviço para assim implementar ações de saúde mais eficazes¿

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o projeto os riscos são: ¿Quebra de confidencialidade durante a revisão de prontuários- Perda ou danos aos documentos presentes nos arquivos revisados- Estigmatização de grupos ou indivíduos afetados por determinada constatação - Devolução ou comunicação inapropriada de resultados podem gerar situações de conflito entre profissionais e usuários - A amostra do grupo absenteísta pode ser semelhante à amostra do grupo assíduo ao serviço, dificultando a análise dos dados obtidos¿ (Plataforma Brasil). Apesar de conhecer e prever alguns riscos os autores não propõem nenhuma estratégia para minimizá-los.

Quanto aos benefícios esclarecem que o estudo poderá proporcionar a ¿Melhoria da formulação do plano terapêutico singular- Maior velocidade na identificação de demandas da população- Maior conhecimento sobre a população a qual se oferece cuidado - Qualidade do vínculo - Formulação de ações adequadas e devidamente direcionadas - Melhoria no encaminhamento de demandas dentro da rede de saúde mental do estado - Diminuição do absenteísmo - Melhoria na relação do usuário com o dispositivo CAPSad¿ (Plataforma Brasil) mas não prevê benefício direto nem o retorno aos participantes da pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA DA UFBA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Identificação e avaliação de fatores de absenteísmo em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)

Pesquisador: GERFSON MOREIRA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20983713.7.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Universidade Federal da Bahia - UFBA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 506.362

Data da Relatoria: 06/01/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa a ser desenvolvido pela Graduanda Carolina Rocha Silva como pré-requisito para a entrada no Programa de Internato do Curso de Medicina e orientado pelo Dr Tarcísio Matos de Andrade. De acordo com os autores do estudo, ¿trata- se um estudo retrospectivo de prontuários de uma serviço de saúde mental, de natureza quantitativa e documental a ser realizado no CAPSad Gregório de Matos, localizado no Centro Histórico de Salvador-BA¿ (pag 06). Ainda segundo os autores ¿a amostra será obtida de maneira probabilística sistemática (realiza-se um sorteio de 1 a 5 para efeito de início de seleção). Como se trata de uma população finita, a amostra foi redimensionada para 250 fichas e os dados foram coletados por meio de formulário. As informações coletadas foram processadas eletronicamente por meio do programa Statistical Productand Service Solution -SPSS. Estes dados serão levantados buscando o perfil sociodemográfico com as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, religião, além de dados que identifiquem o padrão de consumo de substâncias psicoativas utilizadas pelos sujeitos ao buscarem o serviço(...).Também serão coletadas informações que apontem motivações para a não-adesão ao tratamento no CAPS-ad,como modalidade de acompanhamento terapêutico, tipo e quantidade de substâncias em uso, realização de terapias anteriores, presença de passado criminal e presença de outros transtornos

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br