



Universidade Estadual de Londrina

SÉRGIO RICARDO BELON DA ROCHA VELHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ATENDIDOS NO CAPS AD,
LONDRINA PR**

LONDRINA

2010

SÉRGIO RICARDO BELON DA ROCHA VELHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ATENDIDOS NO CAPS AD,
LONDRINA, PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr^a. Regina Kazue Tanno de Souza.

Co-orientador: Prof. Dr. Dinarte Alexandre Prietto Ballester

LONDRINA

2010

SÉRGIO RICARDO BELON DA ROCHA VELHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ATENDIDOS NO CAPS AD,
LONDRINA, PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof. Dr^a. Regina Kazue Tanno de Souza.

Co-orientador:

Prof. Dr. Dinarte Alexandre Prietto Ballester

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Regina Kazue Tanno de Souza.
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Olavo Franco Ferreira Filho
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr^a. Célia Regina Rodrigues Gil
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de _____ de 2010.

À Ginalva Oliveira de Andrade

Querida companheira, amiga, fonte inspiradora. Pessoa exemplar a quem Deus me concedeu o convívio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo o que me concedeu até aqui, em especial por esta oportunidade de aprender e conviver com pessoas maravilhosas durante o período da Pós-Graduação.

À professora doutora Regina Kazue Tanno de Souza, de quem o olhar, a escuta, a paciência e a disponibilidade permitiu o desenvolvimento desta pesquisa e me mostrou a paixão de ser um pesquisador.

Ao professor doutor Dinarte Alexandre Prietto Ballester, por compartilhar ideias que auxiliaram no desenvolvimento da pesquisa e ampliaram minha prática de trabalho.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, pelo esforço e dedicação na tarefa de ensinar.

Aos meus filhos João Vitor e Alessandra, por compreenderem a privação de minha companhia momentaneamente e por serem pessoas adoráveis.

À minha mãe, por ter dedicado sua vida a construir nossa maravilhosa família e por suas orações, luz nos momentos em que as palavras pareciam desaparecer na escuridão.

Aos meus irmãos Saulo e Conceição, por constantes incentivos, me dando fôlego para executar tal tarefa.

Aos profissionais do CAPS AD, pela dedicação com que executam seu trabalho, pelo apoio e pela prontidão em ajudar nas diversas etapas da pesquisa.

Aos colegas do mestrado, pelos bons momentos que passamos juntos e pela contribuição na elaboração da pesquisa.

Aos usuários do CAPS AD, pelo convívio, que se transforma em aprendizado a cada dia, e pela contribuição na realização desta pesquisa.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram na execução deste trabalho.

VELHO, Sérgio Ricardo Belon da Rocha. **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD, Londrina, PR.** 2010. ..f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

Introdução: o tratamento para usuários de álcool e drogas no Sistema Único de Saúde tem uma história recente no Brasil. Há escassez de estudos que avaliem o atendimento a usuários de substâncias psicoativas no SUS. **Objetivo:** analisar as características dos usuários de substâncias psicoativas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Londrina, PR. **Método:** trata-se de um estudo transversal com 486 indivíduos atendidos no CAPS AD do município de Londrina, PR no segundo semestre de 2008. A coleta de dados foi realizada pela análise de relatório dos casos, ficha de acolhimento, caderno de registro diário e relatório de internação hospitalar. Foram levantados dados sobre variáveis sociodemográficas, padrão de uso de substâncias psicoativas e variáveis sobre o processo de atendimento. Para o processamento e a análise dos dados foi utilizado o aplicativo Epi Info 3.4.3. **Resultados:** entre os usuários que procuraram tratamento no CAPS AD observou-se maior proporção de pessoas do sexo masculino (85,4%), na faixa etária entre 30 e 49 anos (51,0%), que não concluíram o ensino fundamental (66,8%), referiram como substância manifesta, no momento da triagem, principalmente o álcool (46,1%) e o crack (44,4%). A proporção de usuários de álcool mostrou-se maior (89,6%) na faixa etária de 45 a 54 anos. Entre as pessoas de menor idade ocorreu predomínio de substâncias ilícitas (crack e maconha). A maioria dos casos veio encaminhada por outros serviços (60,0%) e os serviços de saúde de média e alta complexidade apresentaram maior proporção de encaminhamentos (27,7%). Após a triagem, 81,7% permaneceram em tratamento no CAPS AD. Desses, 49,6% não permaneceram em atendimento por mais de um mês e 29,7% permaneceram em atendimento por mais de 150 dias. Quanto ao número de comparecimentos, 32,0% compareceram apenas na triagem e 16,6%, mais de trinta vezes durante seis meses. **Conclusão:** os resultados apresentados apontam a necessidade de aprimorar a atenção ao usuário, melhorando a vinculação desses ao tratamento.

Palavras-chaves: Serviços de saúde mental. Transtornos relacionados ao uso de álcool. Transtornos relacionados ao uso de cocaína. Abuso de maconha. Admissão do paciente. Avaliação em saúde.

VELHO, Sérgio Ricardo Belon da Rocha. Epidemiological profile of the users of psychoactive substances attended at CAPS AD, Londrina, PR. 2010. ..f. Dissertation (Master Degree in Collective Health) - Londrina State University, Londrina, 2010.

ABSTRACT

Introduction: the treatment for alcohol and drugs users in the National Health System (SUS) has a recent history in Brazil. There is a shortage of studies that assess the care for the users of psychoactive substances in the SUS. **Objective:** to analyze the profile of the service for users of psychoactive substances in a Psychosocial Care Center – Alcohol and Drugs (CAPS AD in Portuguese). **Method:** a cross sectional with 486 individuals treated in a CAPS AD in the municipality of Londrina, PR in the second half of 2008. Data collection was accomplished by the analysis of cases reports, records of reception, book of daily records and reports of hospitalization. Data were raised on socio demographic variables, patterns of use of psychoactive substances and variables on the care process. For data processing and analysis the Epi Info 3.4.3. software was used. **Results:** among the users who sought treatment in the CAPS AD, results show a greater proportion of males (85.4%), aged between 30 and 49 years (51.0%), who had not accomplished elementary school (66.8%), mainly reported alcohol (46.1%) and crack (44.4%) to be the substances at the time of sorting. The proportion of alcohol users showed higher (89.6%) at the age of 45 to 54 years. Among younger people illicit substances predominated (crack and marijuana). Most of the cases had been referred by other services (60.0%) and the health services of medium and high complexity presented higher proportion of referrals (27.7%). After sorting, 81.7% remained in treatment in the CAPS AD, 49.6% of which did not remain for more than one month and 29.7% remained for more than 150 days. Regarding the number of attendances, 32.0% attended only at sorting and 16.6% attended more than thirty times in six months. **Conclusion:** the results indicate the need to improve user care, improving his/her binding to the treatment.

Key words: Mental health services; Disorders related to the use of alcohol; Disorders related to the use of cocaine; Marijuana abuse; Patient's admission; Assessment in health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo sexo, faixa etária e escolaridade, por ocasião da triagem, Londrina, PR, julho a dezembro, 2008.....	30
Tabela 2 - Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo dependentes na família, por ocasião da triagem. Londrina, PR, julho a dezembro 2008.....	31
Tabela 3 - Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo substância manifesta por ocasião da triagem. Londrina, PR, julho a dezembro de 2008.....	32
Tabela 4 - Distribuição dos usuários do CAPS AD por sexo, faixa etária, escolaridade segundo substância manifesta, por ocasião da triagem. Londrina, PR, julho a dezembro de 2008.....	35
Tabela 5 - Uso simultâneo de substâncias psicoativas segundo substância manifesta, por ocasião da triagem, Londrina, PR, 2008.....	37
Tabela 6 - Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo procedência, quando da realização da triagem. Londrina, PR, 2008.....	38
Tabela 7 - Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo substância manifesta por ocasião da triagem e tipo de demanda. Londrina, PR, 2008.....	40
Tabela 8 - Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo tratamentos anteriores, primeiro atendimento no CAPS AD e modalidade de atendimento. Londrina, PR, 2008.....	41
Tabela 9 -Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo encaminhamento realizado, após triagem, Londrina, PR, 2008.....	42
Tabela 10 - Distribuição dos usuários segundo comparecimento seis meses após a triagem, CAPS AD, Londrina , PR, 2008.....	43
Tabela 11 - Distribuição dos usuários segundo comparecimento	

no CAPS AD durante o período de seis meses, Londrina, PR, 2008.....	44
Tabela 12 - Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo o tempo decorrido entre a triagem e o último comparecimento em seis meses por substância manifesta, modalidade de atendimento e classificação do caso. Londrina, PR,2008.....	45
Tabela 13 - Distribuição dos usuários do CAPS AD por substância manifesta, modalidade de atendimento e classificação dos casos segundo número de comparecimento em seis meses. Londrina,PR, 2008.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIH	Autorização Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial, álcool e drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial, infantil
CID 10	Classificação Internacional de Doenças- décima revisão
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro Referenciado em Assistência Social
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth Edition
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Política Nacional Anti Drogas
PR	Paraná
RD	Redução de Danos
RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SDA	Síndrome de Dependência do Álcool
SENAD	Secretaria Nacional sobre Políticas de Drogas
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Desenvolvimento da Política sobre Drogas no Brasil.....	16
1.2 Modelos de Atenção ao Cuidado em Saúde Mental.....	19
2 OJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivo Específico.....	21
3 METODOLOGIA	22
3.1 Delineamento do Estudo.....	22
3.2 Local de Estudo.....	22
3.3 População de Estudo.....	23
3.4 Fonte de Dados.....	24
3.4.1 Coleta de Dados.....	24
3.5 Variáveis de Estudo.....	25
3.5.1 Sociodemográficos.....	25
3.5.2 Uso de Substâncias Psicoativas.....	25
3.5.3 Relacionadas ao Tratamento.....	26
3.6 Análise Estatística.....	27
3.7 Aspectos Éticos.....	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4.1 Caracterização.....	28
4.2 Processo de Atendimento.....	38
5 CONCLUSÃO	49
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	58
Apêndice 1 - Relatório de triagem.....	59
Apêndice 2 - Formulário de coleta de dados.....	61
ANEXOS	63
Anexo 1 - Ficha de triagem.....	64
Anexo 2 - Folha de evolução.....	66
Anexo 3 - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde.....	68
Anexo 4 - Parecer do Comitê de Ética.....	70

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas acompanha o homem durante seu processo evolutivo. Sua prática é milenar e universal. Através desse uso os homens buscaram a cura dos males, alívio de sintomas, diminuição de ansiedades, alteração da consciência e obtenção do prazer (BUCHER, 1992). A história das civilizações apresenta indícios de que o ser humano sempre procurou manipular o poder herbário na busca da alteração de consciência (PACHECO, 2004).

Segundo Almeida, Dratcu e Laranjeira (1996), o consumo de substâncias que possuem a capacidade de alterar estados de consciência e modificar o comportamento parece ser um fenômeno universal da humanidade. Praticamente todas as culturas, nas mais diferentes épocas, elegem determinadas substâncias que auxiliam no relacionamento social, marcam festividades ou favorecem rituais místicos ou religiosos. Algumas sociedades são capazes de, em determinadas épocas, conviver com o uso mais ou menos livre de drogas consideradas, em outras épocas ou em sociedades diferentes, tão perigosas a ponto de ser necessário um controle legal rígido. Os autores definem “droga” como qualquer substância que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas do organismo (e que não seja produzido por ele), provocando alterações em seu funcionamento. Dessa forma, substâncias que têm a capacidade de atuar sobre o cérebro, gerando modificações no psiquismo, são chamadas de drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas.

A análise do uso de determinada substância deve sempre ter como foco a relação entre o sujeito e o objeto. Olievenstein (1997) propõe três eixos como determinantes na relação entre o indivíduo e a droga: o sujeito (sua subjetividade), a substância utilizada (padrão de uso) e o contexto social em que ocorre a utilização. Tal conceito possibilita uma visão integral do usuário de substâncias psicoativas, dimensionando melhor proposta de tratamento.

Conforme Gorgulho (2004), com base nos dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde, o consumo de bebidas alcoólicas está classificado entre os dez comportamentos de maior risco à saúde. É a principal causa de morte em alguns países em desenvolvimento, responsável por 1,8 milhões de mortes no mundo, das quais 5% são jovens entre 15 e 29 anos. Estima-se que mundialmente o álcool seja responsável por 20% a 30% dos casos de câncer de esôfago, doenças do fígado, epilepsia, acidentes de carro, homicídios e outros problemas.

Em nosso meio, o álcool também constitui a substância psicoativa de uso mais disseminado. É a substância mais estudada pela facilidade em se obter informações, por não ser substância ilícita e ter importância central na definição atual de síndrome de dependência de substâncias psicoativas (ALMEIDA; DRATCU; LARANJEIRA, 1996).

A relação entre o indivíduo e a substância parece definir o problema do uso de drogas, tornando-se comportamento de risco à medida que tal uso excede padrões aceitáveis de conduta social acarretando a possibilidade de prejuízo ao próprio usuário.

O uso indevido de drogas tem sido tratado, na atualidade, como questão de ordem internacional, objeto de mobilização organizada das nações em todo mundo. Seus efeitos negativos afetam a estabilidade das estruturas, ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos estados e sociedades, infligindo considerável prejuízo ao país, contribuindo para os gastos com tratamento médico e internação hospitalar, para o aumento dos índices de acidentes de trabalho, de acidentes de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras e, ainda, para a queda de produtividade dos trabalhadores (CARLINI, 2002).

Quanto aos efeitos dessas substâncias sobre o sistema nervoso central, é possível classificá-las como: a) depressoras que causam diminuição das atividades do sistema nervoso central, tais como atividade motora, reatividade a dor, ansiedade e aumento da sonolência (álcool, inalantes, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos, entre outros); b) estimulantes que são aquelas que aumentam o estado de alerta, acelerando os processos psíquicos (cocaína, anfetaminas, anorexígenos, nicotina e cafeína) e, c) perturbadores, os que provocam o surgimento de diversos fenômenos psíquicos como alucinações, delírios, sem a estimulação ou inibição real do sistema nervoso central (derivados indólicos, derivados da *Cannabis sativa*, anticolinérgicos, alucinógenos).

Falar sobre as propriedades danosas das drogas legais ou ilegais não basta para conduzi-las ao papel de substâncias proibidas ou permitidas, já que muitas dessas propriedades estão ligadas à quantidade e ao tipo de uso que delas se faz. Segundo Figueiredo (2000), tem-se trabalhado com diferenciações do consumo de drogas da seguinte forma:

- a) Usuário experimental - normalmente ocorre em nossa sociedade devido à curiosidade e ao contexto social;
- b) usuário esporádico - ocorre normalmente com a finalidade de socialização ou recreação;

- c) usuário habitual - geralmente ligado a motivações de uso cultural, ou círculo social;
- d) usuário abusivo - ocorre quando inicia um consumo intenso da substância, mas o indivíduo ainda se mantém vinculado ao círculo social e tem um controle mínimo do uso e de seu estado psíquico, com possibilidade de estar sofrendo prejuízos;
- e) usuário dependente - ocorre quando a substância e seu uso passam a ter um espaço principal na vida do indivíduo acarretando perda de interesse pelo convívio social, gerando falta de motivação psicológica para outras situações não ligadas ao consumo ou obtenção da droga.

Parte dos usuários experimentais passa a fazer uso esporádico de substâncias psicoativas, outros passam a fazer uso habitual, sendo que uma minoria torna-se dependente ou passa a fazer uso abusivo.

Edwards e Gross (1976) propuseram a teoria da síndrome de dependência do álcool passando a considerar os sintomas originários do uso prolongado e sua intensidade, possibilitando avaliar graus de comprometimento com relação ao uso, diferenciando assim o usuário patológico (dependente) do abusivo (uso nocivo). A síndrome de dependência do álcool tem seu mérito principal no fato de não considerar o uso disfuncional como uma doença, bem como possibilitar a caracterização dos padrões de uso. Os elementos de identificação proposto pela síndrome de dependência do álcool propiciaram a caracterização de critérios de uso abusivo/nocivo ou dependência, extensivo a outras drogas, servindo como base para identificar e diferenciar o uso. Tais critérios são utilizados por manuais de diagnósticos de doenças como o *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV)* e Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O DSM IV e o CID 10 se assemelham na caracterização de dependência, ou uso nocivo, de uma substância. A presença de três ou mais sintomas classificados, com ocorrência no período de doze meses, define o padrão de uso dependente, a saber: tolerância à substância, caracterizada como necessidade de aumentar as doses para atingir o efeito esperado, ou efeito diminuído ao se utilizar a mesma dosagem; abstinência, definida como síndrome pela ausência ou diminuição do uso, ou quando se utiliza a mesma substância, ou semelhante, para amenizar os efeitos da síndrome; uso frequente, e em grandes quantidades ou por longo período; insucesso ao tentar controlar ou diminuir o padrão de uso; grande gasto de tempo na recuperação dos efeitos causados pelo uso ou na busca pela substância; abandono

de atividades recreacionais; uso continuado apesar de ter conhecimento de seus efeitos nocivos. A detecção do uso nocivo de substância pode ser caracterizada por um dos sintomas, segundo o DSM IV: uso continuado apesar do não preenchimento de requisitos necessários para o desempenho de atividades como trabalho, casa ou escola; uso constante em situações comprometedoras; problemas legais constantes; problemas sociais frequentes; e não preenchimento dos quesitos para dependência (ALMEIDA; DRATCU; LARANJEIRA, 1996).

Esses dois critérios diagnósticos servem para ajudar o profissional de saúde a classificar a doença em questão. A CID-10 é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Abrange todas as doenças e foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde. O DSM-IV abrange apenas os transtornos mentais e tem sido mais utilizado em ambientes de pesquisa, porque possui itens mais detalhados em forma de tópicos. Foi elaborada pela Associação Psiquiátrica Americana.

Nas duas formas de classificação, os padrões de uso nocivo e dependência assumem critérios disfuncionais, assim considerados por desorganizarem o cotidiano do indivíduo, gerando consequências sociais por vezes irreversíveis (LARANJEIRA, 2007).

Segundo Laranjeira e colaboradores (2000), uma das vantagens do conceito de síndrome de abstinência alcoólica foi a distinção entre os padrões de uso e os problemas decorrentes do uso de álcool.

O álcool se apresenta como a droga mais antiga, sendo a mais utilizada nos dias de hoje. Sua produção é de fácil manejo e o material para sua produção é disponível na natureza. Seu desenvolvimento se deu com o aperfeiçoamento de técnicas de agricultura e com o manejo da cerâmica, possibilitando o armazenamento e, conseqüente disseminação (ACIOLI, 2002). No mundo contemporâneo, passou a fazer parte de diversas atividades sociais.

Outra droga que acompanha o desenvolvimento humano é a *Cannabis sativa*, conhecida como maconha, com registros de uso no período neolítico, em região da China e Índia. Por se tratar de uma planta de fácil adaptação climática, expandiu para diversas localidades. No Brasil sua entrada ocorreu através da cultura afrodescendente, sendo seu uso praticado em rituais religiosos.

A relação do homem com a substância psicoativa apresenta diferentes contextos e motivações ao longo dos tempos. Utilizadas como remédios ou venenos,

determinando ao seu conhecedor poderes divinos ou demoníacos, a utilização estava sempre associada a um contexto de relação social (CARNEIRO, 1993).

O principal problema social associado ao uso de substâncias está na comercialização desses produtos, que envolve relações de produção e reprodução, de riqueza, poder e simbologia, em um contexto em que essas mercadorias tornam-se fetiches de consumo. O mercado de drogas tem as características do capitalismo globalizado, organizado desde a produção até sua distribuição, envolvendo técnicas de extrema capilaridade, envolvendo todas as camadas sociais, possibilitando acumulação de capital ilícito. Tal fato ocorre devido à demanda cada vez mais crescente (MINAYO, 2003).

O crescimento da vulnerabilidade social, a desfiliação, a segregação e a pobreza são efeitos de uma política neoliberal adotada pela economia globalizada que engendra, em última instância, a precariedade das relações de trabalho e cuja consequência direta é a desestruturação do emprego e o surgimento de uma classe crescente de miseráveis. Cada vez mais cedo tem início a busca às drogas, a venda do próprio corpo e o tráfico de drogas (SOUZA, 2005).

Frente a esse quadro social, a utilização de drogas é um recurso na busca de sentimentos de pertença e de reconhecimento pelo outro, ainda que temporariamente (SOUZA, 2005).

Segundo Espinheira (2004), a desestabilização social, em decorrência da reestruturação produtiva do capital gerou desarranjo em todas as suas dimensões, levando ao desenvolvimento da individualização, influenciando na formação familiar e das relações sociais. Tal situação revela a realidade dramática de desigualdade social e de solidão generalizada, quadro propício para alteração do estado de consciência. A obtenção do prazer oriundo do uso de substância psicoativa, o alívio do mal estar fazem da droga um “poderoso objeto de consumo”.

Conforme Carneiro (1993), o conceito da droga na sociedade contemporânea se desenvolveu segundo contexto moral judaico cristão, com apoio da medicina, durante os séculos XVII e XVIII.

Segundo Goffman (apud MORAES, 2005), a igreja e a medicina apareciam como semelhantes e igualmente ilustres, já que ambas tinham as duas missões mais importantes da existência, a saber, a consolação das almas e o alívio dos sofrimentos. Essa concepção dos médicos como ‘padre dos corpos’ eleva significativamente o status desses profissionais, diferenciando-os dos demais.

A normalidade do consumo de tal ou qual planta foi determinada por mais de um milênio por uma severa restrição religiosa. Esse controle sofre um abalo na renascença e volta a ser reordenado, sob a égide do discurso médico, a partir da constituição dos estados modernos. O projeto fisiológico moral dos médicos passava a regulamentar o cotidiano, não simplesmente rompendo o anterior monopólio ideológico da igreja, mas fundindo-se a ele. A botica doméstica, a medicina feminina, o uso de plantas enraizado na cultura popular, tudo passa a ser não mais apenas objeto de controle e repressão clerical, mas principalmente de um discurso oficial médico e sancionado pelo estado. Não só o controle dos orifícios do corpo em seu uso sexual, mas também em seu uso como porta de entrada para a mente, através do policiamento das plantas psicoativas, passa a ser exercido, não mais apenas sobre o discurso do combate à heresia do demonismo, mas sob o discurso da ordem médica sanitária, da regulamentação do uso dos corpos. 'A clivagem não passará mais pelo divino e o demoníaco, mas pelo lícito e o ilícito' (CARNEIRO, 1993).

O resultado dessa associação possibilitou à medicina a “normatização de aspectos físicos e morais dos indivíduos e da sociedade”, propiciando por muito tempo a legitimação da doença mental, inserindo os usuários de drogas, e consecutivo controle institucional desta. A loucura passa a ser alvo da ciência, formulando explicações e caracterizando os insanos que apresentavam desvios de conduta (FOUCAULT, 1978).

No Brasil, desde os primórdios da institucionalização, período colonial, com a função principal de controle do quadro social, a política vigente para usuários de substâncias psicoativas era de repressão em detrimento de ações preventivas e abrangentes (BUCHER, 1992). A opção por essa abordagem repressiva e proibicionista é proveniente de um modelo americano de guerra às drogas que se espalhou pelo mundo e conseqüentemente para o Brasil.

1.1 Desenvolvimento da Política sobre Drogas no Brasil.

Embora já existam estudos sobre o panorama do uso de drogas no Brasil, os dados disponíveis nem sempre são suficientes para avaliações específicas. Além disso, o uso de drogas é algo dinâmico, em constantes variações de um lugar para outro e mesmo em determinado lugar. Por essas razões, há necessidade de estudos para que novas tendências possam ser detectadas e programas de prevenção e intervenção adequadamente desenvolvidos (MORAES, 2005).

Em junho de 1998, em Nova York, durante a XX Assembléia Geral Especial das Nações Unidas, foram discutidas as diretrizes para redução da demanda de drogas com responsabilidade compartilhada. Em consequência dessa Assembléia,

foi criada no Brasil, no mesmo período, a Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD), vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Em dezembro do mesmo ano, foi realizado em Brasília o I Fórum Nacional Anti-Drogas, para elaboração de diretrizes que propiciaram a criação da Política Nacional Anti-Drogas (PNAD). Porém, somente em dezembro de 2001, por ocasião do II Fórum Nacional Anti-Drogas, a PNAD foi formalmente elaborada e em 26 de agosto de 2002, através do Decreto nº. 4.345, essa política foi instituída (BRASIL, 2004a).

As informações sobre o uso de drogas no país têm significativo avanço com o Observatório Brasileiro de Informação sobre Drogas (OBID), banco de dados nacional que caracteriza e integra informações sobre drogas (criado em 2002) sob o comando da SENAD, bem como com a divulgação do I Levantamento Domiciliar sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001), possibilitando um mapeamento do uso de drogas (BRASIL, 2004a).

A Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD) desenvolveu, em 2004, um processo de realinhamento da política vigente. Com base em dados epidemiológicos atualizados e na ampla participação social, a partir do Fórum Nacional sobre Drogas (2004), o prefixo “anti” foi substituído por “sobre drogas”, passando a ser denominada Política Nacional sobre Drogas. Tal ação culminou na substituição das leis nº. 6.368/78 e nº.10.409/02 e, em 23 de agosto de 2006, foi sancionada a Lei nº. 11.343/06, que institui no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, com a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar atividades de prevenção, tratamento e reinserção social do usuário e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico. A nova lei coloca o Brasil em destaque no cenário internacional no aspecto relativo à prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas (FODRA, 2008).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, elaborou diretrizes que serviram como base para estabelecimento de normas para atenção a usuários de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a).

Em fevereiro de 2002 foi publicada a Portaria GM/336, que elabora as diretrizes de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, e institui os CAPS AD (Álcool e outras Drogas), responsáveis pelo tratamento na rede pública. A Portaria SAS/189 é publicada em março do mesmo ano e regulamenta a portaria anterior, criando regras de repasse financeiro aos serviços e regulando a atenção aos portadores de transtorno mental, inclusive álcool e drogas (MORAES, 2005).

Com a função de enfatizar o tratamento a usuários de álcool e drogas na reabilitação e reinserção social, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, a criação de uma rede de assistência em serviços de saúde e sociais interligadas ao meio cultural e com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Essas portarias definem o atendimento por meio da elaboração de um plano terapêutico individual ao usuário. O plano deve conter a modalidade de atendimento a ser desenvolvida que, segundo a Portaria nº. 336 poderá ser: não intensiva (1 a 2 atendimentos ao mês), semi-intensiva (3 a 11 atendimentos ao mês), e intensiva (12 a 22 atendimentos ao mês). As ações deverão estar integradas a uma rede de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e ações de atenção comunitárias conforme as necessidades da população (BRASIL, 2002a).

Por fim, a Portaria nº. 2197 do Ministério da Saúde de 14 de outubro de 2004, com a função de redefinir e ampliar a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, instituiu a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, definindo diretrizes de interação entre a atenção básica, serviços de CAPS AD, unidades hospitalares especializadas e rede de suporte social complementar à rede de serviços disponíveis no SUS (BRASIL, 2004b).

As portarias definem as diretrizes do tratamento em CAPS AD com a função de atender a população dentro de uma lógica territorial, com atividades “terapêuticas e preventivas à comunidade”; com atendimento diário na perspectiva de redução de danos, com planos de tratamento personalizado; com atendimento nas modalidades não intensiva, semi-intensiva e intensiva, garantindo atenção e acolhimento; com condições de realizar repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários com necessidade; promover a interação dos familiares ao tratamento do usuário; promover relações intersetoriais visando à reinserção do usuário em seu contexto social, e desenvolver ações que priorizem diminuir o estigma e preconceito relativo ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2003).

1.2 Modelos de Atenção ao Cuidado em Saúde Mental

Parece consenso entre pesquisadores a existência de quatro modelos de atenção ao cuidado de usuários de substâncias psicoativas. O modelo jurídico moral é a visão mais difundida no meio social, com enfoque repressivo ao uso; o modelo sanitário desconsidera as razões que levam o indivíduo a buscar substâncias

psicoativas, mas o concebe como parte ativa na opção ao uso de drogas; o modelo sociocultural considera os padrões sociais que definem o ato, acentuando a complexidade da relação do uso; por fim, o modelo psicossocial foca a visão no indivíduo, considerando o padrão de uso (frequência, quantidade e modalidade de utilização das drogas), assim como seus efeitos diversos em diferentes pessoas (BUCHER, 1992; MORAES, 2005).

Entre as estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde aos CAPS AD, com a função de direcionar suas ações, podem-se citar a Redução de Danos, Ações de Atenção Integral, Rede de Saúde Comunitária e a Intersectorialidade (BRASIL, 2004a).

Desde 1994 o Ministério da Saúde adota a Redução de Danos como estratégia de saúde pública para prevenção de DST, Aids e hepatite, entre usuários de drogas injetáveis e, frente à eficácia da medida, expandiu a atuação para outras drogas, o que mais tarde viria a se tornar estratégia de tratamento em CAPS AD.

A abordagem da Redução de Danos está pautada na concepção da impossibilidade de uma sociedade sem drogas; na constatação da ineficácia de uma política exclusivamente repressora, “guerra às drogas”, além da contrariedade aos princípios éticos e direitos civis, na medida em que fere a liberdade de utilização do corpo e da mente (COTRIM, 1999). Esta abordagem reconhece o usuário em sua singularidade e possibilita melhor vínculo com o profissional, favorecendo o processo de tratamento.

As ações de atenção integral devem ser planejadas dentro do território específico, considerando os subsistemas sociais e suas vulnerabilidades, sendo necessária a interlocução de uma rede que atenda a complexidade do contexto. (BRASIL, 2004a).

A Rede de Saúde Comunitária é constituída por serviços que compõem a atenção integral em saúde, que são fundamentais para a assistência ao tratamento a usuários de álcool e outras drogas. Entre esses, incluem-se as unidades básicas de saúde e suas equipes de saúde da família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, leitos de psiquiatria disponíveis em hospitais gerais, serviços de saúde mental do município, Programa de Redução de Danos, Serviço de Internação Domiciliar, SAMU, Assistência Social em Saúde (BRASIL, 2004b).

Segundo a Política Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a complexidade que envolve a questão do uso de drogas torna necessária a inter-relação entre diversos serviços da comunidade, visando possibilitar um melhor

planejamento das ações a serem desenvolvidas, tanto individual quanto coletivamente e inclui áreas do judiciário, educação, assistência social, cultura, esporte e movimentos sociais diversos.

Tal direcionamento dado pelo Ministério da Saúde está de acordo com a Reforma Psiquiátrica, sendo, portanto, um dispositivo que visa substituir os serviços de internação psiquiátrica e o conceito de cuidado hospitalocêntrico como forma de tratamento.

Segundo Izecksohn (2003), está instaurado na sociedade o conceito mágico de tratamento que funcione como uma “purificação”, retirando do usuário o vício a que foi exposto. A abstinência seria a forma mágica de purificação, conseguida apenas através do processo de exclusão social (internação) ou da administração de medicamentos. Tal fato ocorre devido ao sofrimento vivido coletivamente pelo uso, levando à crença de que a reversão só possa se dar através de uma intervenção enérgica, no caso medicação ou internação.

A efetividade do tratamento depende não apenas da estrutura funcional e processo de atendimento, mas também da capacidade de adesão do usuário ao tratamento.

O desconhecimento do perfil do usuário que procura por tratamento no CAPS AD, Londrina, PR, dificulta a prevenção ao uso e o planejamento de uma política coerente que realmente atenda às necessidades da demanda.

Assim sendo, trabalhos que identifiquem as características das pessoas atendidas no CAPS AD, bem como do atendimento prestado, podem contribuir no redirecionamento das estratégias de prevenção e da atenção prestada por todos os serviços que integram a rede assistencial.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as características dos usuários de substâncias psicoativas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD segundo variáveis sociodemográficas e substâncias utilizadas.

Verificar associação entre o perfil do usuário e a substância utilizada.

Analisar o processo de atendimento aos usuários no CAPS AD.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo

Estudo transversal.

3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), situado na região centro-sul do município de Londrina (PR), localizado na Região Sul do Brasil. A projeção populacional para o ano de 2009 era de 510.707 habitantes (IBGE, 2010). Atualmente o município abriga sete universidades, sendo uma de desenvolvimento profissional tecnológico, o que a define como uma cidade universitária. Sua característica econômica está no fato de ser uma cidade prestadora de serviços, possuindo assim reserva de mão de obra excedente (LONDRINA, 2007).

O CAPS AD é um serviço integrado à Política de Saúde Mental do município, sendo referência para tratamento a usuários de álcool e outras drogas em seu território. Cadastrado pelo Ministério da Saúde em 2005, passou a integrar a rede de serviços em Saúde Mental, composta por Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) e Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i). Além destes, o Programa de Terapia Comunitária faz parte da rede de serviços, desenvolvendo ações preventivas em saúde mental em algumas unidades básicas de saúde do município. Atualmente o município conta com dez equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de matriciar a atenção básica no cuidado integral, entre estes, aos portadores de transtornos mentais (LONDRINA, 2007).

O indicador de monitoramento e avaliação utilizado pelo Ministério da Saúde para avaliar a saúde mental nos municípios é o índice de cobertura do território. Este tem por finalidade definir a proporção de serviços instalados a cada 100.000 habitantes. Calcula-se a cobertura do território através da fórmula: $[(\text{Número de CAPS I} \cdot 0,5) + (\text{número de CAPS II}) + (\text{número de CAPS III} \cdot 1,5) + (\text{CAPS i}) + (\text{CAPS AD})] / \text{número de habitantes} \cdot 100.000$; sendo que o melhor índice é de 1,0 para cada 100.000 habitantes. O município de Londrina possui indicador aproximado de 0,7.

O CAPS AD caracteriza-se como serviço público alternativo ao sistema de internação hospitalar. Trata-se de um serviço aberto à população, não sendo necessário o encaminhamento por outra instituição, com funcionamento de segunda a sexta-feira das 8 às 17 horas.

A equipe é composta por cinco psicólogos, um médico clínico, um terapeuta ocupacional, um assistente social, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um sociólogo, um educador físico, quatro assistentes de oficinas terapêuticas, dois auxiliares de administração, (dois redutores de danos) e dois auxiliares de serviços gerais. O serviço de alimentação é terceirizado. As atividades desenvolvidas no CAPS AD são organizadas pelos profissionais e se dividem em atividades físicas (canoagem, tênis, basquete, alongamento, caminhadas, futsal e relaxamento), terapêuticas (grupos de família, terapia comunitária, grupo social, grupo de dinâmica familiar, grupo de acolhimento, grupo de psicoterapia, atendimento ambulatorial), oficinas dirigidas (bijuterias, culinária, cestaria em jornais, tear, marcenaria, bordados), culturais (violão, teatro do oprimido, dança de salão, hip hop), sociais (assembléias, festas típicas, confraternização dos aniversariantes do mês, filmes temáticos, oficinas temáticas, passeios na comunidade). A equipe que atua no CAPS AD realiza uma reunião semanal de quatro horas para discussão das atividades, estudo de casos e assuntos relacionados ao processo de trabalho.

O tratamento tem início na triagem. Após o processo de escuta do usuário, considerando os dados coletados, técnico e usuário definem o plano terapêutico, conjunto de ações que visem o tratamento. Em alguns casos ocorre o encaminhamento para outras instituições de tratamento, conforme necessidade.

Em caso de permanência em tratamento no CAPS AD, elabora-se o plano terapêutico, com definição da frequência de comparecimento ao atendimento e das atividades que o usuário desenvolverá durante o tratamento. A frequência mensal ao tratamento define a modalidade de atendimento, conforme a Portaria 336 (GM, 19 de fevereiro de 2002), como: não intensiva, semi-intensiva e intensiva (BRASIL, 2002).

3.3 População de Estudo

A população de estudo foi composta por todos os usuários residentes em Londrina que passaram pela triagem no CAPS AD entre julho e dezembro de 2008.

3.4 Fonte de Dados

3.4.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir da consulta aos registros de atendimentos prestados aos usuários do CAPS AD. Para identificação dos casos foi elaborado um formulário a ser preenchido na triagem (Apêndice 1), no qual era registrado o nome do usuário, a data da triagem, data de nascimento, substância que o levou a procurar o tratamento, grau de escolaridade e idade em que iniciou o uso. Este instrumento possibilitou identificar os casos que passaram pelo serviço durante o período de estudo, evitando possíveis perdas. Todos os dados foram coletados pelo pesquisador.

A triagem é o momento onde o usuário relata sua história de vida e o motivo que o levou a procurar o tratamento. Todos os dados são anotados em uma ficha específica (ficha de triagem – Anexo 1)). Nesta fonte foram coletados dados sociodemográficos, uso de substâncias psicoativas e dados relacionados ao tratamento.

A ficha de triagem e a folha de evolução (Anexo 2) compõem o prontuário do usuário. Da folha de evolução foram obtidos os dados relacionados ao plano terapêutico do usuário, assim como da frequência ao tratamento.

Além do prontuário, utilizou-se o caderno de registro de presença, cuja anotação é feita na recepção antes do início de qualquer atividade. Estes registros possibilitaram levantar o número de comparecimentos em seis meses e estimar o tempo decorrido entre a triagem e o último comparecimento.

Os encaminhamentos para atendimento em outras instituições são anotados na folha de evolução. As internações realizadas em hospital psiquiátrico são confirmadas mensalmente através de relatórios de AIHs (Autorização de Internações Hospitalares). Encaminhamentos realizados para comunidades terapêuticas são registrados em caderno e acompanhados até a efetivação da internação. Casos encaminhados para internação foram checados no relatório mensal de AIHs e no caderno de registro de internações em comunidades terapêuticas.

Para a realização da coleta foi utilizado um formulário elaborado especificamente para este estudo (Apêndice 2), no qual foram registrados o nome do usuário e o número de seqüência de realização de triagem (relatório de triagem) assim como todos os dados de interesse do estudo. Após esse processo, os

formulários foram reclassificados em ordem alfabética, recebendo um novo número. Essa organização permitiu evitar extravio dos formulários e conseqüente perda de dados.

Foram coletados dados referentes aos atendimentos realizados até 30 de junho de 2009, para assegurar o período de observação de seis meses a todos os casos na obtenção de dados do número de comparecimentos em seis meses e identificar o tempo decorrido entre a triagem e o último atendimento.

O instrumento foi previamente testado, coletando-se dados de usuários que realizaram triagem na primeira quinzena do mês de junho. Após este processo o instrumento foi readequado.

3.5 Variáveis de Estudo

3.5.1 Sociodemográficas

Idade: considerada em anos completos na data em que ocorreu a triagem e categorizadas posteriormente em faixas etárias de interesse.

Sexo: masculino ou feminino.

Residência habitual: pessoa com quem residia por ocasião da triagem.

Escolaridade: fase escolar em que está cursando ou parou o ensino. Foram estratificadas em seis categorias.

3.5.2 Uso de substâncias psicoativas

Substância manifesta: substância psicoativa que levou o usuário a buscar o tratamento. O termo “manifesta” provém do fato de ter sido manifestado pelo usuário, em processo de triagem, como a substância que o conduziu ao tratamento. Esta nem sempre será a substância preferencial ou a geradora de disfuncionalidade.

Substâncias psicoativas associadas: outras substâncias psicoativas utilizadas em associação ao uso da substância manifestada na triagem.

Dependentes na família: foi considerada a presença de familiares dependentes e, em caso de afirmativo, qual(is) parente(s) faz(em) uso.

3.5.3 Relacionadas ao tratamento

Tipo de demanda: espontânea ou referenciada.

Encaminhamento para outros serviços após triagem no CAPS AD: Hospital Psiquiátrico, CAPS III, CAPS i, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Adolescência, Comunidades Terapêuticas, Serviços de autoajuda, Centro de Referência e Apoio Social, Unidades Básicas de Saúde.

Classificação do caso: novo ou retorno.

Modalidade de atendimento: Não intensiva (1 a 2 atendimentos), semi-intensiva (3 a 11 atendimentos) e Intensiva (12 a 21 atendimentos) caracterizados no processo de triagem.

Número de comparecimentos: frequência (dias) de comparecimento ao CAPS AD em seis meses.

Tempo decorrido entre a triagem e o último comparecimento: menos que 30 dias, 31 dias a 59 dias, 60 dias a 89, 90 a 119 dias, 120 a 149 dias, acima de 150 dias.

3.6 Análise Estatística

Os dados coletados no formulário foram digitados em um banco de dados criado no programa Epi Info versão 3.4.1.

Foram observadas as frequências absolutas e relativas. O teste do qui quadrado foi utilizado para verificar associações entre as variáveis e foram consideradas significativas as associações cujos testes apresentaram valor de $p < 0,05$.

3.7 Aspectos Éticos

A realização da coleta de dados foi autorizada pela Secretaria Municipal de Londrina (anexo 3) e o projeto devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o Parecer nº. 045/ 09 (anexo 4), de acordo com as orientações da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde MS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização

Durante o período de 01 de julho a 31 de dezembro de 2008 foram registrados na ficha de triagem do Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas, 507 atendimentos. Deste total, 12 referiam-se a usuários que passaram pela triagem mais de uma vez no período, devido ao abandono e reinício do tratamento. Do total de 495 casos atendidos, 9 foram considerados perdidos por estarem com o registro de dados incompletos. Assim, a população de estudo foi constituída por 486 usuários.

Entre os 486 usuários, predominaram pessoas do sexo masculino (85,4%) e na faixa etária de 25 a 34 anos em ambos os sexos (35,2%), conforme tabela 1. A predominância do sexo masculino corresponde à maior prevalência de uso de substâncias psicoativas entre os homens, verificada em várias pesquisas (CARLINI et al., 2002; NOTO et al., 2003; CARLINI et al., 2005; LARANJEIRA et al., 2007; SOUZA et al., 2008).

Segundo Laranjeira e colaboradores (2007), não se notou na população brasileira a tendência que ocorre em países desenvolvidos de proporção semelhante de mulheres e homens entre usuários de álcool. Entretanto, o II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI et al., 2005) revelou aumento da prevalência de dependentes de álcool em mulheres, quando comparado a estudo realizado em 2001 (CARLINI et al., 2002). Em 2001, 17,1% dos homens e 5,7% das mulheres foram considerados dependentes de álcool (três homens para cada mulher). Em 2005 a pesquisa revelou aumento de dependentes tanto entre os homens (19,5%), quanto entre as mulheres (6,9%), mas uma diminuição na relação homem/mulher (2,8).

Em mulheres, a prostituição surge como forma de garantir o acesso à droga ampliando, assim, também os riscos de infecção por HIV e demais doenças sexualmente transmitidas (NAPPO et al., 1999).

A consciência do usuário de seu comprometimento com o uso é fator preponderante para o início do tratamento. Blume e Zilberman (2004) revelam que o preconceito e o estigma que sofre a mulher usuária de substâncias psicoativas, acabam por postergar o início do tratamento, o que também justifica a maior proporção de homens em tratamento.

Weisner (apud ELBREDER et al., 2008) observou que mulheres apresentaram menor apoio familiar ou de amigos, para iniciar o tratamento do que os homens, e que perdas pessoais sucessivas foram preditivas para o início do tratamento. O estigma ocasionado pelo uso abusivo entre as mulheres opera contra a sua adesão ao tratamento. O estudo revelou ainda que, apesar do aumento da dependência, a “porcentagem dos entrevistados que recebeu algum tratamento para o uso de álcool e outras drogas” no Brasil diminuiu, passando de 4,0% para 2,9%, em 2001 e 2005, respectivamente.

Quanto à escolaridade, no presente estudo, 64,3% não completaram ensino fundamental, sem diferença significativa entre os sexos. Semelhante proporção pode ser verificada em outras pesquisas. Em estudo realizado com os pacientes de uma clínica de recuperação no Estado do Rio de Janeiro, Passos e Camacho (1998) constataram que 46% cursaram algum ano do primeiro grau, 38% o segundo grau e 15% cursaram algum ano do ensino superior. Ferreira Filho (1999), analisando o perfil sociodemográfico de usuários de cocaína internados em serviços hospitalares da grande São Paulo, verificou que 54,8% não possuíam o primeiro grau completo. Alvarez (2007) constatou que 58,1% de usuários de álcool, em São João Del Rei (MG), não haviam concluído o primeiro grau e 6,7% eram analfabetos. Galduróz e colaboradores (2004) observaram maior defasagem escolar “entre os estudantes que já tinham feito uso na vida de drogas ao comparar-se aos sem uso na vida”, assim como de absenteísmo em maior proporção entre estudantes que já haviam experimentado substâncias psicoativas.

A associação entre uso de substâncias psicoativas e baixa escolaridade é consenso nas pesquisas referidas. Entretanto, há muita semelhança entre os dados aqui levantados e a pesquisa realizada por Alvarez (2007). A escolaridade dos moradores de rua, não associado ao uso de substâncias, é proporcionalmente semelhante a este estudo, sendo que 63,5% destes não concluíram o primeiro grau, e 15,1% sequer estudaram na vida (BRASIL, 2008). Uma possibilidade para tal ocorrência é o fato de que serviços como o CAPS AD atenderem uma camada social mais desfavorecida financeiramente, por se tratar de um serviço público, sendo a baixa escolaridade uma condição associada à renda.

Tabela 1. Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo sexo, faixa etária e escolaridade, por ocasião da triagem, Londrina, PR, julho a dezembro, 2008.

Características	Sexo						p
	n	%	Feminino		Masculino		
			n	%	n	%	
Faixa etária							
< 18 anos	41	8,4	7	9,9	34	8,2	0,174
18 a 24 anos	65	13,4	10	14,1	55	13,3	
25 a 34 anos	171	35,2	21	29,6	150	36,1	
35 a 44 anos	113	23,3	22	31,0	91	21,9	
45 a 54 anos	67	13,8	9	12,7	58	14,0	
>55 anos	29	6,0	2	2,8	27	6,5	
Escolaridade*							
Analfabeto	12	2,5	1	1,4	11	2,7	0,284
I grau incompleto	309	64,3	54	77,2	255	62,2	
I grau completo	80	16,7	7	10,0	73	17,8	
II grau completo	68	14,2	7	10,0	61	14,9	
Superior completo	11	2,3	1	1,4	10	2,4	
Total	486	100	70	14,6	410	85,4	

*Excluídos os casos cuja informação é ignorada

Em estudo comparativo entre usuários de crack e não usuários, em iguais condições sociodemográficas, com idade entre 16 e 24 anos, na cidade de São Paulo, Sanchez, Oliveira e Nappo (2005) constataram que a taxa de desistência escolar entre não usuários é de 35,5%, e entre usuários de 70,0%, sendo que entre estes a grande maioria sequer completou o segundo grau.

Sanchez e Nappo (2002), pesquisando usuários de crack em São Paulo, com mais de dezoito anos, constataram que entre os fatores que contribuíram para o abandono escolar destacam-se o envolvimento com a droga e seu uso abusivo, a necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família e a possibilidade de ter dinheiro, associado à imaturidade da idade.

Tabela 2. Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo dependentes na família, por ocasião da triagem. Londrina, PR, julho a dezembro 2008.

Dependentes na família	n	%
------------------------	---	---

Pai	114	38,9
Irmãos	75	25,6
Mãe	20	6,8
Cônjuge	6	2,0
Mais de um parente	39	13,3
Outros	39	13,3
Total*	293	100,0

* Excluídos os casos cuja informação é ignorada

A presença de dependentes entre familiares dos usuários do CAPS AD foi de 60,7%, sendo o pai mencionado com maior frequência (38,9%), seguido de irmãos (25,6%) (tabela 2).

Segundo Horta e Pinheiro (2006), a coabitação entre pais e filhos pode ser determinada como fator de proteção para o uso de tabaco e drogas ilícitas. Quando pai e/ou mãe não fazem uso de substâncias psicoativas de forma abusiva, contribui igualmente para a não utilização dos filhos. Outras pesquisas corroboram a presença dos pais em convivência harmoniosa, associada à prática religiosa, como importante fator de proteção ao uso não abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003; SANCHEZ, OLIVEIRA e NAPPO, 2005; SILVA et al., 2006).

A família é a instituição privada com a função de socialização primária de crianças e adolescentes, assegurando comportamentos normalizados pelo afeto e pela cultura, assumindo assim papel fundamental na prevenção do uso abusivo de drogas de seus membros. As normas para os comportamentos sociais, incluindo o uso de substâncias psicoativas, são desenvolvidas nas relações com as fontes primárias de socialização: a família, a escola e amigos na adolescência. Adolescentes que apresentam desordem de conduta e uso abusivo de substâncias tiveram em seu desenvolvimento práticas de criação omissa, disciplina e monitoramento parental inadequados, irritabilidade parental e formação coercitiva (SCHENKER E MINAYO, 2003).

Quanto à distribuição dos usuários segundo a substância manifesta (tabela 3), o álcool representou 46,1%, seguido por crack (44,4%), maconha (5,8%), cocaína aspirada (3,1%), ansiolíticos (0,4%) e solvente (0,2%).

Tabela 3. Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo substância manifesta por ocasião da triagem. Londrina, PR, julho a dezembro de 2008.

Substância Manifesta	n	%
Álcool	224	46,1
Crack	216	44,4
Maconha	28	5,8
Cocaína	15	3,1
Ansiolíticos	2	0,4
Solvente	1	0,2
TOTAL	486	100,0

Segundo Laranjeira e colaboradores (2007), a prevalência de uso abusivo de álcool é de 12% no Brasil, sendo o uso nocivo 3%, e o uso com dependência 9%. A população abstinentemente representa 48%, 24% fazem uso freqüente e pesado (*binge*), e 28% são bebedores pouco freqüentes, sem uso abusivo.

O consumo de crack na população vem aumentando nos últimos anos. Acredita-se que esta situação deva-se a maior disponibilidade, menor custo, dependência rápida e maior efeito do que a cocaína injetada. Ferreira Filho (1999), pesquisando padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados no município de São Paulo, constatou que o padrão de uso do crack ocorria em maior quantidade e com maior freqüência quando comparado com a cocaína inalada; dependentes de crack possuíam maior freqüência de prisões decorrentes da violência e criminalidade associados ao uso e usos associados de outras substâncias psicotrópicas eram mais comuns entre usuários de crack. Tais motivos sugerem que a busca por tratamento ao uso de crack ocorra em função de seu alto grau de prejuízo biopsicossocial.

Os resultados do presente estudo revelam que entre os que procuraram o tratamento no CAPS AD, 53,3% eram usuários de drogas ilícitas, sendo o crack responsável por 83,4% dos casos entre as substâncias ilícitas. Segundo Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008) a procura de usuários de crack por tratamento, no início dos anos 90, passou de 50% para 80% entre usuários de drogas ilícitas, em serviços ambulatoriais especializados na cidade de São Paulo nos cinco primeiros anos da década. Segundo Ferri e colaboradores (1997), verificaram-se diminuição gradual de usuários de drogas injetáveis (cocaína) em serviços especializados, e aumento entre usuários de cocaína fumada (crack), nos três primeiros anos da década de 90.

Segundo Nappo, Galduróz e Noto (1996) comprovaram que traficantes de São Paulo se utilizaram da estratégia de reduzir a oferta de outras drogas ilícitas associada a uma abundante oferta do crack, induzindo a adesão à substância, no início de década de 90. Tal adesão deve-se ao fato desta possuir um alto grau de dependência, baixo preço por unidade, fácil manejo, garantindo assim lucro certo. Apresentou ainda o perfil do usuário como homem, jovem, baixa escolaridade e sem vínculos empregatícios formais. Os efeitos do crack levavam a um uso compulsivo, sem controle, onde a parada ocorria após esgotamento físico, psíquico e financeiro, mantendo o pensamento fixo na busca deste para o consumo, em função do alto grau de dependência. Usuários de crack, após uso, relatam arrependimento e consecutivo desejo de se abster deste, motivando, em algumas situações, a busca por tratamento.

Galassi, Elias e Andrade (2008) verificaram aumento de 36% nas internações hospitalares para tratamento de dependentes químicos na cidade de Campinas durante os anos de 2000 a 2002, das quais a maioria devida ao álcool. Porém, as internações por uso de cocaína e derivados aumentaram em 89,4% durante o período da pesquisa, seguida de “elevação mais discreta” de internações por uso de múltiplas drogas (7,4%).

Outro aspecto que chama atenção na tabela 3 é o baixo percentual de usuários que referiram como substância manifesta o ansiolítico. Sabe-se que o uso desta substância é bastante disseminado na sociedade, sendo a mais utilizada em todo o mundo. Apenas no Brasil há aproximadamente cem marcas de produtos a venda (CARLINI et al., 2001). A utilização de ansiolíticos ocorre com mais frequência entre as mulheres (TAVARES et al., 2001) na faixa etária com mais idade.

A tabela 4 mostra a distribuição dos usuários por substância manifesta no momento da triagem segundo sexo, escolaridade e idade.

Dos que procuraram o serviço não se observaram diferenças significativas entre os sexos na proporção de uso de álcool e crack. O uso do crack entre mulheres que procuraram tratamento corresponde a 39 casos (54,9%). Comparado à prevalência de uso revelado no II Levantamento Domiciliar (Carlini et al., 2005), a procura por tratamento se apresenta superior à esperada, principalmente entre as mulheres, onde a prevalência para uso de crack na vida foi de 0,2%, sendo 1,5% entre homens.

O álcool apresentou maior proporção entre usuários com mais idade (89,6% na faixa etária de 45 a 54 anos e 100,0% acima de 55 anos) enquanto que, de 18 a 24 anos, o crack representou 78,5%.

A diferença da distribuição da substância manifesta segundo a idade foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Maiores proporções de crack como substância manifesta foram observadas entre menores de 35 anos, idade a partir da qual o álcool passa a predominar (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos usuários do CAPS AD por sexo, faixa etária, escolaridade segundo substância manifesta, por ocasião da triagem. Londrina, PR, julho a dezembro de 2008.

Características	Substância Manifesta						p
	Álcool		Crack		Outras		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	195	46,9	177	42,7	43	10,4	0,517
Feminino	29	40,8	39	54,9	3	4,2	

Faixa Etária

<18 anos	2	4,9	19	46,3	20	48,8	<0,001
18 a 24 anos	4	6,2	51	78,5	10	15,4	
25 a 34 anos	46	26,9	114	66,7	11	6,4	
35 a 44 anos	83	73,5	27	23,9	3	2,7	
45 a 54 anos	60	89,6	5	7,5	2	3,0	
55 anos e mais	29	100,0	-	-	-	-	

Escolaridade

Analfabeto	11	91,7	-	-	1	8,3	<0,001
I grau incompleto	150	48,5	130	42,1	29	9,4	
I grau completo	28	35,0	43	53,8	9	11,3	
II grau completo	27	39,7	37	54,4	4	5,9	
Superior	5	45,5	3	27,3	3	27,3	

Total	224	46,1	216	44,4	46	9,5	
--------------	-----	------	-----	------	----	-----	--

O uso experimental de crack entre menores de 24 anos é constatado em outros estudos (NOTO et al., 2003; GALDURÓZ, 2004). Segundo Galduróz e colaboradores (2004) o uso de crack entre estudantes do ensino fundamental e médio nas capitais do Brasil foi de 4% entre mulheres e 1,1% entre os homens. A proporção de pessoas que experimentaram o crack entre 10 e 12 anos foi de 0,2% e entre maiores de 16, de 1,1%.

Sanchez e Nappo (2002), em pesquisa com usuários de crack na cidade de São Paulo, revelaram que o início do uso de substâncias psicoativas ocorreu com drogas lícitas (álcool e cigarro) na faixa etária de 10 a 13 anos. O uso de drogas ilícitas ocorreu entre 12 e 16 anos de idade, sendo a maconha a droga inicial. Porém a seqüência de uso parece mais associada a decisões externas quanto à droga utilizada (disponibilidade da droga na época do consumo, interferência do tráfico, campanhas de prevenção, época em que iniciaram o consumo, pressões de grupos e outras).

Fato semelhante observou-se no presente estudo, no qual entre usuários de maconha 60,7% são menores de 18 anos e foi a substância que apresentou usuários de menor idade. Entre os usuários de maconha, 7,1% eram da faixa etária de 10 a 12 anos, 28,6% de 13 a 15 anos e 25% de 16 a 17 anos. Entre usuários de crack, 3,3% eram da faixa etária de 13 a 15 anos, 5,6% entre 16 e 17 anos (na proporção de 2,16 homens para cada mulher). Este resultado está de

acordo com a pesquisa de Sanchez e Nappo (2002), onde mostraram que a maconha foi a primeira droga ilícita utilizada entre usuários de crack em fase adulta na cidade de São Paulo.

Laranjeira e colaboradores (2007) referem que “bebedores com problemas diminuem com a idade, passando de 53% na faixa dos 18 a 24 anos para 35% no grupo com mais de 60 anos”. Todavia, a busca por tratamento está associada aos danos causados pelo abuso de substâncias psicoativas. Os principais danos são problemas sociais, doenças ou acidentes e estão relacionados com o padrão de uso (quantidade e frequência) e substância utilizada. A possibilidade da ocorrência de maior proporção entre usuários de álcool com mais idade deve-se ao surgimento dos danos associados ao longo período de uso. Um fato que reforça tal aspecto no presente estudo é a proporção de usuários de álcool que buscaram tratamento no CAPS AD após encaminhados por outros serviços.

Em relação à escolaridade associada ao uso de substâncias psicoativas foram encontradas diferenças importantes (tabela 4). Entre analfabetos, em 91,7% a substância manifesta foi o álcool e 48,5% entre os que não concluíram o ensino fundamental. Entre os que mencionaram o uso de crack, nenhum era analfabeto e 42,1% não concluíram o primeiro grau. Entre usuários que referiram ter cursado nível superior, 27,3% faziam uso de crack ou de outras drogas. A associação entre escolaridade e substância manifesta apresentou significância estatística ($p < 0,001$).

Segundo Laranjeira e colaboradores (2007) em relação às classes sociais, as que apresentam melhores condições (categorias A e B da classificação ABEP) o uso com frequência semanal é de 30%, entre as classes menos favorecidas (E) é de 17%. Embora as classes A e B apresentem maior frequência de uso do álcool, a quantidade é proporcionalmente menor que as classes menos favorecidas, 62% bebendo até duas doses; enquanto a classe E apresenta 45% dos bebedores com padrão maior que cinco doses. “Em geral, pessoas que tendem a consumir maiores quantidades buscam o consumo de bebidas com graduação alcoólica mais elevada”.

Tabela 5. Uso simultâneo de substâncias psicoativas segundo substância manifesta, por ocasião da triagem, Londrina, PR, 2008.

Substância	Uso simultâneo			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Álcool	49	21,9	175	78,1

Crack	150	69,4	66	30,6
Outras	24	52,2	22	47,8
Total	223	45,9	263	54,1

Usuários com padrão de uso nocivo de cocaína e derivados (crack) apresentaram maiores percentuais de uso associado (69,4%) de outras drogas quando comparado ao álcool e outras drogas (tabela 5). Esse comportamento é definido como politoxicômano, sendo constatado em outras pesquisas.

O padrão de uso exclusivo de crack na cidade de São Paulo vem se alterando pelo uso associado de outras substâncias, o que o tem caracterizado como “politoxicômano”. Este comportamento de uso, além de dificultar o prognóstico de tratamento do uso do crack, interfere na adesão a “possíveis intervenções terapêuticas e seu sucesso”, pois o uso múltiplo de drogas tem adicionado multidependências e comorbidades ao quadro psiquiátrico já existente (OLIVEIRA e NAPPO, 2008).

Quanto ao uso de outras substâncias de forma associada àquela manifesta, a maconha apresentou maior proporção (29,4%), seguido por álcool (19,7%) e tabaco (8,1%), não aparecendo uso de ecstasy.

4.2 Processo de atendimento

Quanto ao tipo da demanda, verifica-se na tabela 6 que 60% dos usuários vieram encaminhados por outros serviços da rede de atenção. Além dos serviços públicos as organizações não governamentais, universidades e associações de bairro também encaminharam pessoas para tratamento no CAPS AD.

Tabela 6. Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo procedência, quando da realização da triagem. Londrina, PR, 2008.

Processo de Atendimento	n	%
Demanda Espontânea		

Sim	195	40,0
Não	291	60,0
Serviço que encaminhou		
Serv saúde de maior complexidade	81	27,7
Outros	85	29,1
Assistência Social	73	25,2
Unidade Básica de Saúde	38	13,2
Organizações Não Governamentais	14	4,8
Total	486	100,0

Entre os casos definidos na tabela como “outros”, são encaminhamentos realizados pelo Conselho Tutelar (3,4%), Patronato (egressos do sistema penal) 2,7% e instituições (públicas e privadas) da comunidade. Destaque para departamentos de recursos humanos de empresas locais, que encaminharam 2,5% dos casos e Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Londrina (Medicina do Trabalho), com 4,1% dos encaminhamentos.

Entre os casos encaminhados, 27,7% foram por serviços de saúde de média e alta complexidade (CAPS III, CAPS i, Hospital Zona Norte, Zona Sul e Hospital Universitário Regional Norte do Paraná). O Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) foi o serviço que mais encaminhou (22,3%). Isso ocorre devido ao funcionamento 24 horas por dia, sendo porta de entrada para internação psiquiátrica. Dos encaminhamentos realizados pelo CAPS III, 61,5% eram usuários de álcool, 33,8% usuários de crack, 3,1% de cocaína e 1,5% de ansiolíticos. Dos casos provenientes de serviços hospitalares 75% eram usuários de álcool e 25% de crack.

Os encaminhamentos realizados pelo Centro de Referência Especializado em Assistência Social I (CREAS I) representaram 18,2% do total, e do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), 6,9%, totalizando 25,1% dos casos.

As unidades básicas de saúde (UBS) encaminharam 13,1% dos casos, dos quais 47,4% de usuários de álcool, 44,7% de crack e 5,3% de maconha.

Considerando que usuários que apresentam transtornos em decorrência do uso abusivo de drogas recorrem inicialmente aos serviços primários de saúde, quer “por sua proximidade com famílias e comunidades”, ou para tratar comorbidades associadas, era de se esperar maior proporção de encaminhamentos da atenção

básica. Tal dado aponta para a necessidade de ações que visem melhorar a articulação entre CAPS e serviços primários de saúde, visando a implementação da atenção integral a usuários de álcool e outras drogas preconizado na Portaria nº. 2197 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

A detecção de transtornos acometidos por uso de substâncias psicoativas nas Unidades de Atenção à Saúde costuma ocorrer em cinco anos, evidenciando conseqüências diretas e indiretas da falta de acesso dos usuários a práticas de cunho preventivo, ou da ausência de efetividade das mesmas (BRASIL, 2003).

A portaria citada estabelece parâmetros de interação entre a atenção básica, CAPS AD, atenção hospitalar referenciada e a rede de suporte social, visando a ampliação da atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Em seu artigo 3º, estabelece como diretrizes para atenção básica a atuação articulada ao restante da rede de atenção integral aos usuários de drogas, bem como a rede de DST/AIDS; atuação e inserção comunitária em maior nível de capilaridade para ações como detecção precoce de casos de uso nocivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, contemplando ainda o encaminhamento precoce para intervenções mais especializadas e adoção da lógica da redução de danos. Define como atuação do componente CAPS AD, promover a articulação da rede de atenção integral a usuários de álcool e drogas, “bem como à rede de cuidados em saúde mental, devendo ainda ser considerada a rede de cuidados em DST/AIDS”.

A diversidade de serviços que encaminharam usuários para o CAPS AD sugere que a instituição é reconhecida como serviço de referência para tratamento de usuários de drogas psicoativas. Este fato mostra-se relevante, uma vez que na organização da rede de atenção em saúde mental, conforme Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), o CAPS AD apresenta-se como dispositivo estratégico em saúde, pois o tratamento do usuário de substâncias psicoativas depende da reestruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários (BRASIL, 2003). Os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas são pontos da rede de cuidados com a função de reordenar a atenção integral ao usuário, promovendo a intersetorialidade entre as áreas da saúde, da justiça, da educação, da assistência social e de desenvolvimento, facilitando a capilaridade entre os serviços e a reinserção social dos usuários, objetivo final do tratamento.

Os casos que buscaram tratamento de forma espontânea apresentaram maior proporção de usuários de crack (50,8%), seguido por álcool (42,6%) e demais substâncias (6,6%), conforme mostra a tabela 7.

Tabela 7. Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo substância manifesta por ocasião da triagem e tipo de demanda. Londrina, PR, 2008.

Substâncias	Procedência			
	Demanda espontânea		Encaminhados	
	n	%	n	%
Álcool	83	42,6	141	48,5
Crack	99	50,7	117	40,3
Maconha	5	2,6	23	7,9
Cocaína	7	3,6	8	2,7
Outras	1	0,5	2	0,6
Total	195	100,0	291	100,0

Quanto à procura prévia por tratamento, 54,8% nunca procuraram outra forma de tratamento. Entre os usuários que já buscaram alguma forma de tratamento 61,2% recorreram a serviços de saúde duas vezes, 18,7% até três vezes e 20,1% acima de três. Entre os que buscaram tratamento previamente, 52,1% eram usuários de álcool, seguido por usuários de crack (44,3%). Quanto ao tratamento anterior no CAPS AD, 21,6% já passaram por esse serviço (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo tratamentos anteriores, primeiro atendimento no CAPS AD e modalidade de atendimento. Londrina, PR, 2008.

	n	%
Tratamento Anterior		
Sim	219	45,2
Não	265	54,8
Primeiro Atendimento no CAPS		

Sim	381	78,4
Não (retorno)	105	21,6

Modalidade de Atendimento

Intensiva	288	72,5
Semi-intensiva	76	19,1
Não Intensiva	33	8,3

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

O resultado é compatível com estudo realizado por Surjan, Pillon e Laranjeira (2000) que apresentaram o índice de 48% entre pacientes com mais de uma tentativa de tratamento, em pesquisa realizada em clínica de recuperação na cidade de São Paulo no ano de 1998.

Alvarez (2007) ressalta que os principais fatores de recaídas entre usuários de álcool estão relacionados ao convívio social, conflitos interpessoais, estados emocionais negativos e a própria dependência fisiológica e psicológica. Os usuários apresentaram mais de um fator associado como indicativo de recaídas, e conseqüente abandono do tratamento.

Do total de 486 casos estudados, 97 foram encaminhados para outros serviços. Destes, 15 apesar do encaminhamento permaneceram também em atendimento no CAPS AD. Assim, dos 397 usuários em atendimento no CAPS AD, 72,5% foram classificados na modalidade de tratamento intensiva, 19,1% na modalidade semi-intensiva e 8,3% na modalidade não intensiva (tabela 9). A necessidade de permanência no serviço com uma freqüência maior que doze dias ao mês caracteriza, de certo modo, o grau de comprometimento com o uso de drogas. Assim, é possível dizer que a maioria que permaneceu em tratamento são usuários com padrão de uso nocivo, ou dependente, segundo os critérios de classificação utilizados conforme propostos no protocolo do serviço.

Entre os 97 casos que foram encaminhados pelo CAPS AD, 42,3% foram para serviços de autoajuda (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Amor Exigente) e para os demais serviços de Saúde Mental 19,6% (tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo encaminhamento realizado, após triagem, Londrina, PR, 2008.

Serviços	n	%
----------	---	---

Encaminhados		
Auto-Ajuda	41	42,3
Saúde Mental	19	19,6
Comunidade Terapêutica	16	16,5
Hospital Psiquiátrico	16	16,5
Outros	5	5,1
Total	97	100,0

Dos encaminhamentos realizados 33,0% seguiram para instituições cujo tratamento baseia-se na abstinência e reclusão social (Hospital Psiquiátrico e comunidades terapêuticas).

O CAPS AD tem como diretriz ser um serviço alternativo ao processo de reclusão como forma de tratamento. Entretanto, o fato de o município não possuir um serviço de internação em hospital geral para tratamento da síndrome de abstinência por uso de substâncias psicoativas, preconizado na Política de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004), faz do hospital psiquiátrico e comunidades terapêuticas as únicas opções para tais casos.

Segundo Laranjeira e colaboradores (2000), a necessidade de internação ocorre quando o paciente se apresenta em síndrome de abstinência (conjunto de sintomas desenvolvidos em função da abstinência ou redução da substância no organismo), devido à necessidade de monitoramento constante de seu quadro clínico. Entretanto, o pico dos sintomas ocorre entre 24 e 48 horas, desaparecendo, na maioria dos casos, após sete dias. Após quinze dias há remissão dos sintomas da síndrome de abstinência.

Tabela 10. Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo comparecimento após a triagem, CAPS AD, Londrina, PR, 2008

Características	Comparecimento apenas na triagem				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Substância manifesta					
Álcool	65	34,0	126	66,0	0,724
Crack	54	30,5	123	69,5	

Outras	10	29,4	24	70,5	
Modalidade de atendimento					
Não Intensiva	14	43,8	18	56,2	0,125
Semi-intensiva	27	36,0	48	64,0	
Intensiva	82	28,5	206	71,5	
Classificação					
Novo	115	38,0	188	62,0	<0,001
Retorno	14	14,1	85	85,9	
Demanda					
Espontânea	61	37,7	101	62,3	0,064
Encaminhado	68	28,3	172	71,7	
Total*	129	32,9	273	67,1	

*excluídos os casos cuja informação é ignorada

Entre aqueles com indicação para permanecerem em tratamento no CAPS AD, 32,9% compareceram apenas na triagem. Das variáveis analisadas, somente a proporção mais elevada de comparecimento após a triagem, entre os casos que retornaram ao serviço para tratamento foi significativa ($p < 0,001$). Esses resultados sugerem maior adesão ao tratamento dos usuários que já buscaram atendimento em outras oportunidades.

Tabela 11. Distribuição dos usuários segundo comparecimento no CAPS AD durante o período de seis meses, Londrina, PR, 2008

Tempo entre triagem e último comparecimento	n	%
Até 30 dias	201	49,8
31 a 60 dias	32	7,9
61 a 90 dias	22	5,4
91 a 120 dias	13	3,2
121 a 150 dias	17	4,2
> 150 dias	119	29,5
Total*	404	100,0

*Excluídos os casos cuja informação é ignorada

Na tabela 11 são apresentados dados sobre o tempo decorrido entre a triagem e o último comparecimento no serviço. Verifica-se que 49,8% não permaneceram mais do que trinta dias em atendimento e apenas 29,5% compareceram no sexto mês após a triagem.

O processo de triagem não define o tempo em que o mesmo deverá permanecer em atendimento. O tratamento consiste na busca da extinção de um padrão de uso disfuncional de uma substância. Entretanto, ainda que o usuário apresente remissão do padrão de uso disfuncional, o mesmo deverá ser acompanhado por um período de tempo.

Dados semelhantes de abandono foram encontrados por Pelisoli e Moreira (2005) entre usuários de saúde mental, com 53,5% de casos não aderentes ao tratamento. Stark (1992) refere que quanto maior o tempo que o usuário permanecer em tratamento, melhor será o resultado.

Segundo Kaplan e colaboradores (1997), a adesão ao tratamento ocorre quando o paciente segue orientações do profissional de saúde com manutenção de seu tratamento indicado, incluindo ingresso em tratamento demarcado e frequência até seu final com seguimento das recomendações solicitadas pelo profissional (uso de medicações, dietas e alterações de comportamento).

Tabela 12. Distribuição dos usuários do CAPS AD segundo o tempo decorrido entre a triagem e o último comparecimento em seis meses por substância manifesta, modalidade de atendimento e classificação do caso. Londrina, PR, 2008.

Características	Tempo Decorrido (dias)											
	< 30 dias		31 a 60		61 a 90		91 a 120		121 a 150		> 150	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Substância												
Manifesta												
Álcool	96	50,0	15	7,8	5	2,6	8	4,2	8	4,2	60	31,3
Crack	88	49,4	15	8,4	14	7,9	5	2,8	7	3,9	49	27,6
Outras	16	48,5	2	6,1	3	9,1	2	6,1	0	0,0	10	30,3
Modalidade de Atendimento												
Não Intensiva	18	56,3	0	0,0	2	6,3	1	3,1	0	0,0		34,4

Semi-intensiva	41	54,7	3	4,0	3	4,0	6	8,0	2	2,7	20	26,6
Intensiva	134	46,5	29	10,1	17	5,9	8	2,8	13	4,5	87	30,2
Classificação												
Novo	174	57,2	23	7,6	14	4,6	8	2,6	10	3,3	75	24,7
Retorno	26	26,3	9	9,1	8	8,1	7	7,1	5	5,1	44	44,4

A tabela 12 apresenta a distribuição dos usuários segundo o tempo decorrido entre a triagem e o último comparecimento. Entre os usuários de álcool, 50,0% compareceram ao atendimento apenas no primeiro mês, e 31,3% compareceram ao CAPS AD cinco meses após a triagem.

Usuários com atendimento na modalidade não intensiva apresentaram maior proporção de casos com permanência acima de cinco meses (34,4%), seguidos por casos com atendimento intensivo (30,2%) e semi-intensivo (26,6%).

Na tabela 13 são apresentados dados relacionados ao número de comparecimentos, que é compatível com os dados apresentados na tabela 12. Entre os casos com comparecimento apenas na triagem (tabela 13), os casos com modalidade de atendimento intensiva apresentaram menor proporção (28,5%), sendo de 36% casos em semi-intensiva e 43,8% em não intensiva. Não foram encontrados estudos que relacionassem a modalidade de atendimento nos CAPS AD com a adesão ao tratamento.

Usuários que retornaram ao serviço apresentaram melhor adesão quando comparados aos casos novos. Casos de retorno com presença após seis meses de tratamento (44,4%) apresentaram também maior frequência de comparecimento com 29,3% acima de 30 vezes, e com menor proporção entre os casos que realizaram apenas o atendimento de triagem (14,1%). Casos novos apresentaram 24,7% de permanência acima de 150 dias, 12,5% acima de trinta dias em seis meses, e proporção de abandono em um dia (triagem) de 38%. Tais dados confirmam maior adesão entre casos de retorno.

Como era esperado, entre os classificados na modalidade não intensiva, em nenhum caso o comparecimento foi superior a 15 vezes. Entre os usuários de álcool, 23,6% compareceram por mais de 30 vezes em seis meses, percentual bastante superior ao observado entre os usuários de crack (11,3%), o que permite inferir, de certo modo, melhor adesão ao tratamento dos usuários de álcool.

Tabela13. Distribuição dos usuários do CAPS AD por substância manifesta, modalidade de atendimento e classificação dos casos segundo número de comparecimento em seis meses. Londrina, PR, 2008.

Características	Número de Comparecimento em 6 meses									
	1		2-5		6-15		16-30		> 30	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Substância										
Manifesta										
Álcool	65	34,0	37	19,4	21	11,0	23	12,0	45	23,6
Crack	54	30,5	51	28,8	29	16,4	23	13,0	20	11,3
Outras	10	29,4	8	23,5	11	32,4	3	8,8	2	5,9
Modalidade de Atendimento										
Não Intensiva	14	43,8	11	34,4	7	21,9	-	-	-	-
Semi-intensiva	27	36,0	17	22,7	11	14,7	14	18,7	6	8,0
Intensiva	82	28,5	68	23,6	43	14,9	35	12,2	60	20,8
Classificação dos Casos										
Novo	115	38,0	72	23,8	45	14,9	33	10,9	38	12,5
Retorno	14	14,1	24	24,2	16	16,2	16	16,2	29	29,3
Total	129	35,0	96	22,9	61	10,8	49	11,6	67	19,7

Ribeiro e colaboradores (2008) relatam que usuários de álcool com histórico de tratamento anterior apresentaram associação positiva a adesão. Outros fatores predisponentes estão associados à adequada relação familiar (filhos, estabilidade conjugal), não associação do uso ao convívio social, reconhecimento de problemas psicológicos ou comorbidade psiquiátrica, uso anterior de antidepressivos, esquecimento e fraquezas associados ao uso de álcool e irritabilidade ao beber. Fatores favoráveis ao abandono precoce estão associados a acreditar-se auto suficiente, estado de humor expansivo, influência familiar, insatisfação na vida e início de uso tardio.

Diversos estudos demonstram a influência familiar no padrão de uso de substâncias psicoativas. Schenker e Minayo (2003, 2004) ressaltam a necessidade de envolver a família no tratamento de usuários de substâncias psicoativas, aumentando a adesão deste ao tratamento, como consequência de alterações no convívio familiar.

Os resultados observados no presente estudo revelam um perfil bastante distinto daquela da prevalência de uso de substâncias psicoativas na população em geral e reforçam a importância de se conhecer melhor quem são esses que procuram o atendimento, no sentido de ampliar atuação dos serviços, em todos os níveis de atenção, para melhorar a acessibilidade da demanda, principalmente da reprimida. Além disso, a análise do processo de atendimento revela a importância de aprimorar os mecanismos de acolhimento, no primeiro atendimento e estabelecimento do vínculo do usuário com o serviço para melhorar a aderência ao tratamento.

5 CONCLUSÃO

Entre os usuários que procuraram tratamento no CAPS AD observou-se maior proporção de pessoas do sexo masculino (85,4%); na faixa etária entre 30 e 49 anos (51,0%), que não concluíram o ensino fundamental (66,8%); referiram como substância manifesta, no momento da triagem, o álcool (46,1%) ou crack (44,4%); 60,5% possuíam familiares dependentes de alguma substância psicoativa; reincidentes no serviço (21,6%).

O uso da substância manifesta na triagem apresentou associação significativa com o grau de escolaridade ($p < 0,001$) e com a faixa etária ($p < 0,001$). Aqueles com primeiro grau incompleto apresentaram maior proporção de uso de álcool (48,5%). Entre a população com mais idade o uso de álcool se mostrou também mais elevada (89,6% entre as idades de 45 e 54 anos) e entre as pessoas de menor idade ocorreu predomínio de substâncias ilícitas (crack e maconha).

Entre as mulheres, a principal substância manifesta foi o crack (54,9%), porém, a diferença entre os sexos não foi estatisticamente significativa.

Usuários de cocaína (inalada e aspirada) apresentaram maiores índices de uso de substâncias psicoativas associadas (73,3% inalada, 69,4% crack). A substância mais utilizada em associação à substância manifesta é a maconha (29,4%), seguida por álcool (19,7%).

A maioria dos casos veio encaminhada por outros serviços (60,0%). Os serviços de saúde de média e alta complexidade apresentaram maior proporção de encaminhamentos (27,7%). Encaminhamentos realizados pela atenção básica totalizaram 13,1%.

Após a triagem, 81,7% permaneceram em tratamento no CAPS AD. Destes, 49,6% não permaneceram em atendimento por mais de um mês e 29,7% permaneceram em atendimento por mais de 150 dias. Quanto ao número de comparecimentos, 32,0% compareceram apenas na triagem e 16,6% mais de trinta vezes durante seis meses. Casos reincidentes (retorno) apresentaram maior frequência de comparecimentos quando comparados aos casos novos ($p < 0,001$).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado apresentado por este estudo revela a necessidade de aprimorar a escuta, em processo de triagem e durante o tratamento visto a baixa frequência de permanência em atendimento, visando à vinculação do usuário ao atendimento.

Outro aspecto importante revelado por este estudo é a frágil relação existente entre as unidades básicas de saúde e CAPS AD, identificado quer pela pequena quantidade de encaminhamentos realizados por estes serviços, ou pelo número expressivo de encaminhamentos realizados por serviços de saúde de média e alta complexidade. Tal situação parece apontar a dificuldade dos profissionais da atenção básica na detecção precoce do uso nocivo de substâncias psicoativas, impossibilitando assim ações preventivas. Esta situação aponta a necessidade de implantação da Política Integral a Usuários de Álcool e Drogas, no intento de melhorar a assistência prestada ao usuário, seja na detecção ou no encaminhamento ao tratamento. Não houve encaminhamentos realizados pela rede de ensino para o CAPS AD, revelando a inexistência de interlocução entre estes serviços.

Ações que visem a capacitar os trabalhadores da atenção básica para o fortalecimento das relações intersetoriais da rede comunitária parecem prementes, como uma possibilidade de melhorar a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, o que passa pela detecção precoce e, conseqüentemente, redução do agravamento do quadro de dependência e das comorbidades associadas.

Uma forma de fortalecer a relação entre os serviços está na possibilidade de aproximar a equipe de profissionais do CAPS AD ao Programa de Saúde da Família, por meio da discussão de casos e apoio matricial para melhor apreensão da política de atenção à saúde mental.

Outra medida necessária está em desenvolver mecanismos mais efetivos de vinculação do usuário ao serviço, promovendo a adesão deste ao tratamento em qualquer nível do sistema, uma vez que este estudo constatou altos índices de abandono, suscitando a necessidade de entender os motivos da não permanência dos usuários em tratamento, apesar de estes o terem procurado.

Deste modo, espera-se que os resultados apresentados orientem a política local na elaboração de novas ações que ampliem a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, bem como a sua permanência em tratamento, no sentido de promover a sua reinserção social.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, D. M. **O processo de alcoolização entre os Pankararu**: um estudo em etnoepidemiologia. 2002. 100 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1996.

ÁLVAREZ, A. M. A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p.188-193, jul./set. 2007.

BLUME, S. B.; ZILBERMAN, M. L. Women: clinical aspects. In: LOWINSON, J. R., et al. (Ed.). **Substance abuse**: a comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. p. 1049-1064.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro 2002a. Estabelece diretrizes para o funcionamento dos centros de atenção psicossocial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 de fev. 2002a.

_____. Portaria nº 189/GM, 20 de março de 2002. Define normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 de mar. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos**. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2197/GM, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 15 de out. 2004b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, 2008.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país –2001. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2002.

_____ **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2005.

CARNEIRO, H. **Mezinhas, filtros e triacas**: drogas no mundo moderno (XVI ao XVIII), 1993. 250 f. Dissertação (Mestrado em História Social). Faculdade de Ciências e História, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

COTRIM, B. C. A prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas. In: SUDBRACK, M. F. O. (Org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas**: diga sim a vida. Brasília: CEAD/ UNB; SENAD, 1999.

DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 4, p. 545-557, 2008.

EDWARDS, G; GROSS, M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**, London, v. 1, n. 6017, p. 1058-1061, May, 1976.

ELBREDER, M. F. et al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 9-15, jan./mar. 2008.

ESPINHEIRA, C. G. D. A universalidade dos usos de drogas: o lugar das drogas na sociedade pós moderna. In: **CONFERÊNCIA do I Encontro Nacional de CAPS AD**: drogas saúde pública e democracia, reduzindo danos, ampliando direitos. Santo André, 2004. Mimeografado.

FERREIRA FILHO, O. F. **Estimativa da prevalência de tuberculose infecção e doença entre usuários de cocaína, internados em alguns serviços hospitalares da grande São Paulo**, 1999. 138 f. Tese (Doutorado) – Faculdade Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

FERRI, C. P. et al. Aumento da procura de tratamento por usuário de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 25-28, jan./mar. 1997.

FIGUEIREDO, R. – **Comportamento preventivo com relação às DST/ AIDS de estudantes universitários de comunicação social de São Paulo**. Jornadas universitárias em saúde, a história de um projeto. EDUSP, São Paulo. 2000.

FODRA, R. E. P. – **Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas**. Dissertação de mestrado, UNESP, Assis SP, 2008

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectivas, 1978.

GALASSI, A. D.; ELIAS, P. E. M.; ANDRADE, A. G. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas – SP. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl.1, p. 2-7, jan. 2008.

GALDURÓZ, J. C. et al. **Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2004.

GORGULHO, M. O papel da mídia na promoção do uso responsável de álcool. In: **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília: MS, 2004.

HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T. Drogas; famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 268-272, out./dez. 2006.

IBGE. Cidades@. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
Acesso em: 16 mar. 2010.

IZECKSOHN, S. O tratamento como ritual de cura. In: BAPTISTA, M. et al. (Org.). **Drogas e pós modernidade: faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

KAPLAN, H. I., SADOCK B. J., GREB J. A. **Compêndio de psiquiatria clínica**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

LARANJEIRA, R. et al. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista Brasileira Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 62-71, abr./jun. 2000.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Secretaria Nacional Antidrogas: Brasília, 2007.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006/2007**; org. Margareth Shimiti – Londrina – PR, 2007.

MINAYO, M. C. S. Sobre a toxicomania na sociedade. In: BAPTISTA, M. et al. (Org.). **Drogas e pós modernidade: faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

MORAES, M. M. **O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais**, 2005. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Departamento de Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R. – Crack use in São Paulo. **Substance Use Misuse**, New York, v. 31, n. 5, p. 565-579, 1996.

NAPPO, S. A; GALDURÓZ, J., M.; CARLINI, E. A. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 33, n. 3, p. 241-253, Jul./Sept. 1999.

NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID;UNIFESP, 2003.

OLIEVENSTEIN, C. – Em defesa da subjetividade nas campanhas de prevenção. **Rev. Mind 2 (9)**, 1997.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, ago. 2008.

PACHECO, R. **Poeira de estrelas: símbolos e discursos entre usuários de drogas e seus terapeutas no Recife**, 2004. 171 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2004.

PASSOS, S. R. L.; CAMACHO, L. A. B. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.1, p. 64-71, fev. 1998.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 270-277, set./dez. 2005.

RIBEIRO, M. S. et al. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do sistema municipal de saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 16-22, jan./mar.2008a.

RIBEIRO, M. S. et al. Fatores associados à adesão a um tratamento de alcoolistas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 203-311, out./dez. 2008b.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-430, ago. 2002.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 599-605, ago. 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma visão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 299-306, jan./mar. 2003.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão literária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, mai./jun. 2004.

SILVA, L. V. E. R.; MALBERGIER, A.; STEMPLIUK, V. A.; ANDRADE, A. G. - Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitárias. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-288, abr. 2006.

SOUZA, M. F. et al. Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p.182-191, set./dez. 2008.

SOUZA, N. **Cartografias das práticas de atenção aos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em territórios sociais de risco**, 2005.

Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2005.

STARK, M. J. Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. **Clinical Psychological Review**, Tarrytown, v.12, n. 1, p. 93-116, Jan.1992.

SURJAN, J.; PILLON S.; LARANJEIRA, R. O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 8, p. 271-275, ago. 2000.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. – Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Rev. Saúde pública** **35** (2): 150 – 158, abril,2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Relatório de triagem.

Nome	Data	Data nasc.	Substância	Escolarid.	Idade início

APÊNDICE 2 – Formulário de coleta de dados

**Projeto de pesquisa - Perfil do atendimento aos usuários de substâncias psicoativas no
CAPS ad em Londrina**

**Pesquisador principal - Sérgio Ricardo Belon da R. Velho - Mestrando em Saúde
Coletiva - UEL**

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Caso N°: _____

Digitação 1^a () 2^a ()

1. Nome: _____

2. Número no relatório de triagem: _____

3. Data da triagem: __/__/____ **4. Data de nascimento:** __/__/____

5. Idade no dia da triagem: _____

6. Sexo: 1. masculino 2. feminino

7. Encaminhado por outro serviço: 1. Sim 2. Não (pular para o item 9)

8. Serviço que encaminhou 1. Sinal Verde 2. CAPS III 3. CAPS i 4. UBS
 5. CRAS 6. SAMU 7. Hospitais 8. Escola 9. Medicina do trabalho
(PML) 10. Comunidades Terapêuticas 11. Auto Ajuda 12. Patronato 13.
Conselho Tutelar 14. Outros: _____

9. Residência habitual:

1. família 2. parentes 3. casas abrigos 4. hotel 5. nas ruas
6. outras: _____

10. Grau de instrução

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Analfabeto | |
| <input type="checkbox"/> 2. Primário incompleto | Até 3ª série fundamental |
| <input type="checkbox"/> 3. Primário completo/ ginasial incompleto | Até 4ª série fundamental |
| <input type="checkbox"/> 4. Ginasial completo/ colegial incompleto | Fundamental completo |
| <input type="checkbox"/> 5. Colegial completo/ superior incompleto | Médio completo |
| <input type="checkbox"/> 6. Superior completo | Superior completo |

11. Substância psicoativa manifesta no momento da triagem:

1. álcool 2. maconha 3. crack 4. cocaína 5. solvente
 6. ecstasy 7. anfetaminas 8. ansiolíticos 9. tabaco

12. Utilização habitual de outras drogas: 1. Sim 2. Não (pular para questão 14)

13. Outras drogas de uso habitual

1. álcool () sim () não
 2. maconha () sim () não
 3. crack () sim () não
 4. cocaína () sim () não
 5. solvente () sim () não
 6. ecstasy () sim () não
 7. anfetaminas () sim () não 8. ansiolíticos () sim () não 9. tabaco () sim () não

14. Dependentes na família: () 1. Sim () 2. Não (pular para questão 16)

15. Parente dependente

() 1. pai () 2. mãe () 3. irmãos () 4. cônjuge () 5. outros: _____

16. Tratamento Anterior: () 1. Sim () 2. Não

17. Número de vezes que iniciou o tratamento: _____

18. Encaminhado para outro serviço: () 1. Sim () 2. Não (pular para questão 20)

19. Serviço para o qual foi encaminhado

- () 1. Hospital Psiquiátrico () 2. CAPS III () 3. CAPS i () 4. Conselho Tutelar
 () 5. Vara da Infância e Adolescência () 6. Comunidades Terapêuticas
 () 7. Serviços de auto ajuda () 8. CRAS () 9. UBS () 10. Outros: _____

20. Classificação do caso: () 1. Novo () 2. Retorno

21. Modalidade de atendimento:

() 1. Não intensivo () 2. Semi intensivo () 3. Intensivo

22. Número de comparecimentos em seis meses (em dias): _____ dias.

23. Data do último comparecimento: __/__/____

24. Tempo decorrido entre a triagem e o abandono: _____ meses

25. Abandono ao tratamento: () 1. Sim () 2. Não

26. Tempo de uso da substância manifesta:

_____ : ____ anos; _____ : ____ anos; _____ : ____ anos.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ANEXOS

ANEXO 1 – Ficha de triagem

AVALIAÇÃO INICIAL

DATA DO ATENDIMENTO: _____/_____/_____

PROCEDÊNCIA DO ENCAMINHAMENTO:

- () Procura espontânea do paciente/indicação. _____
 () Procura familiar/ indicação. _____
 () encaminhamento de instituição/ Qual? _____ quem: _____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ idade: _____
 Sexo: ___ Data de Nascimento: ___/___/___ Naturalidade: _____ cor: _____
 Cert. nascimento: nº. _____ fls _____ livro _____ cartório: _____ emissão: _____
 Registro de identidade: nº. _____ data de emissão: ___/___/___
 CPF nº. _____ data de emissão: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Fone: _____ Fone Rec: _____

Mora com a família () sim () não - Com quem mora: _____

Grau de escolaridade: _____ () completo () incompleto

DADOS FAMILIARES:

Estrutura atual da família de origem: _____

Responsáveis atuais: _____

Dinâmica familiar (como convivem; suas relações; interações)

Demais pessoas da convivência cotidiana fazem uso de drogas (incluindo responsáveis atuais)

- () Sim Quem? _____
 () Não

ATIVIDADES:

Escolaridade: () Freqüente/série _____ Interrompeu/série _____ Quando: _____

Escola: _____

Reprovações: () Quantas vezes _____ Quais séries: _____

Desenvolve outras atividades, quais? _____

O que gosta de fazer (atividades de lazer, culturais, esportivas, etc.) _____

Quanto ao uso de álcool e outras drogas (por ordem crescente de uso)

ANEXO 2 – Folha de evolução**EVOLUÇÃO CLÍNICA****NOME:** _____

--

ANEXO 3 – Autorização da Secretaria de Saúde

ANEXO 4 – Parecer do Comitê de Ética

