



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

ROSILENE ALVES DE ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO POR USUÁRIOS
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM
JOÃO PESSOA**

João Pessoa/PB

2013

ROSILENE ALVES DE ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO POR USUÁRIOS
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM
JOÃO PESSOA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba para efeito de obtenção do título de Mestre em Modelos de Decisão e Saúde.

Linha de Pesquisa: Modelos de Saúde.

Orientadores: Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

João Pessoa/PB

2013

A447f Almeida, Rosilene Alves de.
Fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas em João Pessoa / Rosilene Alves de Almeida.- João Pessoa, 2013.
118f. : il.
Orientadores: Ulisses Umbelino dos Anjos, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN
1. Drogas - abuso - tratamento. 2. Drogas - uso - transtornos. 3. Centros de tratamento - abuso de substância. 4. Pacientes desistentes - tratamento - uso de drogas.

UFPB/BC

CDU: 615.32(043)

ROSILENE ALVES DE ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO POR USUÁRIOS
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM
JOÃO PESSOA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e
Saúde da Universidade Federal da Paraíba para efeito de obtenção do título de
Mestre em Modelos de Decisão e Saúde.

Data de Aprovação: 29 / agosto / 2013

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos – DE/PPGMDS/UFPB
(Orientador)

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna – DN/PPGMDS/UFPB
(Orientador)

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento – DE/PPGMDS/UFPB
(Examinador Interno)

Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade – DP/PPGMDS/UFPB
(Examinador Interno)

Prof. Dr. João Euclides Fernandes Braga – DESPP/UFPB
(Examinador Externo)

DEDICATÓRIA

À Francisca, minha mãe, pessoa mais sublime e terna, fonte de amor, aconchego, paz, confiança e esperança, esta vitória dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela saúde, força, proteção e perseverança a mim concebidas;

Aos meus pais, Benedito Ferreira de Almeida e Francisca Alves de Almeida, pela dedicação e esforço para a minha formação pessoal e profissional;

Aos meus irmãos, Elisabete, Edcarlos, Rogério, Rosângela, Francisca, Rosimery e Petrônio, pelos momentos vivenciados junto a mim nesta e em outras caminhadas;

Aos sobrinhos Vitor, Vinícius, Maria Júlia, Rayssa, Pedro Gustavo, Renan, Enzo e Arthur pelos momentos de descontração;

Ao companheiro Gutenberg Alves Pequeno pelo incentivo e por me amparar frente aos dilemas desta caminhada;

Aos orientadores professores Ulisses Umbelino dos Anjos e Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna pelo apoio e confiança concedidos;

Aos membros da banca pelas imensuráveis contribuições;

A todos professores do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde pelos conhecimentos compartilhados;

Aos colegas de turma pelo companheirismo, pelas horas de estudo, pelos momentos de aflição e de glória vivenciados;

Aos trabalhadores e usuários do CAPS ad III David Capistrano;

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram.

RESUMO

Introdução: a adesão ao tratamento por parte dos usuários de substâncias psicoativas constitui-se em uma problemática emergente, tendo em vista as altas taxas de abandono, refletindo em níveis baixos de sucesso no tratamento. **Objetivo:** averiguar os fatores associados ao abandono do tratamento para a dependência química no município de João Pessoa, de modo a fornecer informações que possam subsidiar os gestores no processo de tomada de decisão na área temática de atenção ao consumo de drogas. **Metodologia:** pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quantitativa, de caráter retrospectivo e em fonte documental para analisar o período de Fevereiro de 2010 a Junho de 2013. Os dados foram coletados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), obtendo-se uma amostra de 706 prontuários. A análise foi feita no R versão 2.15.3 e utilizou-se da Regressão Logística e do Teste Qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** a maioria dos usuários era do sexo masculino, raça parda, solteiros, com idade entre 21 e 30 anos, com baixa escolaridade, desempregados, relação familiar boa, que adentraram ao serviço, principalmente por demanda espontânea, iniciando o tratamento na modalidade semi-intensiva. As principais drogas de abuso foram álcool, tabaco, crack e maconha, variando de 01 a até 10 tipos de drogas consumidas por um mesmo usuário. Com base na significância estatística dos testes realizados, os resultados evidenciaram como fatores predisponentes ao abandono número de drogas de abuso igual a 03, estado civil solteiro, consumo de crack e consumo de álcool. Como fatores favoráveis à adesão ao tratamento foram identificados a internação, relação familiar ruim, benefício social e idade dos 41 aos 50 anos. **Conclusões:** é importante que as equipes de saúde sejam qualificadas para lidar com a diversidade dos usuários de drogas, de modo a promover ações de promoção e prevenção e utilizar outras formas de tratamentos, conforme o perfil da clientela. O CAPSad deve trabalhar em articulação com os outros serviços. Dado que o modelo de regressão logística não foi adequado e diante da limitação do teste de independência, alerta-se para a necessidade de estudos mais profundos.

Palavras Chave: Pacientes Desistentes do Tratamento. Drogas Ilícitas. Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

ABSTRACT

Introduction: adherence to treatment by drug users is an emerging issue, given the high dropout rates reflecting with low levels of successful treatment. **Objective:** To investigate the factors associated with noncompliance with treatment for drug addiction in the city of João Pessoa, in order to provide information to support managers in making decision in the thematic area of attention to drug use. **Methodology:** The research used a descriptive exploratory methodological basis of quantitative approach of retrospective character and documentary source to analyze the period at February 2010 to June 2013. The datas were collected at the Center for Psychosocial Alcohol and Other Drugs (CAPSad) and the sample was of 706 records. The analysis was performed in R version 2.15.3 and we used the logistic regression and Pearson chi-square test. **Results:** Most patients were male, mulatto, single, aged between 21 and 30 years, with low education level, unemployed, good family relationship, who they arrived in the service mainly through spontaneous demand, starting the accompaniment in the semi-intensive modality of treatment. The main drugs of abuse were alcohol, tobacco, marijuana and crack, ranging from 01 to up to 10 the number of drugs used by a single user. Based on the statistical significance of the tests, the results showed as predisposing factors to the treatment dropout the number the drugs of abuse equals 03, single marital status and crack and alcohol consumption. As favorable factors for treatment adherence were the psychiatric hospitalization, bad family relationships, social benefit, and age 41 to 50 years. **Conclusions:** the health teams must be qualified to deal with the diversity of user drugs, in order to promote health promotion and injury prevention, addressing other forms besides models of conventional treatments, according to the profile of the clientele. In this sense, the work of CAPSad in conjunction with other services is relevant. Given that the logistic regression model wasn't appropriate and on limiting the independence test, alert to the need for a deeper study about the theme.

Key words: Patient Dropouts. Street Drugs. Substance Abuse Treatment Centers. Substance-Related Disorders.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	A DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO	15
1.2	OBJETIVO GERAL	18
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.4	JUSTIFICATIVA	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	20
2.1	VISÃO HISTÓRICA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	20
2.2	EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	27
2.2.1	Incidência e Prevalência	29
2.2.2	Morbidade e Comorbidade	31
2.2.3	Mortalidade	33
2.3	LEGISLAÇÃO E POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	35
2.4	MODELOS DE DECISÃO	40
2.5	MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA	41
2.6	TESTE DE INDEPENDÊNCIA: QUI-QUADRADO DE PEARSON	50
3	METODOLOGIA	51
3.1	TIPO DE ESTUDO	51

3.2	LOCAL DO ESTUDO	52
3.3	COLETA DE DADOS	54
3.4	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	56
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
4	RESULTADOS.....	60
4.1	PERFIL DOS USUÁRIOS DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	60
4.2	SELEÇÃO DE VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO ABANDONO DO TRATAMENTO	74
4.3	MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO	77
4.4	TESTE DE ASSOCIAÇÃO: QUI-QUADRADO DE PEARSON	86
5	DISCUSSÃO	93
6	CONCLUSÕES	105
	REFERÊNCIAS	108

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas	28
Figura 2	– Gráfico sensibilidade <i>versus</i> 1 – especificidade: Curva ROC ...	47
Figura 3	– Gráfico sensibilidade e especificidade <i>versus</i> todos os possíveis pontos de corte	48
Figura 4	– Curva ROC para o Modelo 1 (A) e Modelo 2 (B)	80
Figura 5	– Gráficos dos pontos de corte, Critério de Youden, para o Modelo 1 (A) e Modelo 2 (B)	80
Gráfico 1	– Distribuição dos usuários do CAPSad, por faixa etária, em João Pessoa/PB	63
Gráfico 2	– Número de usuários do CAPSad <i>versus</i> Número de drogas de consumo	69
Quadro 1	– Possíveis resultados de um teste diagnóstico para identificar um evento (Tabela de Contingência)	45
Quadro 2	– Ordem de exclusão das variáveis até o modelo final	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.5.1	– Valores do modelo de regressão logística para variáveis dicotômicas.....	49
Tabela 4.1.1	– Procedência dos usuários do CAPSad, por bairro, em João Pessoa/PB	61
Tabela 4.1.2	– Distribuição dos usuários do CAPSad, segundo sexo, raça/cor, estado civil e escolaridade dos usuários, João Pessoa/PB	62
Tabela 4.1.3	– Relações Familiares dos usuários do CAPSad, em João Pessoa/PB	64
Tabela 4.1.4	– Distribuição dos usuários do CAPSad, segundo as variáveis situação de rua, trabalha, estuda, benefício e envolvimento coma justiça dos usuários do CAPSad, em João Pessoa/PB	65
Tabela 4.1.5	– Distribuição dos usuários do CAPSad, segundo as variáveis internação, modalidade, antecedentes familiares e demanda dos usuários do CAPSad, em João Pessoa/PB	66
Tabela 4.1.6	– Distribuição dos serviços responsáveis pelos encaminhamentos dos usuários ao CAPSad, em João Pessoa/PB	68
Tabela 4.1.7	– Distribuição dos usuários do CAPSad, por droga consumida, segundo as variáveis sexo, faixa etária e estado civil, em João Pessoa/PB	70
Tabela 4.1.8	– Distribuição dos usuários do CAPSad, por droga consumida, segundo as variáveis situação de rua, raça/cor, escolaridade, em João Pessoa/PB	71
Tabela 4.1.9	– Distribuição dos usuários do CAPSad, por droga consumida, segundo as variáveis trabalha, estuda, benefício e relação familiar, em João Pessoa/PB	72

Tabela 4.1.10	– Distribuição dos usuários do CAPSad, por droga consumida, segundo as variáveis envolvimento com a justiça, internação, antecedentes familiares e demanda, em João Pessoa/PB	73
Tabela 4.1.11	– Distribuição dos usuários do CAPSad, segundo as variáveis modalidade de tratamento e tempo de consumo de cada droga, em João Pessoa/PB	74
Tabela 4.2.1	– Variáveis selecionadas para compor o modelo de regressão múltipla ($\alpha = 20\%$)	75
Tabela 4.3.1	– Modelo de Regressão Logística ajustado para $\alpha = 10\%$ (Modelo 2)	78
Tabela 4.3.2	– Modelo de Regressão Logística ajustado para $\alpha = 5\%$ (Modelo 1)	79
Tabela 4.3.3	– Matrizes de confusão, pelo Critério de Youden, para os Modelos 1 (A) e 2 (B)	81
Tabela 4.3.4	– Parâmetros utilizados para comparar os Modelos 1 e 2	82
Tabela 4.3.5	– Razão de Chances para o Modelo de Regressão Logística (Modelo 2), $\alpha = 10\%$	84
Tabela 4.3.6	– Teste de Adequação Global para os Modelos de Regressão Logística ajustados para $\alpha = 5\%$ e $\alpha = 10\%$	85
Tabela 4.4.1	– Tabelas de contingência para as variáveis dicotômicas demanda, sexo, antecedentes familiares, envolvimento com a justiça, situação de rua, internação, trabalha, estuda e benefício	86
Tabela 4.4.2	– Tabelas de contingência para as drogas de consumo	87
Tabela 4.4.3	– Tabelas de contingência para faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor, relação familiar, modalidade e número de drogas de consumo	88
Tabela 4.4.4	– Comparação dos resultados da análise de Regressão Logística com os resultados do Teste χ^2	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	- Antes de Cristo
AIDS	- Acquired Immunodeficiency Syndrome
ATS	- Estimulantes Tipo Anfetaminas
BZD	- Benzodiazepínicos
CAGEPA	- Companhia de Água e Esgotos da Paraíba
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS II	- Centro de Atenção Psicossocial tipo II
CAPS III	- Centro de Atenção Psicossocial tipo III
CAPSad	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSad III	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas tipo III
CEASA	- Central de Abastecimento Sociedade Anônima
CID10	- Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNSM	- Conferência Nacional de Saúde Mental
CPJM	- Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira
CSS	- Casa de Saúde São Pedro
D	- Deviance
DSM-IV	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versão 4
DSM-V	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versão 5
e	- Especificidade
ECR	- Equipes de Consultório na Rua
EMLUR	- Empresa Municipal de Limpeza Urbana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HIV	- Human Immunodeficiency Virus
IFPB	- Instituto Federal da Paraíba
IPP	- Instituto de Psiquiatria da Paraíba
INSS	- Instituto Nacional de Seguridade Social
IVJ	- Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência
LOAS	- Lei Orgânica da Assistência Social
LSD	- Ácido Lisérgico
MDMA	- Metilenedioximetanfetamina
MRL	- Modelo de Regressão Logística

MS	- Ministério da Saúde
MVS	- Máxima Verossimilhança
NSP	- Novas Substâncias Psicoativas
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OR	- Odds Ratio
PAIAD	- Política para a Atenção Integral ao uso de Álcool e outras Drogas
PASM	- Pronto Atendimento de Saúde Mental
PB	- Paraíba
PIECD	- Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PMJP	- Prefeitura Municipal de João Pessoa
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
ROC	- Receiver Operating Characteristic Curve
s	- Sensibilidade
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Séc.	- Século
SPA	- Substâncias Psicoativas
SINAD	- Sistema Nacional Antidrogas
SISNAD	- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TDAH	- Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade
TMP	- Tempo Médio de Permanência
UNODC	- United Nations Office for Drugs and Crimes
USF	- Unidade de Saúde da Família
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
VPN	- Valor Preditivo Negativo
VPP	- Valor Preditivo Positivo
WHO	- World Health Organization

1 INTRODUÇÃO

1.1 A DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO

Desde a antiguidade, nas mais variadas culturas, o ser humano fazia uso de substâncias com efeito sob o sistema nervoso central, com intenções variadas, seja em rituais religiosos, tratamento e certas doenças ou até como objetivos recreativos, encerrando diferentes significados, conforme cada época.

Antigamente tais usos faziam parte de hábitos sociais e ajudavam a integrar as pessoas na comunidade através de cerimônias, rituais e festividades, mas hoje, tais costumes encontram-se esvaziados em consequência das grandes mudanças socioeconômicas e dos prejuízos advindos do consumo abusivo (LIMA; AZEVEDO, 2000).

Cada vez mais precocemente o uso de drogas se insere no cotidiano da população. Os cinco levantamentos dos padrões de consumo de drogas pela população brasileira apontaram que consumo de drogas é bastante alto entre crianças e adolescentes (BRASIL, 2007). Tal achado pode ser uma explicação para o aumento acelerado do consumo de substâncias psicoativas (SPA) nos últimos anos.

Segundo a *United Nations Office for Drugs and Crimes* (UNODC), globalmente, de 2007 para 2011, a estimativa do número de pessoas que consumiram alguma droga ilícita cresceu de cerca de 172-250 para o intervalo entre 167-315 milhões de pessoas (UNODC, 2009; UNODC, 2013). Vale ressaltar que esses números estão subestimados, já que não foram contabilizados os usuários de drogas lícitas como o álcool e o tabaco, que correspondem a uma grande parcela, senão, a maior parcela da população.

O consumo cada vez mais abusivo e a consequente dependência, aliados ao surgimento de novas substâncias contribuíram para a ocorrência de problemas individuais e sociais causados pela dependência física e psíquica, corroborando com uma problemática em saúde pública (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004). Tal problemática mobilizou a sociedade em geral, chamando a atenção das autoridades governamentais no sentido de elaborar, dentro da política pública de saúde mental, uma política de saúde com estratégias voltadas aos usuários de drogas / SPA, haja

vista existir uma correlação entre dependência de drogas e comorbidades psiquiátricas.

Assim, com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial, por meio de um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade, e garantir a integralidade da assistência à saúde para as pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

São componentes da RAPS: Atenção Básica em Saúde (Unidades Básicas de Saúde, Consultórios na Rua, Centros de Convivência e Cultura, Núcleos de Apoio à Saúde da Família), Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), Atenção de Urgência e Emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA24h) e Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, CAPSIII), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas), Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência), Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa) e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais) (BRASIL, 2011a).

Em meio à variedade de serviços que compõem a RAPS, os CAPS álcool e drogas (CAPSad) têm se destacado como o eixo de referência na atenção contínua aos usuários de drogas. De acordo com suas necessidades, os usuários caminham pelos demais componentes da rede, mas é nos CAPSad que eles encontram o ponto de ancoragem para iniciar o tratamento e ponto de apoio para dar continuidade.

Os CAPSad são serviços direcionados ao atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPA. Constitui-se em serviços ambulatoriais de atenção diária, que funcionam obedecendo à lógica do território para atender continuamente as pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de drogas em geral (BRASIL, 2002). Atualmente, para abarcar um maior contingente de usuários e ampliar a assistência, os CAPSad foram configurados para a modalidade III.

Os CAPSad III funcionam 24 horas e realizam as atividades comuns a todos os CAPS, porém tem como diferencial a implementação de estratégias de redução de danos dentro e fora do serviço em articulação com profissionais da atenção básica. Os acolhimentos noturnos são realizados quando se pretende intervir nas situações de crise (abstinência e/ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave e comorbidades) e o usuário do serviço pode permanecer 24 horas no serviço por 10 dias corridos ou 14 dias intercalados em um período de 30 trinta dias (BRASIL, 2010b).

Mesmo frente à variedade de serviços e dispositivos estratégicos direcionados às necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, o problema perpassa pela simples oferta de serviços e assume uma causalidade multifatorial, pois o tratamento só surtirá efeito se o paciente permanecer nele o tempo suficiente para que haja a chance de um impacto.

Diante do contexto, depara-se com o desafio da não adesão ao tratamento por parte dos usuários. Conforme Surjan, Pillon e Laranjeira (2000), a não aderência ao tratamento para o abuso de drogas atinge proporções preocupantes.

Estudos apontam índices elevados de abandono ao tratamento da dependência química, fato que pode desviar a possibilidade de recuperação. Oliveira, Szupszynski e Diclemente (2010) relatam taxas de abandono, entre adolescentes, de 50,00% ainda no primeiro atendimento e, dos que dão continuidade, 70,00% tem grande probabilidade de abandonar o tratamento prematuramente. Entre adultos dependentes de álcool que frequentavam um programa ambulatorial multidisciplinar, Elbreder (2011), verificou uma taxa de abandono correspondente a 70,00% (adesão 30%).

Os níveis de sucesso no tratamento contra a dependência de drogas são baixos, tendo em vista a existência de fatores que podem contribuir para a não adesão ao tratamento (AGUILAR; PILLON, 2005). Do exposto, pesquisas relativas ao uso de substâncias psicoativas têm se direcionado para levantar os fatores associados a este comportamento, a partir da definição do perfil epidemiológico das populações.

Nesse sentido, esse estudo busca identificar os fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do CAPSad, empregando para a análise estatística a Regressão Logística e Testes de Associação.

Medronho e colaboradores (2009) explicam que, metaforicamente, um teste estatístico funciona como um julgamento e a maioria deles é construída com a lógica de rejeitar a hipótese nula com uma probabilidade de erro controlada (nível de significância – α). Do exposto, elaborou-se as seguintes hipóteses:

- $H_0: \beta = 0$, nenhuma das variáveis é significativa para explicar o abandono do tratamento por usuários do CAPSad;
- $H_1: \beta \neq 0$, pelo menos uma das variáveis é significativa para explicar o abandono do tratamento por usuários do CAPSad.

1.2 OBJETIVO GERAL

✓ Averiguar os fatores associados ao abandono do tratamento para a dependência química no município de João Pessoa, de modo a fornecer informações que possam subsidiar os gestores no processo de tomada de decisão na área temática de atenção ao consumo de drogas.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Descrever as características sociodemográficas, socioeconômicas e clínicas dos usuários de substâncias psicoativas;

✓ Identificar, dentre as variáveis apresentadas, as que estão associadas ao abandono do tratamento por usuários do CAPSad;

✓ Determinar as variáveis relevantes para explicar o abandono do tratamento para a dependência química;

✓ Mensurar a razão de chances de ocorrência do abandono para as variáveis a ele associadas.

1.4 JUSTIFICATIVA

Compreendendo a problemática do uso abusivo de drogas e pressupondo que as ações e serviços de saúde mental requerem avaliações e análises para subsidiar gestores e técnicos no processo de tomada de decisão, de acordo com a realidade local, este estudo se justifica pela necessidade de identificar os fatores associados ao abandono do tratamento para dependência química entre os usuários de drogas em João Pessoa/PB, tomando com base as informações da principal referência no atendimento aos usuários de drogas do município, o CAPSad.

Tem-se que a investigação de eventos possibilita uma avaliação mais adequada para o controle de agravos, além orientar para a necessidade de reestruturação das ações e serviços, implementação de novas estratégias e melhoria da assistência, além de identificar e reforçar os pontos positivos.

Ademais, os resultados desse estudo poderão colaborar com a melhoria nas taxas de adesão ao tratamento, tendo em vista a relevância dessa investigação na perspectiva de fornecer informações, bem como proporcionar uma base para decisões políticas por parte dos gestores do município João Pessoa, no que se refere à redefinição de diretrizes, estratégias e objetivos para se efetivar, na prática cotidiana, a intenção da política específica a esse público.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 VISÃO HISTÓRICA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Falar sobre o uso de drogas traz à tona questões diretamente relacionadas ao campo social e da saúde, o que implica na necessidade de refletir sobre o fenômeno no âmbito das concepções construídas ao longo da história do homem, bem como no momento atual.

Revisando a história da civilização humana, tem sido observado que a droga se fez presente desde os primórdios da existência do homem (LESSA, 1998). Seja por razões culturais ou religiosas, seja como forma de recreação, de enfrentamento de problemas existenciais ou como meio de socialização ou isolamento, o homem sempre se relacionou com as drogas (OLIVEIRA, 2007).

Avelino (2010) discorre que, mesmo havendo referências do consumo de drogas em antigas lendas nas diversas civilizações, não há indícios históricos das primeiras experiências humanas com plantas e seus princípios ativos. Nesse ínterim, Martins (2007) expõe que a tradição do consumo de drogas perde-se nos tempos, pois cada povo vai construindo a sua cultura em relação ao uso de drogas.

Para Amorim (2011, s/p), “a trajetória das drogas é mais longa do que se pode imaginar”. Os registros mais antigos de que se têm notícias datam de 10.000 a. C. (Pré-História), período em que já se evidenciava o cultivo de plantas como a maconha, o tabaco e o café (COLAVITTI, 2007). No entanto, “desde o período Paleolítico Superior (entre 75.000 a 15.000 anos a. C.) que nossos ancestrais já utilizavam certas plantas para fins medicinais e como meio de acesso ao reino dos espíritos, através das chamadas Bebidas Sagradas” (SRAMANA, 2007, s/p).

Sob uma perspectiva mitológica, Souza (2004) reporta o consumo do soma, uma Bebida Sagrada, por Indra (Deus hindu) para obter força, manter a característica de Deus da fertilidade e torná-lo imortal, já que defendiam a busca da imortalidade, entre outros meios, a partir do uso de drogas. No mesmo sentido, é descrito o consumo do haoma pelos deuses iranianos. Ambas as bebidas trariam a purificação do universo e eternidade da vida, sendo substâncias regeneradoras por definição.

Para Poiares (1999) a droga era usada como um instrumento de aproximação com as divindades durante rituais religiosos, servindo como elemento de

comunicação entre os homens e o desconhecido (deuses ou mortos), passando a funcionar com uma ponte entre a vida real e o Além. Os efeitos das substâncias eram vistos como caminhos para a obtenção de conhecimento, da imortalidade ou como uma participação superior do usuário no mundo que o cerca (SOUZA, 2004).

A experiência do uso de drogas ligado a rituais religiosos é tradicionalmente milenar (SOUZA, 2004). Neste ínterim, a civilização Asteca (1325–1521) também deixou um marco histórico para o México no que se refere à rica tradição entre a associação entre drogas e religiosidade. O Psilocibo (cogumelo do gênero *Psilocybe*), por exemplo, era um elemento da ritualidade e misticismo asteca, ficando conhecido como a “Carne de Deus” (POIARES, 1999).

Da mesma forma, o uso da maconha (*Canabis sativa*) tem suas origens ligadas a rituais religiosos. Contraditoriamente, em suas origens, a cocaína (derivada do arbusto *Erythroxylum coca*) nunca esteve ligada a rituais religiosos, mas sim as suas propriedades terapêuticas anestésicas (MELO, 2011).

No Brasil também se registra a utilização de bebidas ligada a rituais religiosos, como o cauim – bebida feita de milho, que era consumida pelos índios. A bebida era privativa aos homens na ocasião de ritos de passagem, quando atingiam a virilidade. Essa aculturação também contribuiu para a “secularização do consumo de bebidas alcoólicas” (SOUZA, 2004, p.89).

Sobre o consumo do álcool, registra-se que, por volta do séc. XVIII a. C., já existiam as casas de bebidas (tabernas), onde difundiam o consumo de vinhos e vendiam sexo. Em tábuas sumérias aproximadamente do séc. XXII a. C. foi mencionada a cerveja como remédio (ESCOHOTADO, 2007).

O uso de bebidas alcoólicas também estava arraigado às culturas Grega e Romana, tanto nos rituais religiosos quanto nas práticas sociais, como festas, bodas, vitórias, datas expressivas, jogos ou outro tipo de manifestação de confraternização. Essa prática foi amplamente difundida para outros povos, quando das conquistas territoriais realizadas por estas civilizações (MELO, 2011).

De acordo com Melo (2011) o álcool, ao final da Idade Média, era somente usado na forma destilada, isso propiciou sua disseminação/consumo. Concomitantemente, as grandes navegações favoreciam o contato entre os países e continentes, e conseqüentemente facilitavam o conhecimento e o intercâmbio de outras drogas.

Durante esse período, o consumo de SPA tomou proporções preocupantes, pois muitos retornaram das colônias para seus países de origem trazendo o costume de utilizar certas SPA para prazer ou remédio.

Mais adiante, na Idade Moderna, a produção de bebidas teve acelerado crescimento com a Revolução Industrial, aumentando o consumo de álcool.

Segundo Melo (2011, p.88), com o passar dos tempos, “criou-se um processo de ressignificação cultural a partir de uma nova realidade socioeconômica”. “O recurso às drogas, inicialmente de cunho religioso ou médico, disseminou-se com o homem nas suas migrações, marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável ou até mesmo banal” (BERGERET, 1991 apud LIMA; AZEVEDO 2000, p.01).

As navegações portuguesas foram responsáveis por permitir um vasto campo de intercomunicação que expandiu o conhecimento, o uso e a comercialização de vários produtos, incluindo as drogas. Para além da batata e do milho, os europeus passaram a conhecer plantas de efeitos surpreendentes. Entre estas, o ópio constituiu-se, portanto, na primeira droga a ser objeto de discurso político-econômico, com fins lucrativos (POIARES, 1999; NUNES, 2007).

A literatura cita o uso do ópio no combate à insônia durante as campanhas militares do Império Romano (SOUZA, 2004). Seu uso e prescrição como um remédio também foi feito por Hipócrates, Galeno e Dioscorides, sendo proclamado como o produto mais universal e eficaz concedido por Deus aos homens no alívio da dor (POIARES, 1999).

Os primeiros indícios do cultivo da papoila ou papoula (*Papaver somniferum*) foram encontrados em povoados suíços e do norte da Itália e datam do séc. XXV a. C. (ESCOHOTADO, 2002). Mas, é legado dos romanos a receita para extrair o ópio da papoula (NUNES, 2007). O cultivo da papoula e o preparo do ópio também foram registrados nas tábuas sumérias datadas provavelmente de 4.000 a 7.000 a. C., encontradas na Mesopotâmia, e suas virtudes terapêuticas já eram conhecidas na Pérsia e no Egito, cerca de 1.550 anos a. C. (POIARES, 1999).

Após séculos sendo utilizadas para fins religiosos, medicamentosos, de prazer, as SPA transformaram-se em “drogas”, passando a ser vistas como objeto de valor comercial capaz de acelerar economicamente a expansão e a consolidação do imperialismo. Ao tempo que formava mercado, o comércio de drogas se expandia e, conseqüentemente, formava hábitos (MELO, 2011).

Outra substância que assumiu valor comercial foi o tabaco, cuja maior produção se concentrava na Bahia, durante o Brasil Colonial. À época, o tabaco passou a ser utilizado como moeda de troca de escravos, se tornando um produto aristocrático, enquanto que a maconha era considerada o fumo do negro, quase exclusiva aos escravos. Porém, logo seu sentido esotérico foi abandonado e seu consumo foi introduzido na rotina dos usuários, disseminando-se entre as elites e classes médias do Rio de Janeiro. “A cocaína, por sua vez, já era bastante conhecida pelo carioca, e seu consumo era registrado nos bairros elegantes” no início do séc. XIX (MELO, 2011, p.97).

Aos poucos as drogas, em particular o haxixe, foram difundindo-se entre os aristocratas e intelectuais da Europa. O haxixe e o ópio eram considerados vícios luxuosos exclusivos das elites, tanto que em 1844 Paris tornou-se o cenário da constituição do “Clube do Haxixe”, frequentado por diversos escritores e intelectuais. “Vivia-se a fase aristocrática da droga” (POIARES, 1999, p.7). Logo, estas substâncias foram substituídas pela cocaína, a qual chegou ao ponto de ser adicionada a vinhos, pastilhas para tosse e perfumes (POIARES, 1999).

O uso de drogas também é bastante relatado nas culturas indígenas. Indícios da coca foram encontrados em sarcófagos de múmias de índios sul-americanos datadas de 600 anos a. C.. Os índios andinos mastigavam a planta para estimular a capacidade laboral (POIARES, 1999).

Tribos norte-americanas como os Apaches, os Comanches, dentre outras consumiam o Mescal (bebida alcoólica produzida a partir da planta *Agave tequilana*) e, posteriormente, o Peiote (cacto da espécie *Lophophora williamsi*), e a partir dos ritos e visões criavam cultos e confrarias com concepções religiosas. Para eles, “se não prolongam indefinidamente a vida, determinados vegetais teriam a capacidade de aumentar extraordinariamente sua extensão, desde que consumidos de forma correta e destinada a purificar o corpo” (SOUZA, 2004, p. 86).

Com o passar dos tempos, houve “uma transformação histórica a partir da qual o que era ritual degenerou em vício, com o consumo de coca e de bebidas alcoólicas entre os índios dos Andes, mudando de padrão depois da conquista espanhola” (MELO, 2011, p. 88).

Vainfas (2001) citado por Melo (2011) descreve que os índios brasileiros tragavam o fumo até a embriaguez, sendo o produto indispensável na cerimônia indígena da Santidade. “Entre os indígenas norte-americanos, o cachimbo era o

símbolo microcósmico do universo” (RENO, s/a, p.53 apud MELO, 2011, p.90). A ele eram atribuídas propriedades medicinais e místicas.

Durante o Período Imperial, o tabaco tornou-se produto de moda e sofisticado, cujo consumo era restrito a pessoas elegantes. Seu uso passou a ser um rito de passagem da idade adolescente para a adulta (MELO, 2011). Logo, a planta outrora cultivada apenas na Espanha desde 1558, se difundiu para várias localidades do mundo: França, Inglaterra, Itália, Balcãs, Rússia, Filipinas, Virginia, Japão, Macau, Java, Índia, Ceilão (BRAUDEL, 1995, p.234 apud MELO, 2011, p.91).

Sobre o consumo de drogas como estratégia bélica, várias são as referências de seu uso durante as guerras. Os chineses, por exemplo, há 5.000 anos já utilizavam a efedrina (composto de plantas da família das efedráceas) nos combates. Nas cruzadas, os guerreiros medievais tinham predileção por fumar haxixe durante as batalhas (ACERVO SEGUNDA GUERRA, 2011).

Nos Estados Unidos da América (EUA) “a morfina foi amplamente ministrada aos feridos, durante a Guerra de Secessão (1861 – 1865)” (POIARES, 1999, p.8), porém seu uso indiscriminado causou grave dependência (NUNES, 2007). A morfina também foi consumida durante as duas Guerras Mundiais para fins terapêuticos no alívio das dores dos feridos. Por outro lado, as anfetaminas foram utilizadas com para aumentar o rendimento dos soldados, o que acelerou a propagação do uso, já que os sobreviventes retomavam à prática como busca do prazer (MELO, 2011).

As anfetaminas foram sintetizadas pela primeira vez em 1927 e a partir de 1935 passaram a ser comercializadas. Essa substância teve maior aceitação social em relação a outras, haja vista provir de laboratórios farmacêuticos e por ter propriedades terapêuticas definidas (POIARES, 1999, p.8).

Aos soldados de Hitler eram distribuídas anfetaminas, cocaína e outras drogas estimulantes, objetivando torná-los “super-homens” durante os combates, deixá-los com predisposição física e insensíveis à dor, à sede, à fome e ao sono. O álcool era distribuído como forma de recompensa e, por vezes, atribuía-se a ele a responsabilidade pelos atos de indisciplina cometidos pelo exército alemão, como brigas entre soldados, acidentes, violência contra oficiais e crimes sexuais. O consumo excessivo ocasionou perda dos padrões morais de comportamento, várias mortes e a dependência dos usuários (ACERVO SEGUNDA GUERRA, 2011).

Seja nas grandes civilizações antigas ou entre os povos indígenas, as plantas com efeitos psicoativos já eram utilizadas nos rituais religiosos, culturais, sociais ou

até mesmo em estratégias militares. Dentre os objetivos do seu uso, buscava-se a cura das doenças, o afastamento dos maus espíritos, bem como o sucesso nas caçadas e nas conquistas (LESSA, 1998).

O uso de drogas foi acelerado a partir dos anos 1950, abrindo o discurso sobre a temática, que atualmente é amplamente debatida. Nessa época observou-se um surto de droga (POIARES, 1999). No entanto, “os padrões de tolerância estreitaram-se à medida que seu consumo aumentou” (MELO, 2011, p.95).

No que concerne à associação entre drogas e o desvio dos padrões sociais dominantes, Poiares (1999) discorre que suas raízes estão no movimento *hippy* (anos 1960) que, com sua contra-cultura específica, impôs-se aos modelos sociais vigentes, adotando um modo de vida comunitário com o uso de drogas, iniciando pelas drogas leves – haxixe, seguido do LSD (Ácido Lisérgico) e depois da mescalina – e, a partir dos anos 1970, pelas drogas pesadas – heroína e cocaína. Segundo Melo (2011), o movimento *hippy* se manifestou em vários países e numa linguagem comum questionava os valores da economia capitalista, apontando novas possibilidades para se viver, adotando como lema a expressão “Sexo, Drogas e Roch’n roll”.

Nesse contexto, para o senso comum, o uso de drogas seria um comportamento desviado da “norma social”, a qual não permite a existência de tais comportamentos, pois considera que o “anormal” afeta o bom funcionamento de uma sociedade (VARGAS, 2011).

Ao longo dos tempos foram criados diversos padrões de consumo de drogas nos mais variados contextos, assumindo diferentes interpretações percebidas como benéficas ou nocivas, conforme cada época e cultura. Atualmente a droga assume contornos problemáticos, tendo em vista o uso abusivo que encerra o estigma e o alarme social notadamente ocasionado pelas drogas ilícitas (NUNES, 2007).

É mister enfatizar que o problema não advém apenas das drogas ilícitas. Ao defender uma análise objetiva e contextualizada do uso de drogas nas sociedades, Bucher e Oliveira (1994), explicam que as “cruzadas antidrogas”, limita-se a reprimir as drogas ilícitas, quando as substâncias lícitas são as mais consumidas e geradoras de abusos e dependência.

Bucher e Oliveira (1994) afirmam que o discurso do combate às drogas assume uma expressão rigorosamente condenatória, cuja argumentação é mais emotiva e alarmista do que serena e objetiva, mais sensacionalista do que científica,

mais moralista do que isenta de juízos valorativos, contribuindo decisivamente para a expansão do fenômeno.

Ao pesquisar os textos que abordam o discurso ideológico sobre as drogas em geral, Bucher e Oliveira (1994) destacaram que: alguns apresentam conteúdo persuasivo carregado de palavras sinistras (luta, guerra, crime, morte); outros textos se destacaram por apresentar-se de forma alarmante; os vieses também foram identificados nos textos, como o falatório excessivo sobre a drogas ilícitas e sua associação com o tráfico, apreensão, lei; os textos também situam os jovens numa posição de total vulnerabilidade, remetendo-os à condição de frágeis e vitimados, negando a autonomia individual; outra característica identificada foram construções que apresentam as drogas como um mal em si, ignorando-a como parte de um processo social; certos textos apresentaram ideologias repressoras e moralistas com uma visão de mundo “simplista e moralista”.

Segundo Carvalho (2011) a política proibitiva do uso de drogas teve forte influência do aspecto econômico, haja vista o interesse por parte da classe médica em ascensão e da indústria farmacêutica em monopolizar desde a produção até o comércio de substâncias como a cocaína e o ópio. Outro aspecto se insere no contexto político, em que há uma ação estratégica de conter os grupos ameaçadores da ordem social, com base no uso de drogas.

Obviamente, toda essa política proibitiva teve forte influência dos EUA, que no seu arcabouço iniciou uma política de combate às drogas, que mais contribuiu com o aumento do consumo, atendendo, principalmente, aos interesses dos próprios traficantes, já que a ilicitude implicou em aumento dos preços (PASCHOAL, 2011).

Nos EUA, por volta dos anos 1900, substâncias como heroína, cocaína, maconha, entre outras eram legalmente comercializadas, mas a partir de 1922 sua proibição foi total (RECIO, 2002 apud MELO, 2011) e, mais tarde, em 1937, a comercialização, consumo e porte de maconha foram considerados crimes com a promulgação da Lei de Taxação da Maconha (MELO, 2011).

Poiares (1999) afirma que a droga atravessou a história da humanidade assumindo faces religiosas, rituais, lúdica e terapêutica, mas ao final do séc. XIX apresentou-se como objeto e causa de criminalidade. Desde então, “a temática das drogas vem sendo tratada de modo suficientemente excessiva sob a forma de discursos dos mais variados campos de conhecimento, sobretudo, ao longo da última metade do século XX” (CARVALHO, 2011, s/p).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Atualmente vivencia-se com grande intensidade um crescimento acelerado no consumo de SPA. Tal fenômeno repercute na sociedade e se expande, atingindo os mais diversos espaços e segmentos sociais. Ainda que a maioria das drogas seja ilícita, de um modo geral, seu consumo se torna cada vez mais frequente, tendo em vista a diversidade nas formas de apresentação e as possibilidades de consumo.

Nesse sentido, é indispensável à obtenção de dados epidemiológicos que deem visibilidade a problemática e, conseqüentemente, um norte para o planejamento de ações de prevenção e controle. Para uma melhor compreensão faz-se necessário retomar algumas definições importantes sobre a temática.

A World Health Organization (WHO) / Organização Mundial de Saúde (OMS) define droga/SPA, como qualquer substância química ou mistura de substâncias que, quando introduzida em organismos vivos, é capaz de alterar uma ou mais funções biológicas ou do comportamento. Tal definição engloba as substâncias lícitas e ilícitas, incluindo medicamentos (WHO, 1981). No entanto, para fins da Lei nº 11.343/2006, as drogas são substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União (BRASIL, 2006).

As drogas são absorvidas por via respiratória, oral ou sanguínea e classificam-se em: perturbadoras/alucinógenas – modificam a atividade cerebral e alteram a percepção (LSD, maconha, chás de cogumelo e lírio, anticolinérgicos); depressoras – diminuem a atividade cerebral, diminuindo os estímulos nervosos (benzodiazepínicos e barbitúricos – tranquilizantes industrializados, ópio, morfina, heroína, álcool, solventes¹) e; estimulantes – aceleram a atividade cerebral causando muita energia (anfetamina, cocaína, crack, nicotina, cafeína, e tabaco) (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2012).

Uma SPA pode ser inofensiva ao usuário, apresentar poucos riscos, mas também pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais. Os padrões de consumo das SPA podem ser do tipo uso, abuso ou dependência (Figura 1).

¹ Os solventes não possuem qualquer finalidade clínica. São substâncias inalantes facilmente voláteis e estão presentes em substâncias como aerossóis, vernizes, tintas, propelentes, colas, esmaltes e removedores (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

2.2.1 Incidência e Prevalência

Mundialmente o uso de drogas tem se configurado como um fenômeno que transcende a categoria de problema de saúde. Os maiores consumidores são os usuários ditos “problemáticos” – os com transtorno por uso de drogas ou dependência. Estes respondem pela maioria dos problemas de saúde e de ordem pública, ligados ao uso de SPA (BRASIL, 2010).

Segundo a UNODC (2009), globalmente, entre 172 e 250 milhões de pessoas usaram alguma droga ilícita em 2007, dentre os quais 18 a 38 milhões de usuários com idade entre 15 e 64 anos eram problemáticos. Dados mais recentes, 2011, confirmaram o aumento acelerado no consumo de SPA. Nesse mesmo grupo etário, em 2011, entre 167 e 315 milhões de pessoas fizeram uso de alguma substância ilícita, o que corresponde a 3,60% a 6,90% da população adulta (UNODC, 2013).

A dependência de álcool acomete de 10,00% a 12,00% da população mundial (UNODC, 2001 apud MARQUES; RIBEIRO, 2006). Em termos mundiais, seja o uso social ou problemático, o álcool é considerado a droga mais consumida.

Em inquérito domiciliar realizado em 2002-2003, em 16 capitais brasileiras com 23.447 indivíduos usuários do tabaco na forma inalada (outras formas: aspirado e mascado), as maiores prevalências do uso regular do tabaco foram verificadas em Porto Alegre (25,20%), seguido de Curitiba (21,50%) e Belo Horizonte (20,40%), e as menores foram observadas em Aracaju (12,90%), Campo Grande (14,50%) e Natal (14,70%). Em João Pessoa, a prevalência foi de 16,70% (BRASIL, 2004a).

Cerca de 143 a 190 milhões de pessoas são usuárias da maconha. Dentre as drogas ilícitas, a maconha é a mais usada, seguida pelas anfetaminas, cocaína, opiáceos e ecstasy (UNODC, 2013).

Outra pesquisa domiciliar sobre o consumo de drogas em 108 municípios brasileiros com mais de 200 mil habitantes, em 2005, observou-se que 74,60% dos participantes (7.939) consumiram álcool pelo menos uma vez na vida, 44,00% consumiu tabaco e 8,80% maconha. Do total, 12,30% eram dependentes de álcool, 12,30% de tabaco e 1,20% de maconha (CARLINI et al, 2006). De acordo com Marques e Ribeiro (2006), o risco de dependência de álcool é de 15,00%, o de tabaco é de 32,00%, já a dependência de maconha se aproxima do risco da dependência do álcool e acontece em um de dez casos, após 4 a 5 anos de consumo pesado.

A maior vulnerabilidade para dependência do tabaco tem relação com a idade. Seu uso é iniciado por volta dos 13 a 14 anos, porém seu padrão de consumo entre adolescentes assume uma característica discrepante, em relação às outras drogas, cujo consumo tende a declinar com a idade. Segundo estimativas, 60,00% dos adolescentes que fumam tabaco por mais de seis semanas, fumarão por mais 30 anos. Ademais, de 30,00% a 50,00% dos que começam a fumar tornar-se-ão dependentes (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

Comparando com o inquérito nacional de 2001, verificou-se que, com exceção da Região Nordeste, o consumo de álcool e tabaco aumentou em todas as regiões brasileiras. O consumo de maconha aumentou em todas as regiões, exceto na Região Norte, assim como o aumento do consumo de crack e opiáceos também foi observado nas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul. Nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte o consumo de cocaína também foi crescente (CARLINI et al, 2006).

Segundo a UNODC (2013), atualmente o consumo de *cannabis* teve um aumento em nível mundial. Também foi observada uma tendência mundial crescente no consumo de opioides (opiáceos sintéticos), porém o consumo de opiáceos² manteve-se estável.

Embora esteja aumentando na Europa, em geral, o uso de ecstase (metilenedioximetanfetamina – MDMA) vem diminuindo. No entanto o consumo de outras drogas Estimulantes Tipo Anfetaminas (ATS), exceto o ecstase, continua a ser generalizado a nível mundial e parece estar aumentando (UNODC, 2013). Dados de 2006 trazem que as ATS já eram consumidas por aproximadamente 0,60% da população mundial (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

Segundo a UNODC (2013), o mercado de ATS emerge globalmente. O número de toneladas de ATS apreendidas dobrou de 2005 (60 toneladas) para 2011 (123 toneladas). As metanfetaminas responderam por 71,00% das apreensões totais e as metanfetaminas cristalinas foram consideradas uma ameaça iminente.

Conforme o Relatório Mundial sobre Drogas (2013), de 2007 para 2011, houve um aumento global de 18,00% no número de pessoas que fizeram uso de drogas ilícitas. Sobre isso, justifica-se que ainda que o número de usuários de drogas ilícitas tenha aumentado, a situação global do uso de drogas mantém-se

² Os opiáceos podem ser divididos em três classes: naturais (ópio, morfina, codeína - elixir paregórico), semissintéticos (heroína, metadona) e sintéticos (meperidina, propoxinefo, fentanil - opioides) (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

estável, pois o aumento de usuários é reflexo de um aumento da população mundial, mas o aumento do uso combinado de várias substâncias tem sido motivo de preocupação, em especial o uso de sedativos e tranquilizantes, uma vez que, mais de 60,00% países pesquisados estão em terceiro lugar no consumo dessas substâncias.

Nesse contexto, em alguns países, drogas tradicionais como heroína e cocaína vêm sofrendo um declínio de consumo, o qual vem sendo acompanhado pelo aumento considerável do uso de medicamentos prescritos (psicotrópicos) e pelo surgimento de novas substâncias psicoativas (NSP) (UNODC, 2013).

Sobre a problemática referida, estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário prescrito de benzodiazepínicos (BZD), ao ponto de um em cada dez adultos receber prescrições de BZD ao ano, orientados, principalmente, por clínicos gerais, colaborando com a dependência. Em relação às NSP estas representam sérios desafios para os sistemas de saúde pública, tendo em vista o uso é crescente. Aumentou de 166 para 251 o número de NSP comunicadas pelos países membros da UNODC, de 2009 para 2012, ultrapassando o número de substâncias sob o controle internacional (234) (UNODC, 2013).

2.2.2 Morbidade e Comorbidade

No contexto do consumo problemático de SPA, os principais problemas de saúde mais comumente verificados são os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de drogas e doenças como as Hepatites e a AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), esta em decorrência da infecção pelo HIV (*Human Immunodeficiency Virus*/Vírus da Imunodeficiência Adquirida), em usuários de drogas injetáveis.

A WHO (2002b) concorda que a presença de comorbidades em dependentes químicos trazem vários prejuízos, que são carregados por sérias repercussões na identificação, tratamento e reabilitação das pessoas afetadas. Da mesma maneira, a incapacidade dos indivíduos sofrendores e o encargo para as famílias também crescem na mesma proporção.

Conforme discriminado na versão mais atual da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID10, 1997), os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de drogas

enquadram-se no código F (F10 a F19.9) e relaciona-se ao consumo de substância como: álcool; opiáceos; canabinoides; sedativos e hipnóticos; cocaína; outros estimulantes – inclusive a cafeína; alucinógenos; fumo; solventes voláteis; múltiplas drogas e outras SPA.

Outra situação comum é a presença de perturbações mentais associadas com a utilização e dependência de substâncias (WHO, 2002b). Neste ínterim, ressalta-se que além dos transtornos mentais e comportamentais diretamente associados ao uso de drogas, um usuário pode apresentar outros transtornos psiquiátricos ou psíquicos, indiretamente relacionados, como os transtornos: do humor, da ansiedade, da personalidade, do sono, da alimentação, delirantes, sexuais, dos hábitos e dos impulsos, dissociativos e somatofortes.

De um modo geral, as prevalências de comorbidade em dependência química variam de 0,50% a 75,00%. No entanto, tendo em vista o aumento e disponibilidade de álcool e drogas na população, a incidência de comorbidade relacionada ao abuso ou dependência de substâncias, bem como a transtornos mentais graves está aumentando (LARANJEIRA; ZALESKI; RATTO, 2004).

Em pesquisa realizada com 50 dependentes acompanhados pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, 22 (44,00%) preencheram critérios para diagnósticos para transtornos depressivos, 02 (4,00%) para transtorno hipomaniaco atual e transtorno depressivo pregresso. Outros transtornos mentais foram evidenciados em 29 participantes: fobias (14,00%), pânico (10,00%), transtorno obsessivo compulsivo (10,00%), transtorno da ansiedade generalizada (8,00%) e esquizofrenia (8,00%) (SILVEIRA; JORGE, 1999).

Segundo Romano (2004), o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é uma das comorbidades mais prevalente entre os dependentes químicos, no entanto, é pouco reconhecido e pouco estudado no nosso País. A maioria dos estudos epidemiológicos mostra prevalência de 3,00% a 5,00%. Apesar da maconha, estimulantes e cocaína serem as principais drogas de abuso por adultos com TDAH, o álcool apresenta maior a prevalência.

Nos últimos anos verificou-se um aumento demasiadamente exagerado no número de usuários de drogas injetáveis. Isso vem repercutindo como uma grande preocupação mundial. Consequentemente, a infecção pelos vírus HIV, Hepatite B e Hepatite C, acompanha essa trajetória, porém obedece a um ritmo diferenciado.

Dados anteriores da Organização Mundial de Saúde (2002b) recordam que havia cerca de 5 milhões de pessoas no mundo que faziam uso de drogas injetáveis, corroborando com uma prevalência de 20,00% a 80,00% da infecção por HIV, entre os que usaram drogas injetáveis. Mais recentemente, de acordo com dados da UNODC (2013), de 2011, cerca de 14 milhões de pessoas com idade entre 15 e 64 anos fizeram uso de drogas injetáveis. Destas 1,6 milhão estão vivendo com o HIV. Ainda que os números sejam altos, foi observada uma diminuição em 12,00% no número de usuários em geral e 46,00% no número de usuários contaminados pelo vírus, quando comparado ao ano de 2008.

Sobre as hepatites mencionadas, em 2011, a prevalência do Vírus da Hepatite B entre usuários de drogas injetáveis foi de 8,40% (1,2 milhão de pessoas), ao tempo que a prevalência do Vírus da Hepatite C foi de 51,00% (7,2 milhões de pessoas) entre usuários de drogas injetáveis (UNODC, 2013).

2.2.3 Mortalidade

Além da alta prevalência e dos males à saúde ocasionados pelo consumo abusivo de SPA, a mortalidade decorrente e/ou associada ao uso de drogas também é refletida no cotidiano da sociedade.

Mundialmente ocorreram 211 mil mortes ao ano em decorrência do uso abusivo de drogas, em 2011 (UNODC, 2013). Com base nos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) – DATASUS, a Confederação Nacional de Municípios (2012) analisou que, no País, de 2006 para 2010 correspondeu a 40.692 o número de pessoas que foram a óbito em decorrência do consumo de drogas, culminado com uma média de 8 mil mortes por ano.

Considerando a associação entre droga, criminalidade e violência, é comum verificar altos índices de mortalidade por homicídios e acidentes, bem como a relacionada às doenças adquiridas através do compartilhamento de materiais de uso único na administração das drogas injetáveis.

Em um estudo feito no município de São Paulo com pacientes internos em uma clínica de desintoxicação, 124 deles foram localizados após cinco anos da alta. Entre os usuários de crack verificou-se que 23 pacientes haviam morrido, sendo o homicídio a causa de morte mais comum (56,52%). Dez por cento dos pacientes,

com histórico de uso de drogas injetáveis, haviam morrido devido à infecção pelo HIV e menos de 10,00% morreu por overdose (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

De acordo com Marques e Ribeiro (2006), no Brasil, cerca de 60,00% dos acidentes de trânsito são provocados por pessoas alcoolizadas e em 70,00% dos laudos cadavéricos de pessoas que morreram de forma violenta verificou-se a associação com o álcool. Dentre as unidades federativas brasileiras, Minas Gerais é o Estado onde se registra a maior taxa de mortalidade por álcool (0,082 mortes por 1.000 habitantes) e em segundo, vem o Ceará (0,077/1.000) (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2012).

Em dados gerais, dentre os óbitos de 40.692 brasileiros ocorridos de 2006 a 2010 em decorrência do uso de drogas lícitas e ilícitas, o álcool tem sido a principal causa, respondendo por 84,90% (34.573) das mortes. Nesse sentido, o consumo do tabaco também tem ganhado espaço, ficando na segunda posição, 11,30% (4.625). A taxa de óbito em decorrência do consumo de tabaco foi maior no Rio Grande do Sul (0,036/1.000). No total, o consumo de álcool e tabaco levaram ao óbito 39.198 pessoas nos cinco anos estudados (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2012).

Anualmente 4,90 milhões de pessoas morrem em decorrência do uso de tabaco (10 mil mortes/dia). Nesse ritmo, a estimativa é que esse número aumente para 10 milhões, em 2030 (WHO 2003 apud BRASIL, 2004a). Tal achado pode está ligado ao fato de que um fumante tem maiores chances de desenvolver doenças cardiovasculares (43,00%), câncer (36,00%), doenças respiratórias (20,00%) entre outras (1,00%), fazendo com que a expectativa de vida do fumante diminua em 25,00% em relação ao não fumante (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

O uso concomitante de mais de uma SPA tem se apresentado como a terceira causa de morte entre os brasileiros (480; 1,18%), seguida da cocaína (354; 0,80%), no período de 2006 a 2010. As maiores taxas de mortalidade por cocaína foram observadas nos Estados Piauí, Pará e Paraíba, 0,020, 0,017 e 0,012 óbitos por 1000 habitantes, respectivamente. Outras drogas responderam por 1,60% dos falecimentos decorrente do uso (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2012).

2.3 LEGISLAÇÃO E POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O uso abusivo de SPA acarreta problemas individuais e sociais, constituindo-se em um dos maiores problemas de saúde pública que pode afetar, direta ou indiretamente, a qualidade de vida do ser humano (DUARTE; MORIHISA, 2008). Tal problemática repercute mundialmente e, geralmente, está associada à violência, ao tráfico de drogas, contribuindo também para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e físicos.

De acordo com as Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2013) a saúde e o bem-estar dos jovens e crianças, famílias e comunidades são ameaçadas pelas drogas. Em outro ponto de vista, além de ocasionar medo e instabilidade, os bilhões de dólares gerados pelo tráfico de drogas alimentam a corrupção e melhoram o poder das redes criminosas.

Pelli (2011) esclarece que, até o século XIX e o início do século XX, não havia no arcabouço jurídico do Brasil, uma lei que abordasse a questão das drogas. Mas, algumas substâncias, principalmente os venenos, já tinham sua venda controlada, antes mesmo da Independência do Brasil. No País, a primeira lei sobre drogas historicamente registrada foi a regulamentação da venda de gêneros e remédios pelos boticários, em 1830, no Rio de Janeiro. A lei proibia a venda e uso da maconha, à época com a alcunha de “pito de pango”, multava os vendedores e encarcerava por três dias os consumidores.

Posteriormente, as legislações passaram a ser mais flexíveis. Ao parafrasear o sociólogo Paulo Cesar Pontes Fraga, Pelli (2011) afirma que o Código Penal do Império, de 1851, não proibia, apenas regulava o uso e a venda de medicamentos, já o Republicano, de 1890, aplicava multa aos que vendessem ou ministrassem alguma substância venenosa não prescrita nos regulamentos, implicitamente substâncias como maconha, cocaína ou ópio.

Mesmo diante da variedade de problemas ocasionados pelo consumo de SPA, foi “somente a partir da década de 1960 que os malefícios e o potencial para desenvolver uso abusivo e dependência foram definitivamente reconhecidos. Desde então, seu uso tem sido desaconselhado e inclusive proibido na maioria dos países” (TAMELINI; MONDONI, 2012, p.129). Mas, numa perspectiva histórica podemos

dizer que a droga tornou-se um problema de saúde pública a partir da metade do século XIX (BERGERET, 1991 apud LIMA; AZEVEDO 2000, p.01).

A constatação de que tal uso tomou proporção de grave problema de saúde pública no País “encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam” (BRASIL, 2004c, p.5).

Não obstante a uma gama de normatizações no campo da saúde mental, a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas, produzindo-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde para as drogas (BRASIL, 2005). Atualmente uma extensa gama de políticas potenciais tem sido disponibilizadas. Ademais, sua inventividade e alcance encontram-se em processo de expansão contínua (BRASIL, 2004c).

Uma das primeiras iniciativas em sanar o problema do consumo de drogas no País foi a adesão aos “Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas” estabelecidos pelos Estados-membros pelo então Presidente da República, na sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, dedicada ao enfrentamento conjunto do problema mundial da droga, em 1998. Tal ação resultou na estruturação de um Sistema Nacional Antidrogas e reforçou o compromisso político, social, sanitário e educacional, no investimento em programas de redução da demanda por drogas, para concretizar a execução das medidas descritas pelas Nações Unidas, desde 1988, contra o tráfico ilícito de entorpecentes e psicotrópicos (BRASIL, 2001).

O Sistema Nacional Antidrogas (SINAD) foi regulamentado pelo Decreto nº 3.696, de 21 de Dezembro de 2000, e orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade, com cooperação mútua e a articulação de esforços conjuntos. O Sistema dispõe sobre as diretrizes gerais para prevenção, tratamento e reinserção social, redução dos danos sociais à saúde, bem como para o incentivo o desenvolvimento de pesquisas, estudos e avaliações e busca sensibilizar os Estados e municípios brasileiros para a adesão e implantação da Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010a).

Ainda que a temática das drogas encontre-se inserida no campo da Saúde Mental, nos anos posteriores ao terceiro milênio não foi dada a devida importância ao assunto. Um evento primeiro e de abrangência nacional foi a I Conferência

Nacional de Saúde Mental (CNSM), de 1987. Nesta, a questão das drogas não foi debatida. Posteriormente, em 1992, ocorreu a II CNSM, mas essa apenas apresentou os indícios de um plano de propostas para abordar sobre drogas e legislação. Somente na III CNSM, em 2001, é que a temática foi enfatizada e discutida com profundidade.

Na III CNSM ressaltou a importância da política de saúde mental definir políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Urge então a necessidade da criação de uma rede de serviços direcionada a esse público (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002).

No âmbito da atenção aos usuários de drogas, nesse evento, diversas propostas foram aprovadas dentre as quais algumas foram: a criação de fóruns e de ações intersetoriais; a criação, organização e implementação de serviços básicos e especializados; a normatização do funcionamento técnico, administrativo e clínico dos serviços; a garantia das estratégias de redução de danos, do atendimento integral e humanizado; a garantia da desintoxicação em serviços de emergência e em hospital geral e da proibição da internação em leitos psiquiátricos (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002).

A partir da III CNSM houve grande expansão da legislação e de políticas voltadas à problemática das drogas.

Ainda que o primeiro CAPS date de 1987, apenas em 2002 foi regulamentado e estabelecido que fosse instituída a modalidade CAPSad, posteriormente incorporou-se a este a estratégia de redução de danos (BRASIL, 2004b). Em 2012, os CAPSad que, inicialmente funcionavam apenas nos dias úteis, são redefinidos e passam a funcionar 24 horas, configurando-se em CAPSad III (BRASIL, 2012a).

Adiante, com a instituição do Sistema Nacional Antidrogas e em consonância com as recomendações da III CNSM, o Ministério da Saúde (MS) compreende que o uso de drogas é um grave problema de saúde pública e reconhece a necessidade de superar o atraso histórico de responsabilização do SUS, lançando a Política para a Atenção Integral ao uso de Álcool e Outras Drogas (PAIAD), em 2001 (BRASIL, 2003).

Em seu esboço teórico a primeira versão da PAIAD deixa claro que as políticas e práticas dirigidas às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas devem estar obrigatoriamente integradas à Área Técnica de

Saúde Mental / Álcool e Drogas do MS e com tal também se respalda pela Lei Federal 10.216/2001, conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira. São diretrizes da PAIAD: a intersetorialidade e atenção integral (prevenção, promoção e proteção à saúde, modelos de atenção – CAPS e redes assistenciais, controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica e de precursores) (BRASIL, 2003). Em 2004, a reedição da PAIAD (BRASIL, 2004c) acrescentou a esta, diretrizes específicas para a promoção do bem-estar e à redução dos danos causados pelas bebidas alcoólicas.

No que tange à Redução de Danos (RD) está é uma estratégia de prevenção em que o objetivo geral é estabelecer estratégias de saúde pública voltadas para minimizar as consequências do uso indevido de drogas. Dessa maneira, almeja-se a redução dos riscos mais constantes decorrentes do uso, por representarem potencial prejuízo para o usuário e sociedade (BRASIL, 2001).

A RD foi adotada pela primeira vez no Brasil no município de Santos/SP, em 1989, tendo em vista aos altos índices de transmissão do HIV relacionados ao compartilhamento de seringas durante o uso de drogas injetáveis. Propôs, então, o Programa de Troca de Seringas e a RD foi se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência (PASSOS; SOUZA, 2011).

Para ampliar a abordagem sobre drogas, a Lei 11.343/2006 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), cuja finalidade é articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. Dentre outras providências, esta Lei também prescreve as medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Também estabelece normas para repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas e define crimes (BRASIL, 2006).

Também, viu-se a necessidade de ampliar a PAIAD, dando visibilidade a drogas mais emergentes. Para tanto, foi aprovado o Decreto nº 7.179, de 20 de Maio de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIECD), cujos objetivos são: estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários; estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para

usuários; capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos; promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários e fomentar a multiplicação de boas práticas; disseminar informações; e fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico (BRASIL, 2010b).

Na perspectiva das redes temáticas de atenção à saúde, foi instituída a RAPS – para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Nesse contexto, os serviços que compõem a RAPS vêm sendo instituídos em vários municípios do País e abrange os componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011a).

Enquanto estratégias direcionadas à população com problemas decorrentes das drogas, foram implementados, em 2011, os Consultórios na Rua, em que Equipes de Consultório na Rua (ECR) realizam de forma itinerante a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, em situação de rua. As ECR integram o Componente Atenção Básica da RAPS (BRASIL, 2011b).

No âmbito do Componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório, foram criadas as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas. O objetivo é oferecer um acolhimento voluntário e cuidados contínuos para os usuários em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo moradia, educação e convivência familiar e social (BRASIL, 2012b). As Comunidades Terapêuticas também se enquadram nesse mesmo componente.

No contexto dos prejuízos decorrentes do uso de drogas, nas últimas décadas, muito têm sido os esforços para oferecer aos usuários uma atenção de qualidade que, ao tempo que trate, também garanta à promoção da saúde e a prevenção de agravos relacionados ao consumo abusivo. Vários são os documentos que respaldam o direito a uma atenção integral à população alvo, mas ainda são necessários muitos esforços para controlar problemática, que se alastra tomando proporções preocupantes.

2.4 MODELOS DE DECISÃO

Um Modelo de Decisão é um elemento de apoio no processo decisório que pode ser definido como uma representação simplificada ou a descrição de um sistema ou situação, que quando bem elaborado e bem utilizado, podem melhorar a compreensão sobre uma determinada situação, bem como nortear as práticas de forma a selecionar a melhor opção dentre as possíveis decisões (SANDERSON; GRUEN, 2006).

Salienta-se que a Tomada de Decisão não se refere meramente ao ato final da escolha entre alternativas, mas sim, a todo o processo decisório, considerado complexo e composto por um conjunto de etapas ou fases seguidas pelo decisor para escolher a ação (SANTOS; PONTE, 1998).

Um modelo também pode ser entendido como um sistema de apoio com funções e informações que subsidiam o processo de tomada de decisão, aumentando sua efetividade. Esses sistemas podem combinar recursos intelectuais dos indivíduos com as capacidades do computador para melhorar a qualidade das decisões, por parte dos tomadores de decisão (TURBAN; ARONSON; LIANG, 2006).

Nesse sentido, os modelos de suporte à decisão representam uma expoente tecnologia e, por isso, têm sido utilizados em diversos setores, como no setor bancário, de telecomunicação, de administração, setor farmacêutico, de marketing, setor esportivo e de alimentos, de modo a oferecer melhores respostas as suas funções e de agregarem qualidade nos relacionamentos dentro da organização (SCAFF; LIMA; ALMEIDA, 2005). Nos últimos anos a informação disponível na tomada de decisões explodiu e a perspectiva é que continue assim no futuro (HAIR JR et al, 2009).

Quando utilizados de forma sistemática, esses instrumentos favorecem a rápida circulação da informação e do conhecimento dentro da organização, oferecendo agilidade e potencializando a boa qualidade no processo de decisão, tornando-se aliados no gerenciamento dos serviços, apontando, na maioria das vezes, a melhor opção dentre as possíveis decisões.

Para a construção de um modelo, são abstraídas da realidade as variáveis relevantes e suas interações significativas para o estudo de um determinado problema. A representação dessas variáveis e seus inter-relacionamentos, através de símbolos, constitui o modelo (SANTOS; PONTE, 1998).

2.5 MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

A análise de regressão é uma técnica estatística para a modelagem de dados e investigação de relações entre duas ou mais variáveis quantitativas ou qualitativas, propiciando a construção de um modelo matemático, chamado equação de regressão (HINES et al, 2011). De tal forma, permite estudar a influência dos fatores no aparecimento de um determinado fenômeno (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

A Análise de Regressão é utilizada para estabelecer, além da dependência, a forma específica de ligação entre um conjunto de variáveis independentes e uma variável dependente, através de uma função matemática, de modo a descobrir o quanto uma variável altera o comportamento da outra (BRAULE, 2001).

Os Modelos de Regressão são considerados uma maneira útil quando se pretende estudar as relações entre duas ou mais variáveis, para tentar prever ou explicar o comportamento de uma variável, em termos do comportamento de outra ou de outras variáveis (WILD; SEBER, 2004).

A variável cujo comportamento pretende-se explicar é chamada variável dependente ou resposta e, por convenção é denotada por y . As variáveis de interesse para explicar ou prever o comportamento de y são chamadas variáveis independentes ou explicativas, representada pelo vetor x ($x_1, x_2, \dots, x_p$). Num gráfico, a convenção é utilizar o eixo vertical para representar a variável dependente y e o eixo horizontal para representar a variável explicativa x_j ($j = 1, \dots, p$). O enfoque de regressão é particularmente natural quando y é aleatória e x é controlada ou não aleatória. Contudo, quando ambas as variáveis são aleatórias, a regressão pode também ser útil (WILD; SEBER, 2004).

A análise de regressão pode ser simples, quando apenas uma variável independente está envolvida para explicar a variabilidade da variável dependente. No entanto, quando o problema de pesquisa envolve uma única variável dependente relacionada a duas ou mais variáveis independentes, a regressão múltipla é o método de análise apropriado e tem o objetivo de prever as mudanças na variável dependente em resposta a mudanças nas variáveis independentes (HAIR JR et al, 2009).

Em meio a gama de modelos de regressão existentes, o Modelo de Regressão Logística (MRL) ou Modelo Logístico Linear tem se destacado por se apresentar como o ideal para analisar variáveis qualitativas, enquanto variáveis

dependentes (MONTENEGRO, 2009). Segundo Cordeiro e Neto (2004, p.100), “o modelo logístico linear é um membro da classe dos MLG (Modelos Lineares Generalizados) servindo de alternativa para analisar respostas binárias através de um conjunto de variáveis explicativas”. Nesse modelo, a variável resposta pode ter apenas dois grupos de interesse, os quais representam o *sucesso*, caso o evento de interesse ocorra, ou *fracasso*, quando esse evento não ocorre (SHEATHER, 2009). Para tais eventos são atribuídos números para codificar a variável resposta, a exemplo, 0 ou 1. Assim (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2003):

- ✓ Se o evento de interesse não ocorre, $y = 0$, então $P(y_i = 0) = 1 - \pi_i$;
- ✓ Se o evento de interesse ocorre, $y = 1$, então $P(y_i = 0) = \pi_i$.

Ressalva-se que o grupo de interesse (sucesso) poderá ser codificado como 1 e o grupo de fracasso como 0, ou vice-versa (CORDEIRO; LIMA NETO, 2004).

Quando y possui apenas dois valores, a variável dependente tem distribuição Bernoulli, um caso especial da distribuição Binomial, expressa pela seguinte notação (SHEATHER, 2009):

$$(y_i | x_i) \sim \text{Bin}(n_i, \pi_i), \text{ com } i = 1, 2, \dots, n, \text{ onde,}$$

- ✓ $y_i = [y_1, y_2, \dots, y_n]$ é um vetor que contém os valores de n observações da variável dependente;
- ✓ n_i é o número de observações ou valores de cada variável independente $x_{1i}, x_{2i}, \dots, x_{pi}$;
- ✓ $x_i = [1, x_{1i}, x_{2i}, \dots, x_{pi}]^T$ corresponde a um vetor de valores de p variáveis independentes;
- ✓ π_i é a probabilidade de sucesso da variável resposta, dado x .

Assim, dado o valor de x , o valor esperado de y corresponde à probabilidade da variável resposta ter o valor 0 e 1, $E(y_i | x_i) = \pi_i$.

Diferentemente do modelo linear, no MRL a distribuição dos erros ε não tem distribuição normal, bem como não há homogeneidade na variância. Desta forma, o erro ε também terá apenas dois valores. Resumidamente:

$$\checkmark \quad \varepsilon_i = 1 - \pi_i, \text{ quando } y_i = 1;$$

$$\checkmark \quad \varepsilon_i = \pi_i, \text{ quando } y_i = 0;$$

A variância será denotada por: $\sigma_{y_i}^2 = \pi_i (1 - \pi_i)$.

Ryan (2009) descreve que, na regressão logística, a natureza binária de y pode ser predita, a partir dos valores de x , em termos da sua probabilidade de ocorrência. Para tanto, emprega-se a função logit (CORDEIRO; LIMA NETO, 2004):

$$\text{logit}(\pi_i) = \log\left\{\frac{\pi_i}{1 - \pi_i}\right\} = \beta_0 + \beta_1 x_{1i} + \dots + \beta_p x_{pi}$$

Onde,

- ✓ $\beta = [\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_p]^T$ é um vetor de parâmetros estimados a partir de x e y ;
- ✓ $\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_{pi}$ representa a estrutura linear do modelo de regressão logística (preditor linear η);
- ✓ $\log\{\pi/1 - \pi\}$ é o logaritmo da probabilidade do sucesso ocorrer em relação a sua não ocorrência (fracasso).

Os parâmetros β são usualmente chamados de coeficientes de regressão. Tais coeficientes são utilizados nas interpretações dos modelos. O intercepto β_0 é o valor no eixo y onde a reta de regressão cruza o eixo e representa a média das observações y quando x for igual a zero, porém quando os valores de x não inclui o zero, ou seja, quando o zero não é um valor conceitualmente válido para a variável independente, o intercepto não tem uma interpretação prática. Os parâmetros β_0 e $\beta_1, \dots, \beta_p$ é uma variação na média das observações de y produzida por uma unidade

modificada em x , representando a declividade da reta (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2006).

Em meio a variedade de métodos de estimação de parâmetros, no MRL, para estimar os $p + 1$ parâmetros β_0 e $\beta_1, \dots, \beta_p$ utiliza-se o método da máxima verossimilhança (MVS), cuja função é descrita por (CORDEIRO; LIMA NETO, 2004, p.102):

$$L(\beta) = \prod_{i=1}^n \binom{m_i}{y_i} p_i^{y_i} (1 - p_i)^{m_i - y_i}$$

De acordo com Paula (2010), como o logaritmo da função de verossimilhança $L(\beta)$ cresce com o aumento do número de parâmetros do modelo, a melhor proposta é encontrar o modelo com menor valor para a função: $AIC = -L(\beta) + p$, em que p denota o número de parâmetros do modelo ajustado.

O MVS é considerado o método de estimação mais eficiente porque produz os estimadores de menor variância, os quais são consistentes, suficientes e assintoticamente sem viés (NAGHETTINI; PINTO, 2007).

O MVS consiste em maximizar uma função dos parâmetros da distribuição, conhecida como função de verossimilhança. O equacionamento resulta em um sistema de igual número de equações e incógnitas, cujas soluções produzem os estimadores de máxima verossimilhança (NAGHETTINI; PINTO, 2007, p.210).

Para avaliar a qualidade do ajuste de um modelo logístico linear, utiliza-se frequentemente a função desvio (*Deviance* – D). Neste caso, dois modelos são casos limites do processo de ajustamento: o modelo nulo (com um único parâmetro β) e o modelo saturado (com n parâmetros β) (CORDEIRO; PAULA, 1989).

A estatística D é chamada de desvio e compara o logaritmo da verossimilhança do modelo nulo com o modelo completo, em que para cada observação tem-se um parâmetro. Assim, o D assume o mesmo desempenho que a soma dos quadrados dos resíduos da regressão linear, em que compara-se o valor observado com os valores previstos nos dois modelos (HOSMER; LAMESHOW, 2000). Quanto maior o desvio mais pobre será o ajuste (AGRESTI, 2007).

Um modelo mal ajustado aos dados tem um grande D , ao tempo que um bem ajustado tem um pequeno D . O D é comparado com a distribuição de probabilidade,

geralmente a Qui-quadrado. Se, ao nível de significância α , D for maior do que o Qui-quadrado ($\chi^2_{(n-p)}$), o modelo será rejeitado e, caso menor ou igual, será aceito (CORDEIRO; PAULA, 1989).

Segundo Paula (2010) a função D tem sido uma das técnicas utilizadas para comparar o modelo investigado com o melhor modelo possível (modelo saturado), baseado no logaritmo da função de verossimilhança.

A função D , segundo Cordeiro e Neto (2004, p.62), é dada por:

$$D = 2 \sum_{i=1}^n \left\{ y_i \log \left(\frac{y_i}{\hat{\mu}_i} \right) + (m_i - y_i) \log \left(\frac{m_i - y_i}{m_i - \hat{\mu}_i} \right) \right\}$$

Para um ajuste perfeito de um modelo de regressão D assumiria o valor mínimo, no caso 0. A estatística χ^2 de Pearson também pode ser empregada para verificar a adequação do modelo de investigação e é definida por Cordeiro e Lima Neto (2004, p.104):

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(y_i - m_i \hat{p}_i)^2}{m_i \hat{p}_i (1 - \hat{p}_i)}$$

Quadro 1 – Possíveis resultados de um teste diagnóstico para identificar um evento (tabela de contingência)

		Evento		
		Presente (X = 1)	Ausente (X = 0)	Total
Teste	Positivo (Y = 1)	a Verdadeiro Positivo	b Falso Positivo	a + b
	Negativo (Y = 0)	c Falso Negativo	d Verdadeiro Negativo	c + d
	Total	a + c	b + d	a + b + c + d

Fonte: Adaptado de MEDRONHO e colaboradores (2009, p.390).

Para avaliar o quanto um modelo é adequado podem ser aplicados vários testes estatísticos. A análise consiste na verificação dos erros e acertos do modelo ajustado, através da tabela de contingência (Quadro 1), podendo ser analisadas a Sensibilidade (s), Especificidade (e), Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN).

A sensibilidade diz respeito à proporção de verdadeiros positivos na ocorrência do evento de interesse, portanto, expressa a probabilidade de um teste ser positivo na presença do evento de interesse: $s = P(Y = 1|X = 1)$. De acordo com a demonstração do Quadro 1, a especificidade é dada por (MEDRONHO et al 2009):

$$s = \frac{a}{a + c}$$

A especificidade corresponde à proporção de verdadeiros negativos na ausência do evento de interesse. É a probabilidade de um teste dar negativo quando o evento de interesse não ocorre: $e = P(Y = 0|X = 0)$ (Quadro 1). A especificidade é dada por (MEDRONHO et al, 2009):

$$e = \frac{d}{b + d}$$

Dados os resultados de um teste diagnóstico, a probabilidade de um determinado evento ocorrer é denominada Valor Preditivo Positivo, ou seja, é a proporção de verdadeiros positivos entre todos os testes positivos (MEDRONHO et al 2009):

$$VPP = \frac{a}{a + b}$$

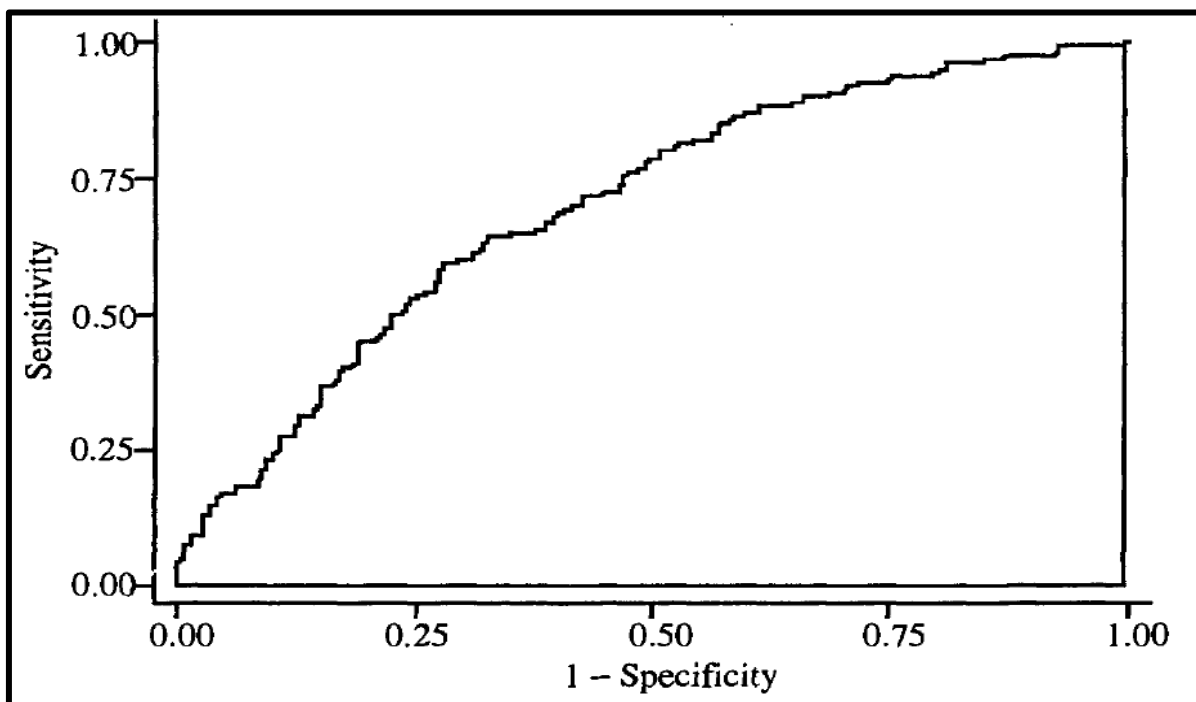
Já o Valor Preditivo Negativo, expressa a probabilidade do resultado de um evento dar negativo quando ele é realmente negativo (MEDRONHO et al 2009):

$$VPN = \frac{d}{c + b}$$

Uma forma de representar graficamente a relação entre sensibilidade e especificidade é por meio da Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic Curve*), uma técnica capaz de avaliar acertos e erros de um modelo de regressão.

Segundo Agresti (2007), a curva ROC é um gráfico de sensibilidade (eixo Y) com o complemento da especificidade ($1 - \text{especificidade}$) (eixo X), para os diferentes pontos de corte, sendo, portanto, mais informativa do que a tabela de classificação, uma vez que sumariza o poder preditivo para os possíveis pontos de corte (Figura 2). Quando o ponto de corte fica próximo a 0, quase todas as previsões são $y = 1$, então a sensibilidade é próxima de 1 e a especificidade é próxima de 0. Geralmente, a curva ROC tem um formato côncavo que liga os pontos (0,0) e (1,1).

Figura 2 – Gráfico sensibilidade *versus* 1 – especificidade: Curva ROC



Fonte: HOSMER E LEMESHOW (2000, p.163).

Para Margotto (2010), a área sob a curva ROC mede o desempenho de um teste (índice de exatidão do teste). Quando a área sob a curva for de 0,5, o teste é totalmente incapaz de discriminar a ocorrência do evento (seria a hipótese nula). Quando a área é acima de 0,70 é considerado que o teste tem um desempenho satisfatório.

Hosmer e Lemeshow (2000, p.162) dispõe que:

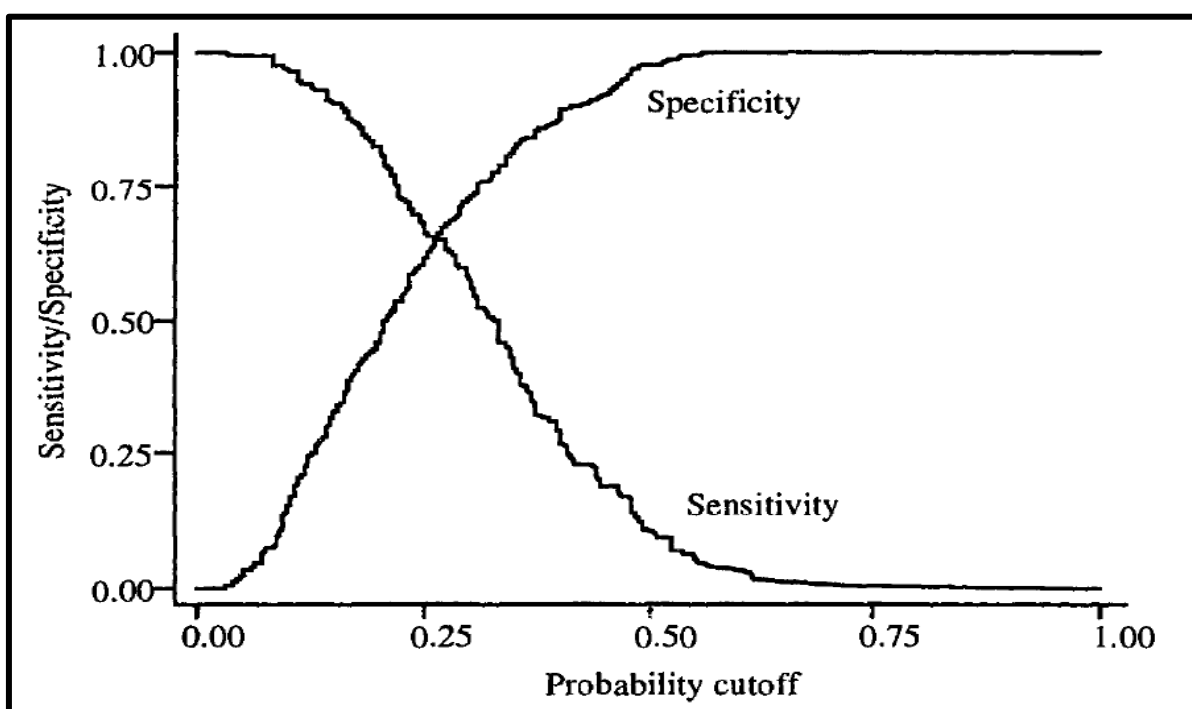
- ✓ Se ROC = 0,5, sugere não discriminação;

- ✓ Se $0,7 \leq ROC < 0,8$, a discriminação é aceitável;
- ✓ Se $0,8 \leq ROC < 0,9$, a discriminação é excelente;
- ✓ Se $ROC \geq 0,9$, a discriminação é notável.

Um dos meios para encontrar o melhor ponto de corte consiste em maximizar a distância vertical para o ponto (X, Y), onde X representa (1 – especificidade) e Y representa a sensibilidade, onde a soma da sensibilidade e especificidade é máxima (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Este é o Critério de Youden.

Pela Figura 3 o ponto ótimo seria aproximadamente 0,26, onde sensibilidade e especificidade se cruzam (HOSMER; LEMESHOW, 2000)

Figura 3 – Gráfico sensibilidade e especificidade *versus* todos os possíveis pontos de corte



Fonte: HOSMER E LEMESHOW (2000, p.162).

Ajustado o modelo e feito os testes de qualidade deste, procede-se para encontrar a medida de associação de cada variável independente significativa para o modelo, com a variável dependente.

Na regressão logística, a medida de associação é feita pela a razão de chances (*Odds Ratio* – OR). Esta expressa a razão de chances de um indivíduo exposto possuir a condição de interesse, comparada ao não exposto (FRANCISCO,

2008), ou seja, a razão da chance de $x = 1$ pela chance de $x = 0$ (HOSMER; LEMESHOW, 2000). O OR pode ser representado da seguinte forma (FRANCISCO, 2008):

$$\hat{OR} = \frac{\frac{\pi_1}{1 - \pi_1}}{\frac{\pi_0}{1 - \pi_0}} = e^{\beta_i}$$

Em que $i = 1, 2, \dots, p$

Substituindo a expressão acima pelo MRL tem-se o apresentado na Tabela 2.5.1.

Tabela 2.5.1 – Valores do modelo de regressão logística para variáveis dicotômicas

Outcome Variable (Y)	Independent Variable (X)	
	x = 1	x = 0
y = 1	$\pi(1) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1}}$	$\pi(0) = \frac{e^{\beta_0}}{1 + e^{\beta_0}}$
y = 0	$1 - \pi(1) = \frac{1}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1}}$	$1 - \pi(0) = \frac{1}{1 + e^{\beta_0}}$
Total	1.0	1.0

Fonte: HOSMER E LEMESHOW (2000, p.49).

Em suma, a chance é a probabilidade de algo acontecer dividida pela probabilidade de não acontecer. O OR é uma estimativa que traduz a influência da oscilação das variáveis x no valor esperado de y , de forma que o acréscimo de uma unidade da variável preditora corresponde a um acréscimo proporcional na probabilidade do sucesso ocorrer (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2003).

2.6 TESTE DE INDEPENDÊNCIA: QUI-QUADRADO DE PEARSON

Objetivando saber se as características sociodemográficas, econômicas e clínicas dos usuários exercem alguma influência no abandono do tratamento, aplicou-se teste de independência χ^2 de Pearson. Este teste é capaz de verificar a dependência ou independência (associação) entre variáveis, testando a hipótese nula:

- ✓ H_0 : Não há diferença entre as frequências observadas e a frequência esperada. Assim, as variáveis não estão associadas;
- ✓
- ✓ H_1 : Há diferença entre as frequências observadas e a frequência esperada. Então, as variáveis estão associadas.

Para tanto, as variáveis devem estar tabuladas em tabelas de contingência (Tabela 2.5.1).

O teste χ^2 foi proposto em 1900 por Karl Pearson e apresenta a seguinte equação para mensurar as diferenças entre as proporções observadas e as esperadas (AGRESTI, 2007):

$$\chi^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$$

Onde,

o = frequência observada para cada classe;

e = frequência esperada para aquela classe.

Esta estatística tem o seu valor mínimo de zero quando todos os valores observados são iguais aos valores esperados ($o = e$) e maiores diferenças ($o - e$) produzem valores χ^2 maiores e, conseqüentemente, evidências mais fortes contra a hipótese de independência (AGRESTI, 2007).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando a natureza da problemática e os objetivos, a pesquisa utilizou-se da abordagem quantitativa conduzida por um estudo de base metodológica descritivo-exploratória, cuja relação temporal foi de caráter retrospectivo em fonte documental e analisou o período de Fevereiro de 2010 a Junho de 2013.

Segundo Terence e Filho (2006), o estudo quantitativo é um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas que se preocupa em medir e analisar as relações causais entre as variáveis, permitindo a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente.

O estudo quantitativo traduz em números as opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, oferecendo a possibilidade de generalizar os resultados de maneira mais ampla e um ponto de vista de contagem e magnitude em relação a eles, além de facilitar a comparação com outros estudos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Do ponto de vista científico, descrever é coletar dados ou informações que mostrem um evento, uma comunidade, um feito, contexto, situação ou um fenômeno. Assim, a pesquisa descritiva procura descrever ou especificar as propriedades, as características e os perfis de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenômeno que se submeta à análise (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006). Segundo Gil (2009) este é o objetivo primordial do estudo descritivo, assim como o estabelecimento de relações entre variáveis.

No conjunto dos procedimentos técnicos, a pesquisa documental, é aquela em que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias as quais podem ser contemporâneas - compiladas pelo autor na ocasião em que o fato ou fenômeno acontece, ou retrospectivas - transcritas após o acontecimento (MARCONI; LAKATOS, 2008).

A pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam nenhum tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. As fichas, mapas, formulários, cadernetas, documentos

peçoais, cartas, bilhetes, fotografias, fitas de vídeo e discos estão inclusos na diversidade de materiais que podem ser utilizados, podendo ser encontradas nos mais diversos tipos de arquivos. Estes são fontes ricas e estáveis de dados, tornando-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica (GIL, 2009).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o município João Pessoa, capital da Paraíba. A cidade está localizada na região do litoral Leste brasileiro, na porção mais oriental das Américas e é notável por seu clima intertropical quente e úmido. Cidade mais populosa do Estado, possui 723.515 habitantes, disseminados em 211,474 Km² de área territorial, correspondendo a 19,20% da população do Estado, conforme o Censo 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

A pesquisa foi realizada no CAPSad III David Capistrano da Costa Filho, localizado à Rua José Soares, S/N, Bairro Rangel. O serviço foi inaugurado na modalidade CAPSad II em 20 de Fevereiro de 2010, mas 19 Dezembro de 2011 foi reinaugurado como CAPS ad tipo III (CAPS III Qualificado – resultado da adaptação e qualificação de um CAPS tradicional pré-existente), tendo em vista a demanda crescente e as necessidades específicas do próprio atendimento. Assim, passa a funcionar 24 horas, com 10 leitos (03 femininos e 07 masculinos) para acolhimentos noturnos e observação dos quadros de intoxicações leves.

O CAPSad III é de esfera administrativa e gestão municipal, pertencendo à área territorial de abrangência do Distrito Sanitário II. Atualmente é gerido pelo Diretor Geral Leandro Roque e pela Diretora Administrativa Maria de Fátima, ambos psicólogos.

As instalações do CAPSad III David Capistrano funcionam parte em um prédio próprio da Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP), e outra parte em uma residência anexa a esta unidade, alugada pela prefeitura, onde funcionam a maioria das atividades grupais. Nestes dois espaços são encontradas as seguintes dependências: recepção (01), sala de estar (01), consultório médico (01), sala multiprofissional (01), diretoria (01), coordenação (01), farmácia (01), posto de enfermagem (01), espaços para atividades grupais (04), espaços de convivência

(02), ambiente para oficinas (01), copa (01), dispensa (01), almoxarifado (01), banheiros (07), enfermarias/alojamentos (03) e repouso para profissionais (01).

Em relação à acessibilidade, a rua é calçada e próxima a uma via de transportes públicos. Nas imediações do serviço há uma Unidade de Saúde da Família (USF), uma Praça Pública, Igreja, Escola, Bar e Mercearias, dentre outros pontos comerciais.

O serviço atende pessoas de ambos os sexos, a partir dos 18 anos de idade, advindas das áreas de abrangência dos cinco Distritos Sanitários da capital, seja por demanda referenciada – quando indicada por outros serviços de saúde ou não, públicos, privados, associações, Organizações Não Governamentais; ou espontânea – por iniciativa do próprio usuário, família, colegas. Segundo o diretor geral, atualmente corresponde a 318 o número de usuários que frequentam regularmente o serviço.

Para corresponder às demandas decorrentes do consumo abusivo de SPA, o CAPSad III segue as determinações da Portaria nº 2.841, de 20 de Setembro de 2010, que no seu esboço preconiza o acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, para realizar intervenções a situações de crise – abstinência e/ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave e comorbidades – e, também, repouso e/ou observação (BRASIL, 2010c). Nessa lógica, o usuário poderá permanecer 10 dias seguidos ou 14 dias intercalados num período de 30 dias (BRASIL, 2012c).

A equipe multiprofissional que integra o CAPSad III é composta por 71 profissionais, a saber: enfermeiros (08), técnicos em enfermagem (10), médicos (02), psicólogos (07), farmacêuticos (05), assistentes sociais (03), educadores físicos (02), oficineiros (04), técnicos administrativos (02), cozinheiras (06), recepcionistas (02), digitadores (02), auxiliares de limpeza (07) e apoiadores (11).

Em conjunto esses profissionais promovem diariamente atividades grupais e individuais de acolhimento, tratamento medicamentoso e psicoterápico, desintoxicação, oficinas terapêuticas, expressivas – plástica, corporal, verbal e musical – culturais e de alfabetização, artesanato em geral, brechó, grupos terapêuticos, grupos de leitura e debate e atividades esportivas. Há atendimento aos núcleos e aos grupos familiares, visitas domiciliares e atividades de lazer com os familiares. No âmbito das atividades sociais, são realizadas caminhadas em grupos pela comunidade, comemoração de festas culturais e participação nas associações

de usuários e familiares. Quando da necessidade, o próprio serviço se responsabiliza por encaminhar o usuário para a obtenção de documentos pessoais.

Visando organizar o serviço, bem como promover a melhoria na qualidade do atendimento, o CAPSad III tenta funcionar articulando-se com a atenção básica, com os familiares, promovendo ainda atividades de matriciamento, educação em saúde com foco na promoção e prevenção. Para os profissionais são oferecidas atividades de educação continuada e atividades de lazer.

Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico próprio e cada usuário ao ser acolhido nesse serviço deve ter um projeto terapêutico individual e dinâmico que respeite a sua particularidade e personalize seu atendimento dentro e fora da unidade. Conforme os objetivos traçados no projeto, o usuário passa a ser acompanhado no CAPS ou no domicílio em uma das seguintes modalidades (BRASIL, 2004b):

- ✓ Atendimento Não Intensivo – é feito quando a pessoa não precisa de um suporte contínuo do CAPS. O usuário frequenta o serviço três dias no mês;
- ✓ Atendimento Semi-intensivo – atendimento indicado quando o usuário precisa uma atenção direta da equipe. Nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês;
- ✓ Atendimento Intensivo – indicado para usuários que necessitam de atenção contínua. Neste atendimento é diário, de segunda à sexta-feira, nos dois turnos.

Em consonância com o documento supracitado, o serviço em questão está com o seu Projeto Terapêutico Institucional em fase final de elaboração, mas o Projeto Terapêutico Singular já vem sendo posto em prática. É neste, que são traçadas as condutas terapêuticas, decididas pela equipe multidisciplinar.

3.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de Maio a Junho de 2013 utilizando um instrumento previamente construído (Anexo A) que contemplou informações referentes aos dados dos usuários cadastrados no serviço, constantes nos prontuários.

Os usuários cadastrados correspondem às pessoas que ao buscarem tratamento neste serviço formalizou o início do acompanhamento psicossocial assinando o Termo de Responsabilidade, um documento que pode ser assinado

pelo usuário ou responsável, assumindo o compromisso de se fazer presente regularmente no serviço conforme a frequência pré-estabelecida.

Foram obtidas informações sobre: número de prontuário, data do início do tratamento (data da assinatura do Termo de Responsabilidade), modalidade de acompanhamento (não intensiva, semi-intensiva ou intensiva), sexo, idade, raça/cor (branca, parda, negra, amarela, indígena), demanda (referenciada ou espontânea), estado civil (casado, união estável, solteiro, divorciado, separado, viúvo), escolaridade (analfabeto, fundamental completo, fundamental incompleto, médio completo, médio incompleto, superior completo, superior incompleto e pós-graduado), ocupação (trabalha, estuda, beneficiado), relações familiares (rompidas, ruim, boa e ótima), antecedentes familiares, se está em situação de rua, histórico de internação psiquiátrica, envolvimento com a justiça, drogas de abuso (álcool, tabaco, maconha, crack, inalantes, cocaína, medicamentos, ecstasy, heroína e ópio), número de drogas de abuso, tempo de permanência no serviço (em semanas), situação atual em relação ao acompanhamento, abandono ou continuidade do tratamento e, por fim, a data do desligamento, quando ocorrido.

Sobre as variáveis algumas peculiaridades devem ser esclarecidas. Em relação à variável relação familiar, quando o usuário referiu ser muito boa ou ótima, convencionamos denominar de ótima, e quando referido ser não boa, ruim, conflituosa ou apenas mantida, consideramos como ruim. No que diz respeito ao tempo de permanência, para os usuários que compareceram apenas uma vez e não deram continuidade ao tratamento, contabilizamos o tempo como 01 dia, ou seja, 0,14 semanas.

Foram coletados dados dos prontuários dos usuários que estavam ativos (arquivo corrente) ou desligados (arquivo morto). Os usuários ativos dizem respeito aos usuários que estão frequentando o serviço regularmente, seguindo o curso do projeto terapêutico, enquanto que, os desligados são aqueles que deixaram de ser acompanhados pelo serviço, seja por determinação da equipe (alta), transferência, abandono do tratamento ou óbito. Neste caso a consulta aos prontuários foi feita no arquivo morto.

A escolha das variáveis foi feita com base nas informações contidas na ficha padrão de cadastro de usuários. Para tanto, foi feita uma visita prévia para consulta dos prontuários e posterior elaboração do instrumento, conforme a realidade do

serviço. Quando a ficha estava incompleta, as informações eram obtidas também na ficha do projeto terapêutico singular, bem como nas evoluções multiprofissionais.

Os prontuários eram incluídos na amostra desde que: contemplassem todas as variáveis elencadas devidamente preenchidas durante e tivesse a assinatura do Termo de Responsabilidade pelo usuário ou responsável. No total foram analisados 1.380 prontuários, porém amostra do estudo foi composta por somente 706 prontuários. Quinhentos e setenta (570) prontuários não foram coletados por estarem com as informações em branco e outros 104 correspondeu aos prontuários de usuários que faziam apenas uso de tabaco. Nestes a ficha de admissão era diferenciada e não contemplava as variáveis de interesse, portanto, não compuseram a amostra.

3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram digitados e organizados em planilhas do *Microsoft Office Excel*, versão 2010.

As variáveis consideradas para a análise do estudo foram codificadas e receberam as seguintes denominações: número do prontuário (PRO), data de início do tratamento (DTI), data de encerramento do tratamento (DTF), modalidade de acompanhamento (MOD), sexo (SEX), faixa etária (FET), raça/cor (RCO), demanda (DEM), estado civil (ECI), escolaridade (ESC), trabalha (TRA), estuda (EST), beneficiado (BEN), relações familiares (RFA), antecedentes familiares (AFA), situação de rua (SRU), histórico de internação psiquiátrica (INT), envolvimento com a justiça (EJU), drogas de abuso [(álcool (ALC), tabaco (TAB), maconha (MAC), crack (CRA), inalantes (INA), cocaína (COC), medicamentos (MED), ecstasy (ECS), heroína (HER) e ópio (OPI)], número de drogas de abuso (NDR) e Abandono (ABA).

Consideramos como variável dependente/resposta (y) o abandono (dicotômica) do tratamento para dependência química, as outras 26 variáveis independentes (x_i) foram consideradas para explicar a variável resposta y . Todas as variáveis foram categorizadas conforme suas características:

a) Variável dependente y – a variável abandono, por sua característica binária foi codificada de forma a admitir os valores 0 ou 1, em que o 1 é quando o abandono ocorreu e o 0, quando este não ocorreu;

b) Variáveis independentes x_i ;

✓ Às variáveis binárias qualitativas foram atribuídos os valores 1 e 2: sexo (masculino = 1 e feminino = 2), demanda (referenciada = 1 e espontânea = 2);

✓ As variáveis qualitativas com mais de dois níveis foram codificadas de 1 a n : faixa etária (18-20 anos = 1, 21-30 anos = 2, 31-40 anos = 3, 41-50 anos = 4, 51-60 anos = 5, mais de 60 anos = 6), modalidade (intensiva = 1, semi-intensiva = 2 e não intensiva = 3), raça/cor (branca = 1, parda = 2, negra = 3, amarela = 4 e indígena = 5), estado civil (solteiro = 1, casado ou união estável = 2, divorciado ou separado = 3, viúvo = 4), escolaridade (analfabeto ou fundamental incompleto = 1, fundamental completo ou médio incompleto = 2, médio completo ou superior incompleto = 3, superior completo ou pós-graduado = 4), relações familiares (rompidas = 1, ruim = 2, boa = 3 e ótima = 4);

✓ Para as variáveis cujas respostas fossem sim ou não, atribuiu-se os códigos 1 para sim e 0 para não – trabalha, estuda, beneficiado, antecedentes familiares, situação de rua, internação psiquiátrica, envolvimento com a justiça, drogas de abuso (álcool, tabaco, maconha, crack, inalantes, cocaína, medicamentos, ecstase, heroína e ópio);

✓ Em relação à variável quantitativa número de drogas de abuso, está assumiu seus valores reais (01-10 drogas).

Feita as adequações no banco de dados, as planilhas foram salvas em arquivos de extensão do tipo Texto – separado por tabulações – e transportadas para um programa de análise estatística, o *R*, versão 2.15.3, um *software* livre, utilizado em análises estatísticas, onde procedeu-se à análise de regressão logística, tendo em vista a característica da variável resposta y .

A análise de regressão logística foi empregada para averiguar as variáveis relacionadas ao abandono do tratamento para dependência química entre os usuários acompanhados pelo CAPSad III David Capistrano de João Pessoa.

Para tanto, conforme aconselha os estatísticos, foi feita uma pré-seleção das variáveis explicativas, em que pela regressão logística simples, foi verificada a associação entre a variável resposta e cada uma das variáveis explicativas, considerando $\alpha = 20\%$. Como justificativa para isso, Hosmer e Lemeshow (2000) trazem que quando adota-se o nível mais tradicional (5%) incorre-se ao risco de falhar na identificação de variáveis sabidamente importantes para explicar um determinado fenômeno. A alternativa é ajustar modelos univariados a um nível de significância maior, pois qualquer variável que, no modelo univariado, apresentar p -

valor $< 0,25$ está indicada para compor o modelo multivariado, juntamente com todas as outras variáveis de igual importância. Uma vez que as variáveis têm sido identificados, que começam com um modelo contendo todas as variáveis seleccionadas.

O objetivo foi testar individualmente a existência de relação significativa da variável testada com a variável de interesse. Uma a uma as variáveis independentes foram analisadas em relação à variável dependente, não sendo incluídas do modelo múltiplo aquelas variáveis cujos p-valores foram maior do que 0,20, afirmando a hipótese $H_0: \beta = 0$. As que apresentaram p-valor menor do que 0,20 foram seleccionadas para compor o MRL múltiplo.

Conjuntamente, todas as variáveis significativas (p-valor $< 0,20$) foram analisadas até o ajuste do modelo final. Para a seleção de variáveis, foi empregado o procedimento *backward* em que as variáveis não significativas são removidas uma a uma, a pelo critério do maior p-valor. Desta vez, foram consideradas significativas as variáveis cujos p-valores fossem menor do que 0,05, rejeitando-se a hipótese nula.

Durante o ajuste do modelo, chegou-se a um modelo adequado para um $\alpha = 10\%$. Sendo assim, o ajuste do modelo continuou até sua adequação ao $\alpha = 5\%$. Os dois foram analisados e testes foram aplicados para comparar e escolher o melhor modelo, entre os dois. A curva ROC foi traçada, bem como calculada a área sob a curva. Pelo Critério de Youden foi identificado o melhor ponto de corte e as medidas de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN de cada modelo.

Após a escolha do modelo final, calculou-se o OR para cada uma das variáveis significativas para explicar os fatores associados ao abandono do tratamento. Também foram feitos de associação utilizando o Qui-quadrado com n-p graus de liberdade, para comparar as proporções entre a frequência observada e a esperada para o abandono do tratamento, ao nível de significância de 5%.

Para avaliar o poder discriminatório do modelo, o Teste de Adequação Global aplicado foi o $\chi^2_{(n-p)}$, ao nível de significância de 5%, o qual foi comparado com a Função *Deviance*, considerando o modelo adequado quando $D < \chi^2_{(n-p)}$.

A Estatística Descritiva também foi empregada para caracterizar os usuários do CAPSad III, tendo em vista que ela possibilita reduzir os dados a proporções mais facilmente entendidas. Os dados foram apresentados em forma de Proporção,

Média, Desvio Padrão, Mediana e Moda e organizados em gráficos e tabelas que sumarizaram os resultados do estudo. Posteriormente os resultados foram discutidos e confrontados com a literatura pertinente à temática.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi desenvolvida atendendo às diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, dispostas na resolução nº 466/2012, publicada no Diário Oficial da União em 13 de Junho de 2013.

Tal resolução “incorpora, sob a óptica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012, p.1-2).

Essa pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba e a coleta de dados foi feita mediante autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram obtidos com base nas informações de 706 prontuários de usuários do CAPSad III David Capistrano de João Pessoa.

Para atender aos objetivos propostos, primeiramente foi feita uma Análise Descritiva dos dados para descrever o perfil sociodemográfico, econômico e clínico dos sujeitos. Posteriormente, foi utilizada a análise de Regressão Logística Simples para selecionar, entre as variáveis consideradas, as que poderiam contribuir significativamente para o abandono do tratamento para dependência de SPA.

Valendo-se da Regressão Logística Múltipla, foram determinadas as variáveis relevantes para explicar o abandono da terapêutica, no intuito de estabelecer um modelo de decisão de auxílio à tomada de decisão.

Por fim, foram feitos testes de associação de Qui-quadrado entre as variáveis independentes e a dependente.

4.1 PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

No âmbito da atenção à saúde mental, particularmente no que concerne à problemática do consumo abusivo de drogas, é relevante conhecer o perfil dos usuários para a partir dele, direcionar ações de promoção, prevenção e tratamento. Esta foi uma das propostas aprovadas na III CNSM, onde foi destacada a importância da realização, em cada município, de levantamentos epidemiológicos para conhecer o perfil dos usuários de álcool e outras drogas (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002).

Nessa perspectiva e visando atender aos objetivos do estudo, traçou-se o perfil dos usuários de drogas do município João Pessoa. A começar pela procedência, a maioria dos usuários, em ordem decrescente, são principalmente dos bairros Rangel (99) – localização do CAPSad, Cristo Redentor (87), Mangabeira (73), Valentina Figueiredo (49), Jaguaribe (48), Cruz das Armas (29) e Ernesto Geisel (23), conforme mostrado na Tabela 4.1.1.

Dos 60 usuários que estavam vivendo em situação de rua, em 23 casos não foi registrado o endereço de origem. Cerca de 39% (275) dos usuários eram provenientes de outros bairros de João Pessoa, variando de 01 a até 18 por bairro.

Tabela 4.1.1 – Procedência dos usuários do CAPSad, por bairro, em João Pessoa/PB

Bairro	n	%
Rangel	99	14,02
Cristo Redentor	87	12,32
Mangabeira	73	10,34
Valentina Figueiredo	49	6,94
Jaguaribe	48	6,80
Cruz das Armas	29	4,11
Ernesto Geisel	23	3,26
Outros 51 bairros	275	38,95
Não informado	23	3,26
Total	706	100,00

Fonte: SMS/João Pessoa/PB.

Legenda: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa.

A Tabela 4.1.2 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica dos usuários, no que se refere às variáveis sexo, raça/cor, estado civil e escolaridade.

Em relação ao sexo, a ocorrência do consumo abusivo de drogas foi significativamente mais prevalente nos usuários do sexo masculino. Entre os usuários em acompanhamento no serviço, 612 (86,68%) eram do sexo masculino e apenas 94 (13,31%) eram do sexo feminino (p -valor $<0,00001$; IC(95%) = [0,6968; 0,7706]).

A idade dos usuários variou entre 18 e 80 anos (média = 36,88; Desvio Padrão = 12,38; Mediana = 35; Moda = 30). O maior número de usuários foi observado na faixa etária dos 21 aos 30 anos de idade (219), correspondendo a uma proporção de 31,03% da amostra total.

De acordo com o Gráfico 1, o número de usuários se concentra na faixa etária dos 21 aos 40 anos e declina no sentido das maiores idades, fato que pode estar relacionado à alta vulnerabilidade de pessoas mais jovens ao uso/abuso de SPA.

Tabela 4.1.2 – Distribuição dos usuários do CAPSad, segundo sexo, raça/cor, estado civil e escolaridade dos usuários, em João Pessoa/PB

	Variáveis	n	%	p-valor	χ^2
Sexo	Feminino	94	13,31	<0,00001	757,1926
	Masculino	612	86,69		
Raça / Cor	Branca	136	19,26	<0,00001	1272,192
	Parda	467	66,15		
	Negra	80	11,33		
	Amarela	20	2,83		
	Indígena	03	0,43		
Estado Civil	Solteiro	452	64,02	<0,00001	1567,166
	Casado	175	24,79		
	União Estável	10	1,42		
	Divorciado	26	3,68		
	Separado	29	4,11		
	Viúvo	14	1,98		
Escolaridade	Analfabeto	29	4,11	<0,00001	757,1926
	Fundamental Incompleto	89	12,61		
	Fundamental Completo	401	56,80		
	Médio Incompleto	104	14,73		
	Médio Completo	51	7,22		
	Superior Incompleto	12	1,69		
	Superior Completo	18	2,55		
	Pós-Graduação	02	0,28		

Fonte: CAPS ad III David Capistrano, João Pessoa/PB, 2013.

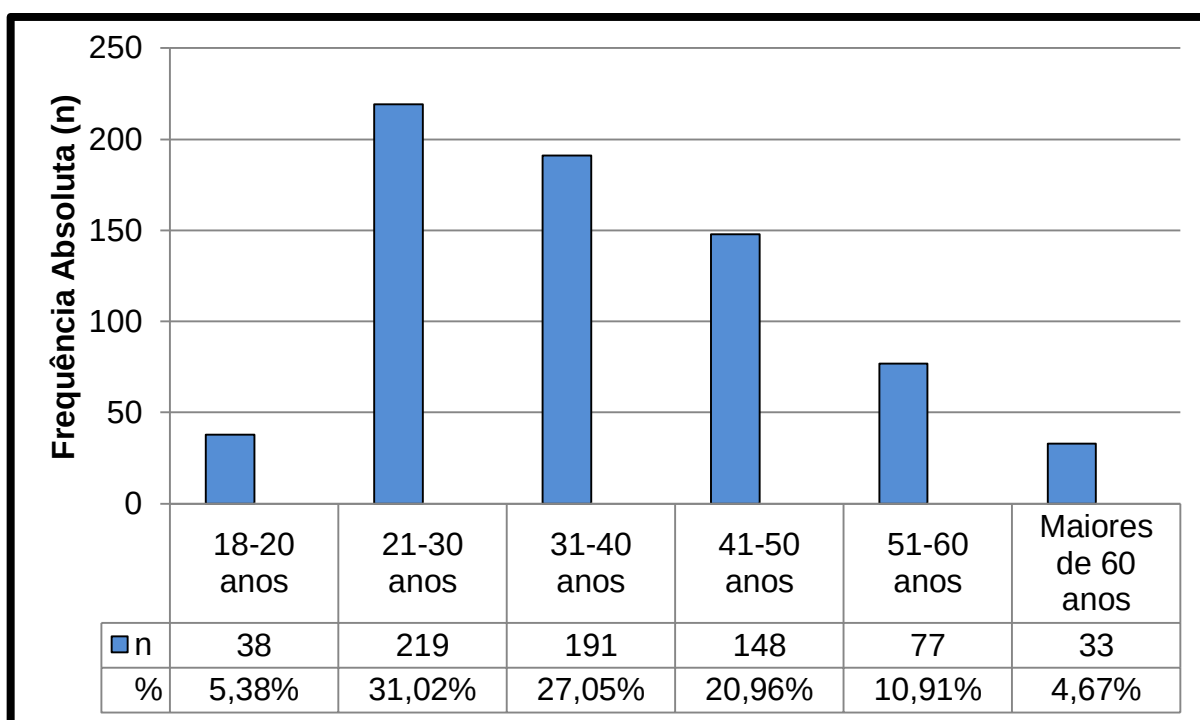
Legenda: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa; p-valor ($\alpha = 5\%$); χ^2 – Qui-quadrado.

Dentre os usuários com mais de 60 anos havia 04 com mais de 70 anos de idade e um com 80 anos de idade. A média de idade dos homens foi de 36,84 anos (DP = 12,59; Mediana = 35, Moda = 23). A média de idade das mulheres foi de 37,18 anos (DP = 11,52; Mediana = 34,50; Moda = 31).

Ao teste para comparação de proporções verificou-se que, pelo menos uma das proporções é estatisticamente diferente ($p\text{-valor} < 2,2e-16$; $X = 323,6465$).

Sobre à raça/cor, foi verificada uma maior porcentagem de usuários pardos, o que correspondeu a mais da metade da amostra (66,15%). A cor/raça branca foi mencionada em 136 casos (19,26%), sendo a segunda cor/raça mais frequente. Ainda foram referidas as raças negra (11,33%) e amarela (2,83%) e dentre os usuários apenas 03 (0,43%) declararam ser indígenas.

Gráfico 1 - Distribuição dos usuários do CAPSad, por faixa etária, em João Pessoa/PB



Fonte: CAPSad III David Capistrano, João Pessoa, 2013.

No que tange ao estado civil, foi mais frequente os usuários solteiros (452), cuja proporção correspondeu a 64,02% dos indivíduos. Os casados apresentaram a segunda maior frequência (24,79%) e os viúvos a menor (1,98%). Os usuários divorciados e separados apresentaram proporções próximas, 3,68% (26) e 4,11% (29), respectivamente.

Para a variável escolaridade, dos 706 usuários incluídos no estudo, 29 (4,11%) declaram não ter nenhum nível de instrução, ou seja, são analfabetos. A maioria havia completado o ensino fundamental, 401 (56,80%), e apenas dois (0,28%) usuários eram pós-graduados, correspondendo à menor frequência em relação aos demais níveis de escolaridade. Havia 51 (7,22%) usuários com ensino médio completo e 104 (14,73%) que não o completaram. Dezoito (2,55%) possuíam nível superior completo e doze (1,69%) iniciaram não completando o nível. Do total de usuários, 20 (2,83%) deles ainda continuavam estudando o ensino fundamental (05), médio (06) e superior (09).

Dentre as variáveis analisadas na Tabela 4.1.2, o p-valor foi significativo (p-valor < 0,05), afirmando que dentre as categorias, pelo menos umas delas tem uma proporção estatisticamente significativa em relação às demais.

Tabela 4.1.3 – Relações Familiares dos usuários do CAPSad, em João Pessoa/PB

Relação Familiar	n	%	p-valor	χ^2
Rompida	102	14,45	<0,00001	323,6465
Ruim	292	41,36		
Boa	306	43,34		
Ótima	06	00,85		
Total	706	100,00		

Fonte: CAPSad III David Capistrano, João Pessoa/PB, 2013.

Legenda: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa; p-valor ($\alpha = 5\%$); χ^2 – Qui-quadrado.

Dando continuidade, verificou-se a respeito das relações dos indivíduos com a família. De acordo com a Tabela 4.1.3, verifica-se que foram registradas oito categorias de relação familiar, mas optamos por agregar as similares. Às categorias relação familiar Mantida, Conflituosa, Não Boa e Ruim, convencionou-se agregar a somente uma categoria, denominada Ruim. As categorias Muito Boa e Ótima foram

agregadas apenas à categoria relação familiar Ótima. A categoria relação familiar Rompida diz respeito aos usuários que romperam qualquer tipo de relação com a família.

A maior parte dos usuários (306) afirmou ter uma Boa relação com a família (43,34%), porém em proporção bem próxima (41,36%), outros (292) confirmam que a relação familiar era Ruim. Apenas em 02 (0,85%) casos a relação familiar foi classificada como Ótima. Aproximadamente 14,44% (102) não se relacionavam mais com a família. Destes, 52,94% (54) estavam vivendo em situação de rua e os demais habitavam sozinhos, sem manter qualquer contato com os membros da família.

Sobre os usuários em situação de rua, estes foram em número de 60 (Tabela 4.1.4), dos quais, 54 (90,00%) não se relacionavam com a família e os outros 06, apesar da condição, mantinham uma relação do tipo boa (02) ou ruim (04).

Tabela 4.1.4 – Distribuição dos usuários do CAPSad, segundo as variáveis situação de rua, trabalha, estuda, benefício e envolvimento com a justiça, em João Pessoa/PB

Variáveis		n	%	p-valor	χ^2	IC(95%)
Situação de Rua	Sim	60	8,49	<0,00001	969,4759	[0,7995; 0,8605]
	Não	646	91,51			
Trabalha	Sim	312	44,19	0,00001	18,5864	[0,0629; 0,1694]
	Não	394	55,81			
Estuda	Sim	20	2,83	<0,00001	1249,00	[0,9229; 0,9608]
	Não	686	97,17			
Benefício	Sim	35	4,96	<0,00001	1142,281	[0,1883; 0,6687]
	Não	671	95,04			
Envolvimento com a Justiça	Sim	167	23,65	<0,00001	389,9178	[0,4811; 0,5726]
	Não	539	76,35			

Fonte: CAPS ad III David Capistrano, João Pessoa/PB, 2013.

Legenda: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa; p-valor ($\alpha = 5\%$); χ^2 – Qui-quadrado; IC – Intervalo de Confiança para a proporção.

Na Tabela 4.1.4 também são apresentadas outras variáveis sociodemográficas e econômicas. Quando analisou-se a questão da trabalho/ocupação e renda, verificou-se que 394 (55,81%) dos usuários do serviço não estavam trabalhando, seja por estar desempregado (340) ou por estar apenas estudando (19). Um dos estudantes também trabalhava. Outros 35 não estavam trabalhando, porém tinham renda proveniente de algum benefício social (35).

Os 312 (44,19%) usuários estavam trabalhando principalmente como autônomo (18), auxiliar de serviços gerais (17), pedreiro (17), servente de pedreiro (16) e funcionários públicos (09). Os demais estavam distribuídos em outras 58 funções, variando de 01 a até 08 o número de usuários por função.

Tabela 4.1.5 – Distribuição dos usuários do CAPSad, segundo as variáveis internação, modalidade, antecedentes familiares e demanda dos usuários do CAPSad, em João Pessoa/PB

Variáveis Clínicas		n	%	p-valor	χ^2
Internação	Sim	299	42,35	<0,00001 IC(95%) = [0,1000; 0,2059]	32,4334
	Não	407	57,65		
Modalidade	Não Intensiva	105	14,87	<0,00001	169,449
	Semi-intensiva	324	45,89		
	Intensiva	277	39,24		
Antecedentes	Sim	273	38,67	<0,00001 IC(95%) = [0,1744; 0,2788]	71,617
Familiares	Não	433	61,33		
Demanda	Espontânea	387	54,82	0,0004 IC(95%) = [-0,1496; -0,0429]	12,7167
	Referenciada	319	45,18		

Fonte: CAPS ad III David Capistrano, João Pessoa/PB, 2013.

Legenda: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa; p-valor ($\alpha = 5\%$); χ^2 – Qui-quadrado; IC – Intervalo de Confiança para a proporção.

Entre os indivíduos que recebiam algum tipo de benefício social, 27 eram aposentados, 02 recebiam benefício do Programa Bolsa Família, 04 eram encostados e 02 eram pensionistas. Da amostra total, 167 (23,65%) indivíduos tiveram algum envolvimento com a justiça, cujos motivos foram o tráfico de drogas,

tráfico de armas, furto, roubo, assalto, brigas, desordem, pensão alimentícia, lesão corporal, agressão, homicídio e tentativa de homicídio, desacato, sequestro e entre outros delitos não especificados (Tabela 4.1.4).

Para as variáveis dicotômicas situação de rua, trabalha, estudante, recebe benefício e envolvimento com a justiça apresentadas na Tabela 4.1.4, verificou-se que há uma diferença estatística significativa entre as proporções de cada evento (p -valor $< 0,05$), também confirmada pelo intervalo de confiança (95%).

Para a caracterização dos usuários do CAPSad também levou-se em questão as variáveis clínicas, dentre as quais incluiu-se: a internação, a modalidade de acompanhamento, os antecedentes familiares em relação ao uso de drogas e a demanda (Tabela 4.1.5).

Aproximadamente 42,35% (299) dos usuários do CAPSad passaram por um processo de internação psiquiátrica na tentativa de reabilitação. Tal proporção foi estatisticamente significativa (p -valor = $1,33e-08$; $\chi^2 = 32,4334$) em relação à proporção de usuários que nunca haviam sido internados.

Verifica-se que, no que concerne à modalidade de acompanhamento, 324 (45,89%) usuários foram indicados para a modalidade Semi-intensiva, 277 (39,24%) para a Intensiva e, em menor proporção, 105 (14,87%) se enquadraram na modalidade Não Intensiva de tratamento. Comparando o p -valor com o α , confirma-se que, pelo uma das proporções se diverge das demais sendo, portanto, a diferença estatisticamente significativa (p -valor = 0,0004).

Ao analisar a questão dos Antecedentes Familiares, em relação ao consumo de drogas, 273 (38,67%) informaram ter algum ascendente usuário de SPA, sendo que 259 referiram os avôs, avós, mãe e pai. Os demais (14) não especificaram o parentesco. Dos usuários (433) que afirmaram não ter antecedentes de uso de drogas, 203 (46,88%) revelaram que pelo menos um (variando até três) dos entes (tios, sobrinhos, filhos, irmãos) faz uso de alguma SPA, 40 (9,24%) informaram que havia algum parente com transtorno mental não associado ao uso de drogas entre os membros da família e 190 usuários negaram qualquer tipo de relação com droga ou a ocorrência de transtorno mental por parte dos familiares.

Retomando ainda à Tabela 4.1.5, tem-se que a maior parte (54,81%) dos usuários do CAPSad adentraram ao serviço por demanda espontânea (p -valor = 0,004; $\chi^2 = 12,7167$), ou seja, por iniciativa própria ou indicados por algum amigo, colega de trabalho, familiares, dentre outros.

Tabela 4.1.6 – Distribuição dos serviços responsáveis pelos encaminhamentos dos usuários ao CAPSad, em João Pessoa/PB

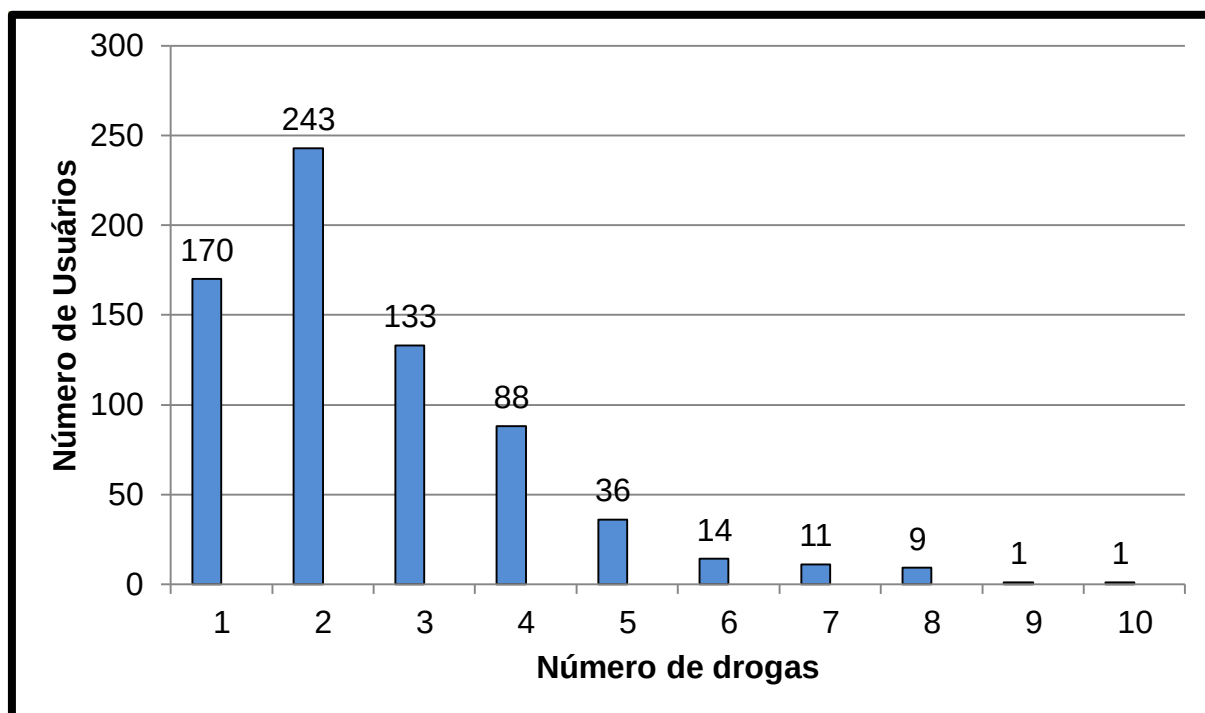
Serviços		n	%
Social	Casa da Acolhida	22	6,90
	Centro de Referência de Assistência Social /	04	1,25
	Centro Especializado de Assistência Social		
	Centro POP	03	0,94
	Conselho Tutelar	03	0,94
Saúde	Pronto Atendimento de Saúde Mental	117	36,68
	Hospitais Psiquiátricos	49	15,36
	Equipes de Consultórios na Rua	43	13,48
	Unidades de Saúde da Família	36	11,29
	Centros de Atenção Psicossocial	20	6,27
	Centro de Referência em Dependência Química	07	2,19
	Centro de Atenção Integral à Saúde	04	1,25
	Clínicas Privadas	03	0,94
	Hospitais Gerais	02	0,63
	Secretaria Municipal de Saúde	01	0,31
	Centro de Testagem e Aconselhamento	01	0,31
	Distrito Sanitário II	01	0,31
Educação	Escola	01	0,31
Segurança	Polícia Militar	01	0,31
Instância Máxima	Casa Civil do Governador	01	0,31
Total		319	100,00

Fonte: CAPS ad III David Capistrano, João Pessoa/PB, 2013.

Conforme mostra a Tabela 4.1.6, dos usuários referenciados ao CAPSad (319), estes foram encaminhados principalmente pelos serviços de saúde (284; 89,03%), dentre os quais se sobressai o Pronto Atendimento de Saúde Mental (PASM) (117), seguido dos Hospitais Psiquiátricos – Casa de Saúde São Pedro (CSSP), Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM) e Instituto de Psiquiatria da Paraíba (IPP). Os Consultórios na Rua também se destacaram quantitativamente, já que cerca de 13,48% (43) dos usuários chegaram ao CAPSad trazidos pelas ECR. As Unidades de Saúde da Família encaminharam aproximadamente 11,28% (36) dos 319 usuários referenciados.

O papel da referência não foi restrito à apenas os serviços diretamente relacionados à saúde. Serviços sociais como Centro de Referência de Assistência Social / Centro Especializado de Assistência Social, Centro POP, Conselho Tutelar e Casa da Acolhida também contribuíram no encaminhamento de 10,03% dos usuários ao CAPSad. Alguns usuários também foram encaminhados pela Polícia Militar, Escola e por uma instância maior, a Casa Civil do Governador.

Gráfico 2 – Número de usuários do CAPSad *versus* Número de drogas consumidas, em João Pessoa/PB



Fonte: CAPSad III David Capistrano, João Pessoa/PB, 2013.

Outra variável de importância clínica estudada foi o tipo de droga de abuso consumida pelos usuários do serviço. Em termos gerais, no CAPSad de João Pessoa, variou de um até dez o número de drogas consumidas pelos usuários. Dentre as drogas foram citadas: álcool, tabaco, crack, maconha, cocaína, medicamentos (Rohypnol – BZD; Artane – Anticolinérgico), inalantes (51 usavam cola), ecstasy, heroína e ópio, utilizadas de forma isolada e, principalmente, em várias combinações, caracterizando o consumidor como um poliusuário. Ressalta-se que, foi observado em prontuários excluídos da amostra que alguns dos indivíduos também consumiam a papoula e mescalina.

O consumo de álcool foi referido por 561 usuários (79,46%), os quais o consumiam isoladamente (141) ou em associação com duas ou mais drogas (420). O Gráfico 2 apresenta o número de usuários do CAPSad *versus* o número de drogas consumidas por eles.

Tabela 4.1.7 – Distribuição dos usuários do CAPSad, por droga consumida, segundo as variáveis sexo, faixa etária e estado civil, em João Pessoa/PB

Droga	n	Sexo		Faixa Etária						Estado Civil			
		1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4
Álcool	561	494	67	21	137	161	133	76	33	346	151	50	14
Tabaco	422	356	66	26	142	109	74	49	22	280	103	33	06
Crack	358	291	67	29	170	105	46	07	01	263	77	17	01
Maconha	273	232	41	31	135	67	31	08	01	201	161	10	01
Cocaína	86	78	08	12	38	22	11	03	-	59	20	06	01
Inalantes	69	53	16	10	33	18	07	01	-	52	13	03	01
Medicamento	40	31	09	03	15	14	06	02	-	28	07	04	01

Fonte: CAPS ad III David Capistrano, João Pessoa/PB, 2013.

Legenda: n – frequência absoluta; Sexo (1 – Feminino; 2 – Masculino); Faixa Etária (1 – 18-20 anos; 2 - 21-30 anos; 3 - 31-40 anos; 4 - 41-50 anos; 5 - 51-60 anos; 6 – Mais de 60 anos); Estado Civil (1 – Solteiro; 2 – Casado ou União Estável; 3 – Divorciado ou Separado, 4 – Viúvo).

Verificou-se que a maioria (34,42%) consome duas drogas, sendo a principal combinação álcool e tabaco (147), seguida por tabaco e crack (26). Dos que fazem

uso de apenas uma droga, 140 consomem apenas álcool, 23 apenas crack e 06 apenas maconha. Havia apenas dois usuários de ecstasy e estes também consumiam álcool, tabaco, maconha, crack, cocaína e medicamentos.

Quinhentos e sessenta e um (561) indivíduos consumiam álcool, 422 tabaco, 358 crack, 273 maconha, 86 cocaína, 69 inalantes, 40 medicamentos e 02 ecstasy. Um único usuário consumia heroína e ópio, associado às demais drogas, exceto ecstasy. Destaca-se que estes dados não se dizem respeito ao uso isolado de cada droga, tendo em vista a variedade de combinações entre as dez drogas consumidas.

O perfil sociodemográfico, econômico e clínico dos usuários dos CAPSad, de acordo com cada tipo de droga consumida, está resumido nas Tabelas 4.1.7, 4.1.8, 4.1.9, 4.1.10 e 4.1.11.

Na Tabela 4.1.7 são apresentadas as frequências absolutas para as variáveis: Sexo, Faixa Etária e Estado Civil, com maior prevalência do sexo masculino, idade de 21 a 40 anos e solteiros. Nenhum dos usuários de cocaína, inalantes e medicamentos tinha idade maior do que 60 anos, ou seja, nenhum deles era idoso.

Tabela 4.1.8 – Distribuição dos usuários do CAPSad, por droga consumida, segundo as variáveis situação de rua, raça/cor, escolaridade, em João Pessoa/PB

Droga	n	S. Rua		Raça/Cor					Escolaridade			
		0	1	1	2	3	4	5	1	2	3	4
Álcool	561	510	51	115	358	68	18	02	348	109	92	12
Tabaco	422	377	45	81	275	52	12	02	254	87	74	07
Crack	358	318	40	65	247	37	08	01	214	73	67	04
Maconha	273	245	28	57	180	28	08	-	158	55	55	05
Cocaína	86	78	08	29	50	06	01	-	39	14	30	03
Inalantes	69	54	15	11	50	06	02	-	42	10	17	-
Medicamento	40	32	08	10	23	06	01	-	20	07	13	-

Fonte: CAPS ad III David Capistrano, João Pessoa/PB, 2013.

Legenda: n – frequência absoluta; S. Rua – Situação de Rua (0 – Não; 1 – Sim); Raça/Cor (1 – Branca; 2 – Parda; 3 – Negra; 4 – Amarela; 5 – Indígena); E – Escolaridade (1 – Analfabeto ou Fundamental Incompleto; 2 – Fundamental Completo e Médio Incompleto; 3 – Médio Completo e Superior Incompleto; 4 – Superior Completo e Pós-graduado).

Na Tabela 4.1.8 são apresentadas as variáveis Situação de Rua, Raça/Cor e Escolaridade, destacando-se a maior frequência da raça parda (2) e da escolaridade 1, a qual corresponde aos analfabetos ou com ensino fundamental incompleto. Também observa-se que entre os usuários de maconha, inalantes, cocaína e medicamentos, nenhum era indígena, bem como entre os usuários de inalantes e medicamentos nenhum deles haviam completado o ensino superior.

Dando continuidade, na Tabela 4.1.9 são apresentadas as variáveis sociodemográficas e econômicas: Trabalha, Estuda, Benefício e tipo de Relação Familiar, conforme cada tipo de droga de consumo. Nesta, observa-se que a maioria dos usuários não trabalha, não estuda, não tem benefício e tem uma relação familiar boa.

Tabela 4.1.9 – Distribuição dos usuários do CAPSad, por droga consumida, segundo as variáveis trabalha, estuda, benefício e relação familiar, em João Pessoa/PB

Drogas	n	Trabalha		Estuda		Benefício		Relação Familiar			
		0	1	0	1	0	1	1	2	3	4
Álcool	561	308	253	550	11	528	33	84	236	236	05
Tabaco	422	250	172	412	10	402	20	68	167	182	05
Crack	358	220	138	347	11	348	10	65	148	142	03
Maconha	273	162	111	258	15	267	06	45	111	114	03
Cocaína	86	48	38	81	05	83	03	16	35	34	01
Inalantes	69	51	18	64	05	66	03	21	24	23	01
Medicamento	40	26	14	38	02	38	02	11	15	13	01

Fonte: CAPS ad III David Capistrano, João Pessoa/PB, 2013.

Legenda: n – frequência absoluta; Trabalha (0 – Não; 1 – Sim); Estuda (0 – Não; 1 – Sim); Benefício (0 – Não; 1 – Sim); Relação Familiar (1 – Rompida; 2 – Ruim, 3 – Boa; 4 – Ótima).

Na Tabela 4.1.10 são apresentadas as variáveis: Envolvimento com a Justiça, Internação, Antecedentes Familiares e Demanda, de acordo com cada uma das drogas consumidas. Entre os usuários, foi menos frequente a ocorrência de

envolvimento com a justiça, a internação psiquiátrica e os antecedentes familiares. Independente do tipo de droga consumida, prevaleceu a demanda espontânea.

Tabela 4.1.10 – Distribuição dos usuários do CAPSad, por droga consumida, segundo as variáveis envolvimento com a justiça, internação, antecedentes familiares e demanda, em João Pessoa/PB

Drogas	n	Env. Just.		Internação		Ant. Famil.		Demanda	
		0	1	0	1	0	1	1	2
Álcool	561	439	122	537	24	320	241	273	288
Tabaco	422	314	108	247	175	267	155	171	251
Crack	358	241	117	221	137	240	118	142	216
Maconha	273	180	93	158	115	181	92	112	161
Cocaína	86	61	25	41	45	51	35	41	45
Inalantes	69	38	31	39	30	42	27	24	45
Medicamento	40	23	17	24	16	28	12	16	24

Fonte: CAPS ad III David Capistrano, João Pessoa/PB, 2013.

Legenda: n – frequência absoluta; Env. Just. – Envolvimento com a Justiça Trabalha (0 – Não; 1 – Sim); Internação (0 – Não; 1 – Sim); Ant. Famil. – Antecedentes Familiares (0 – Não; 1 – Sim); Demanda (1 – Referenciada; 2 – Espontânea).

A Modalidade de Tratamento e o Tempo de Consumo de cada droga, em anos (média, desvio padrão, mediana e moda), são mostrados na Tabela 4.1.11. nesta, observa-se que a maior média de tempo de consumo foi verificada entre os usuários de álcool (20,31 anos), seguida dos consumidores de tabaco (18,32 anos).

De acordo com as tabelas, observa-se que, independente da droga consumida, o perfil dos usuários se assemelham. Verifica-se que as variáveis mais prevalentes foram: sexo masculino, faixa etária entre 21 e 30 anos (exceto entre os usuários de álcool, cuja maior frequência foi verificada entre os usuários com 31 a 40 anos de idade), raça parda, estado civil solteiro e baixa escolaridade; não morador de rua, sem trabalho, não estuda, sem benefício, sem envolvimento com a justiça e relação familiar boa (exceto entre os usuários de crack, cocaína, inalantes e medicamentos, cuja categoria ruim foi mais frequente).

Tabela 4.1.11 – Distribuição dos usuários do CAPSad, segundo as variáveis modalidade de tratamento e tempo de consumo de cada droga, em João Pessoa/PB

Drogas	n	Modalidade			Tempo de Consumo			
		I	SI	NI	M	DP	MED	MOD
Álcool	561	213	258	90	20,31	11,82	19,00	20
Tabaco	422	177	187	58	18,32	12,67	15,00	10
Crack	358	161	162	35	6,81	5,09	6,00	05
Maconha	273	124	116	33	11,62	8,46	10,00	10
Cocaína	86	49	26	11	7,37	7,73	5,00	02
Inalantes	69	40	23	06	9,82	8,43	8,00	02
Medicamento	40	17	20	03	10,25	9,76	7,50	01

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: n – frequência absoluta; Modalidade (I – Intensiva; SI – Semi-intensiva; NI – Não Intensiva); Tempo de Uso em anos (M – Média; DP – Desvio Padrão; MED – Mediana; MOD – Moda).

Tendo em vista o pequeno número de consumidores de ecstasy (02), heroína (01) e ópio (01), não foi apresentado o perfil desses usuários. Dos dois usuários de ecstasy, 01 o consumia há 01 ano e outro há 03 meses. E o único usuário de heroína e ópio, fazia consumo dessas substâncias há 14 anos.

4.2 SELEÇÃO DE VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO ABANDONO DO TRATAMENTO

Na análise estatística usando modelos de regressão múltipla, em meio ao conjunto de variáveis respostas consideradas, é recomendado determinar um subconjunto de variáveis independentes que possam explicar melhor a ocorrência da variável resposta. Isso implica afirmar que, das variáveis explicativas disponíveis, é importante identificar um subconjunto de variáveis significativas para o modelo, com base em algum critério previamente determinado.

Tabela 4.2.1 – Variáveis selecionadas para compor o modelo de regressão múltipla ($\alpha = 20\%$)

n	Variáveis		β	DP	z	p-valor
1	Consumo de Álcool		-0,5749	0,1995	-2,882	0,0039
2	Envolvimento com a Justiça		02941	0,1839	1,600	0,1097
3	Demanda		0,2208	0,1539	1,434	0,1515
4	Modalidade Não Intensiva		-0,3338	0,2125	-1,571	0,1160
5	Estado	Solteiro	-0,3334	0,1760	-1,894	0,0582
	Civil	Divorciado/Separado	-0,6269	0,2866	-2,188	0,0287
6	Estudar		0,7391	0,5222	1,415	0,1570
7	Internação		-0,3468	0,1550	-2,238	0,0252
8	02 Tipos de drogas de consumo		0,2217	0,1712	1,295	0,1954
	03 Tipos de drogas de consumo		0,7462	0,2215	3,369	0,00075
9	Faixa Etária	21 a 30 anos	0,5321	0,2204	2,414	0,0158
		31 a 40 anos	0,3028	0,2236	1,355	0,1756
		41 a 50 anos	-0,4889	0,2342	-2,087	0,0369
10	Benefício		-1,3617	0,3824	-3,824	0,0004
11	Consumo de Crack		0,6283	0,1552	4,048	5,17e-05
12	Relação Familiar Boa		0,2980	0,1557	1,914	0,0556

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: n – número de variáveis; β – estimativas; DP – Desvio Padrão; p-valor ($\alpha = 20\%$).

Agresti (2007) justifica que o processo de ajuste de um modelo torna-se mais difícil quando há um grande número de variáveis explicativas e que o modelo deve ser complexo o suficiente para ajustar os dados, mas os modelos mais simples são mais fáceis de interpretar. Nesse sentido, para identificar os fatores associados ao abandono do tratamento pelos usuários do CAPSad, por meio da análise de

regressão, o ponto de partida para o ajuste do modelo de regressão foi a pré-seleção das variáveis preditoras ou regressoras.

Assim sendo, considerando como critério o p-valor, por meio da regressão logística simples, cada uma das 26 variáveis independentes foram testadas em relação à variável dependente abandono, ao nível de significância (α) de 20%. As variáveis, cujo p-valor foi menor do que 0,20 foram selecionadas e incluídas no modelo múltiplo. As variáveis pré-selecionadas são apresentadas na Tabela 4.2.1.

Nos modelos de regressão univariada, das vinte e seis (26) variáveis resposta consideradas, doze (12) apresentaram p-valor menor do que 0,20. Das variáveis selecionadas, aquelas com mais de um nível categórico (modalidade, faixa etária, estado civil, relação familiar e número de drogas de abuso), cada nível foi excluído individualmente do modelo simples, tomando como referência o maior p-valor. Dentre estas, as variáveis que apresentaram pelo menos um dos níveis significativos foram adicionadas para compor o modelo múltiplo, que compôs-se das seguintes variáveis: consumo de álcool (ALC), envolvimento com a justiça (EJU), demanda (DEM), modalidade de acompanhamento (MOD), estado civil (ECI), estudar (EST), histórico de internação psiquiátrica (INTER), número de drogas de abuso (NDR), faixa etária (FET), ter algum tipo de benefício (BEN), consumo de crack (CRA) e relação familiar (RFA).

As variáveis sexo, raça/cor, escolaridade, trabalhar, situação de rua e as SPA de abuso tabaco, maconha, inalantes, cocaína, medicamentos, ecstase, heroína e ópio não apresentaram significância estatística (p-valor > 0,20) no teste simples e, portanto não foram incluídas no modelo múltiplo.

Da amostra total, 419 (59,35%) usuários do CAPSad abandonaram o tratamento no serviço, dos quais em 169 casos o abandono se deu logo após o primeiro atendimento, ou seja, os indivíduos compareceram apenas no dia do primeiro atendimento, não mais retornando para dar continuidade ao tratamento. Entre os que não abandonaram o tratamento, 252 ainda estavam sendo acompanhados pela equipe do serviço, 25 haviam sido transferidos para outros serviços, 07 foram a óbito e apenas 03 receberam alta (02 altas a pedido do próprio usuário e 01 alta administrativa).

4.3 MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO

Após a análise individual das variáveis, aquelas com significância estatística ($p\text{-valor} < 0,20$) conjuntamente formaram o primeiro modelo para dar início às etapas do ajuste do modelo logístico multivariado.

Quadro 2 – Ordem de exclusão das variáveis até o modelo final

Sequência dos Modelos Logísticos Ajustados												
M1	ALC	EJU	DEM	MOD	ECI	EST	INT	NDR	FET	BEN	CRA	RFA
M2		EJU	DEM	MOD	ECI	EST	INT	NDR	FET	BEN	CRA	RFA
M3			DEM	MOD	ECI	EST	INT	NDR	FET	BEN	CRA	RFA
Exclusão do Intercepto												
M4				MOD	ECI	EST	INT	NDR	FET	BEN	CRA	RFA
M5					ECI	EST	INT	NDR	FET	BEN	CRA	RFA
M6						EST	INT	NDR	FET	BEN	CRA	RFA
M7*							INT	NDR	FET	BEN	CRA	RFA
M8								NDR	FET	BEN	CRA	RFA
M9**									FET	BEN	CRA	RFA

Legenda: M – Modelo; ALC – Consumo de Álcool; EJU – Envolvimento com a Justiça; DEM – Demanda; MOD – Modalidade de acompanhamento; ECI – Estado Civil; EST – Estudar; INT – Internação Psiquiátrica; NDR – Número de drogas de consumo; FET – Faixa Etária; BEN – Benefício; CRA – Consumo de Crack; RFA – Relação Familiar. *Modelo Ajustado para $\alpha = 10\%$ ($p\text{-valor} < 0,10$); **Modelo Ajustado para $\alpha = 5\%$ ($p\text{-valor} < 0,05$).

No processo de análise múltipla, várias etapas foram seguidas até chegar ao modelo final. A cada rodada, uma variável ou nível categórico foi descartado, quando o $p\text{-valor}$ foi maior do que o nível de significância considerado. Para tanto, respeitou-se a ordem do maior para o menor $p\text{-valor}$ até aportar no ajuste do modelo final, apenas com as variáveis significativas para explicar a ocorrência do abandono do tratamento pelos usuários do CAPSad.

De acordo com o Quadro 2, a primeira variável a ser excluída foi consumo de álcool (p-valor = 0,7217), seguida por envolvimento com a justiça (p-valor = 0,6799) e demanda (p-valor = 0,6536), respectivamente. Posteriormente, foi necessário excluir o Intercepto (p-valor = 0,4044) e, a partir de então, passou-se a ajustar modelos sem intercepto.

Após a exclusão do intercepto foram descartadas, em ordem de prioridade do maior p-valor, as variáveis modalidade de acompanhamento (p-valor = 0,6812), estado civil (p-valor = 0,3073) e estudar (p-valor = 0,2320). Nesse ponto, chegamos a um modelo ajustado para $\alpha = 10\%$ (M7*), com 06 variáveis: internação psiquiátrica, número de drogas de consumo igual a 02 e 03, faixa etária dos 41 aos 50 anos, benefício, consumo de crack e relação familiar boa, resultando em 06 parâmetros. A esse modelo denominamos Modelo 2, cujos parâmetros são visualizados na Tabela 4.3.1.

Tabela 4.3.1 – Modelo de Regressão Logística ajustado para $\alpha = 10\%$ (Modelo 2)

n	Variáveis	β	DP	z	p-valor
1	Internação	-0,3018	0,1616	-1,867	0,0619
2	02 Tipos de drogas de consumo	0,3467	0,1827	1,897	0,0577
	03 Tipos de drogas de consumo	0,5067	0,2330	2,174	0,0297
3	Idade de 41 a 50 anos	-0,5740	0,2244	-2,558	0,0105
4	Benefício	-1,3027	0,3914	-3,328	0,0008
5	Consumo de Crack	0,4652	0,1763	2,639	0,0083
6	Relação Familiar Boa	0,3839	0,1632	2,353	0,0186

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: n – número de variáveis; β – estimativas; DP – Desvio Padrão; p-valor ($\alpha = 10\%$).

Mesmo com um modelo ajustado para $\alpha = 10\%$, foi dada continuidade até o ajuste de um modelo para $\alpha = 5\%$, como menos chances de cometer o erro tipo I, de rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira.

Para o ajuste do modelo, considerando $\alpha = 5\%$, a próxima variável excluída foi internação psiquiátrica (p-valor = 0,0619), seguida do nível 2 (p-valor = 0,0632) e

3 (0,0711) da variável número de drogas de abuso (exclusão total da variável), chegando ao modelo ajustado para $\alpha = 5\%$, com apenas 04 variáveis preditoras: faixa etária dos 41 aos 50 anos, ter benefício, consumo de crack e relação familiar boa, cujos parâmetros são apresentados na Tabela 4.3.2. Este modelo foi denominado Modelo 1.

Tabela 4.3.2 – Modelo de Regressão Logística ajustado para $\alpha = 5\%$ (Modelo 1)

n	Variáveis	β	DP	z	p-valor
1	Idade de 41 a 50 anos	-0,5245	0,1930	-2,718	0,0065
2	Benefício	-1,3324	0,3894	-3,422	0,0006
3	Consumo de Crack	0,5035	0,1625	3,098	0,0019
4	Relação Familiar Boa	0,3880	0,1620	2,395	0,0166

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: n – número de variáveis; β – estimativas; DP – Desvio Padrão; p-valor ($\alpha = 5\%$).

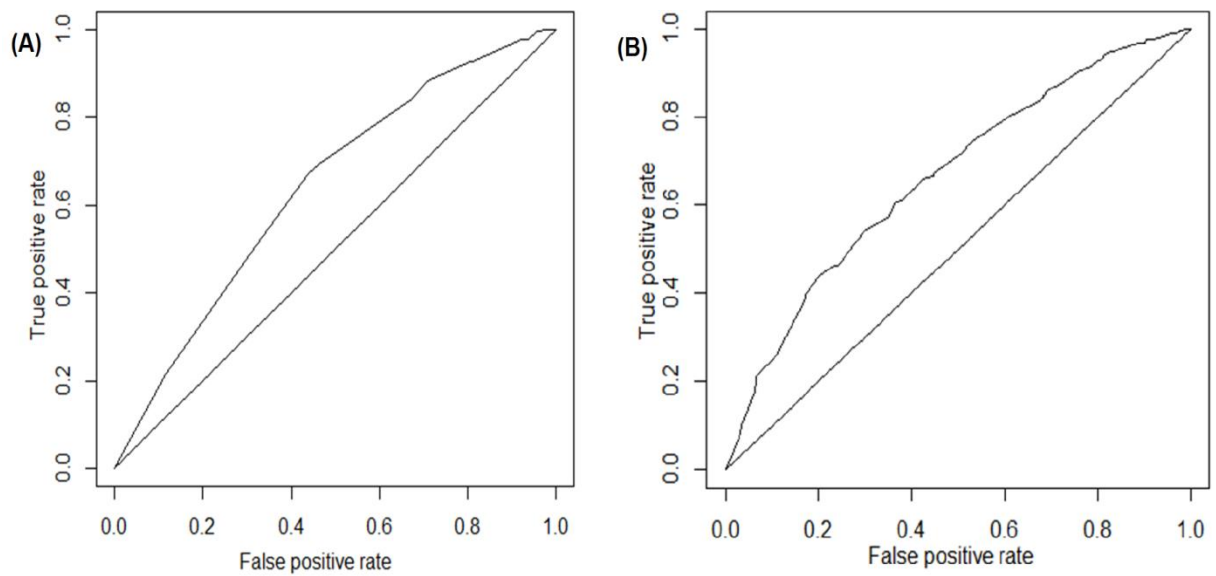
Tendo em vista os dois modelos ajustados (Modelo 2, $\alpha = 10\%$ e Modelo 1, $\alpha = 5\%$), foram aplicados testes e traçados gráficos para avaliar a qualidade de ambos e escolher o mais adequado para explicar o abandono do tratamento por parte dos usuários do CAPSad.

A Figura 4 apresenta as Curvas ROC para o Modelo 1; $\alpha = 5\%$ (A) e para o Modelo 2; $\alpha = 10\%$ (B). No eixo da ordenada Y são apresentadas as medidas de sensibilidade (True positive rate) e no eixo da abscissa X as medidas de especificidade (False positive rate) para cada ponto (X, Y) de corte.

A área sob a curva ROC do Modelo 1 foi de 64,07%, enquanto que a do Modelo 2 aumentou um pouco para 66,48%, sendo a maior área verificada no Modelo 2, o que leva a concluir que este modelo é melhor do que o 1, em relação a esse parâmetro.

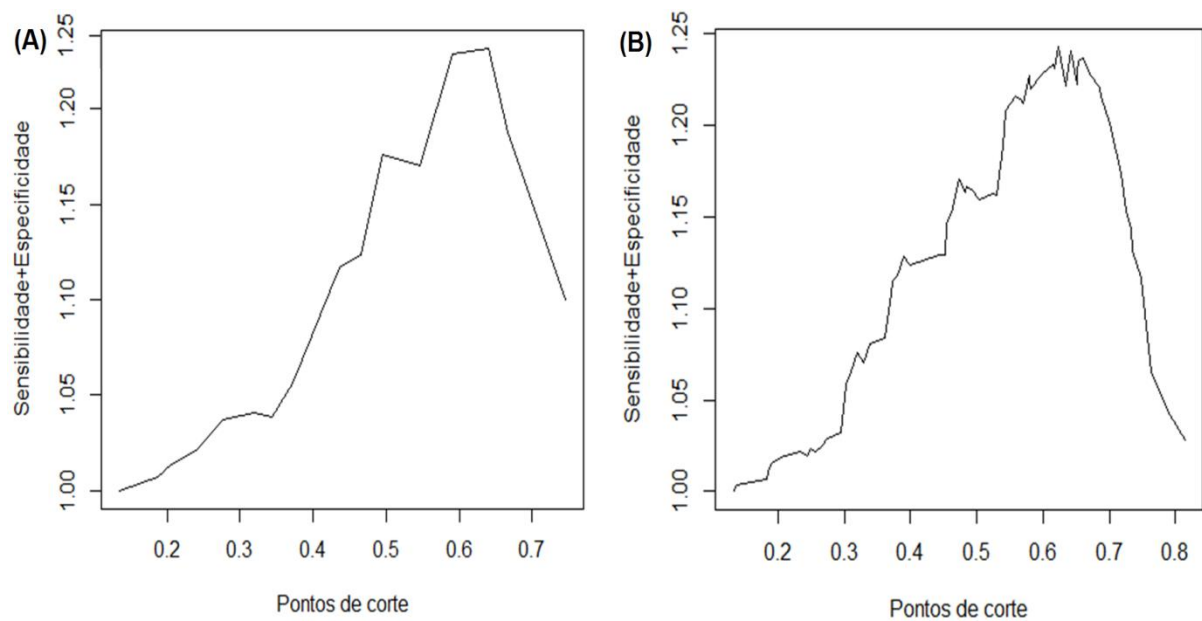
Segundo Medronho e colaboradores (2009), quanto mais próxima a curva estiver do canto superior esquerdo do gráfico, melhor será o poder discriminatório do teste, e quanto mais distante, pior será o poder de discriminação.

Figura 4 – Curva ROC para o Modelo 1 (A) e Modelo 2 (B)



Fonte: R console, versão 2.15.3.

Figura 5 – Gráficos dos pontos de corte, Critério de Youden, para o Modelo 1 (A) e Modelo 2 (B)



Fonte: R console, versão 2.15.3.

Considerando o Critério de Youden, foram identificados os pontos de cortes do Modelo 1 e Modelo 2, onde a soma da sensibilidade e especificidade é máxima. A apresentação gráfica de todos os pontos de corte é visualizada na Figura 5. O Modelo 1 apresentou o valor 0,6395 para o melhor ponto de corte, enquanto que, para o Modelo 2, esse valor correspondeu a 0,6237.

Seguindo o Critério de Youden, por meio das Matrizes de Confusão, os Modelos 1 e 2 foram comparados quanto a sensibilidade, especificidade, VPP e VPN, concluindo que o Modelo 2 apresenta melhores resultados (Tabela 4.3.3).

Tabela 4.3.3 – Matrizes de Confusão, pelo Critério de Youden, para os Modelos 1 (A) e 2 (B)

(A)				(B)			
		Abandono				Abandono	
		(+)	(-)			(+)	(-)
Modelo	(+)	213	92	Modelo	(+)	239	100
	(-)	206	195		(-)	180	187
Sensibilidade = 0,5083				Sensibilidade = 0,5704			
Especificidade = 0,6794				Especificidade = 0,6515			
Valor Preditivo Positivo = 0,6983				Valor Preditivo Positivo = 0,7050			
Valor Preditivo Negativo = 0,4862				Valor Preditivo Negativo = 0,5095			

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: (-) Ausente; (+) Presente.

Entende-se que, quanto melhor a sensibilidade e a especificidade, melhor o modelo, ou seja, um bom modelo deve ter um alto valor tanto para sensibilidade quanto para especificidade para identificar corretamente aqueles que abandonam o tratamento e aqueles que não o abandonam. A sensibilidade e a especificidade também guardam uma relação com o VPP e o VPN, de modo que quanto mais sensível melhor o VPN e quanto mais específico melhor o VPP.

Na Tabela 4.3.4 são apresentados resumidamente todos os parâmetros analisados para a comparação entre os dois modelos. O Modelo ajustado para $\alpha = 10\%$ apresentou melhor Desvio, já que a diferença entre o Desvio do Modelo Nulo

que contém apenas o intercepto (978,72) para o Modelo Ajustado foi maior no Modelo 2 (82,52) em relação ao Modelo 1 (72,21), pois quanto maior for esta diferença, melhor é o modelo. O Modelo 2 também apresentou o melhor AIC, já que quanto menor o AIC, melhor o modelo. A área sob a curva ROC, a sensibilidade, o VPP e o VPN foi melhor para o Modelo 2, haja vista apresentaram os maiores valores (Tabela 4.3.4).

Dos oito parâmetros utilizados para escolha do melhor modelo, o Modelo 1 teve apenas um favorável, a especificidade, cujo valor foi maior quando comparado com o do Modelo 1 (Tabela 4.3.4).

Tabela 4.3.4 – Parâmetros utilizados para comparar os Modelos 1 e 2

Parâmetros analisados	Modelo 1; $\alpha = 5\%$	Modelo 2; $\alpha = 10\%$
Desvio do Modelo Ajustado	906,51	896,20
AIC	916,51	912,20
Área sob a ROC	0,6407	0,6648
Sensibilidade	0,5083	0,5704
Especificidade	0,6794	0,6515
Valor Preditivo Positivo	0,6983	0,7050
Valor Preditivo Negativo	0,4862	0,5095

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: $\chi^2_{(n-p)}$ – Qui-quadrado com n – p graus de liberdade; AIC – Critério de Akaike.

Ainda que as diferenças entre os valores dos parâmetros analisados sejam pequenas, o Modelo 2 ($\alpha = 10\%$) foi considerado o mais adequado e, portanto, escolhido para explicar o abandono do tratamento por usuários do CAPSad. Assim sendo, o MRL para explicar o abandono do tratamento é definido pela equação matemática:

$$\pi_i = P(Y = 1) = \frac{\exp(-0,3018A + 0,3467B + 0,5067C - 0,5740D - 1,3027E + 0,4652F + 0,3839G)}{1 + \exp(-0,3018A + 0,3467B + 0,5067C - 0,5740D - 1,3027E + 0,4652F + 0,3839G)}$$

Onde:

- A – Internação Psiquiátrica;
- B – 02 Tipos de Drogas;
- C – 03 Tipos de Drogas;
- D – Idade de 41 a 50 anos;
- E – Benefício;
- F – Consumo de Crack;
- G – Relação Familiar Boa.

Considerando as estimativas dos parâmetros β e o valor do OR das variáveis significativas para o MRL, ao nível de significância de 10%, verifica-se que:

✓ A ocorrência de internação psiquiátrica aumenta em 1,35 (1/0,7394) vezes as chances de um usuário aderir ao tratamento em relação aos usuários que nunca passaram por um processo de internação;

✓ Indivíduos que fazem uso abusivo de dois ou três tipos de substâncias psicoativas têm maiores chances de abandonar o tratamento em relação aos que fazem uso abusivo de 01 e $[04 \leq n \leq 10]$ tipos de drogas. Do exposto, os que fazem uso de 02 drogas têm 1,41 vezes mais chances de abandonar a terapia, enquanto que, os que fazem uso de 03 tipos de drogas têm 1,66 mais chances de abandono em relação aos que usam 01 e $[04 \leq n \leq 10]$ tipos de drogas;

✓ Os usuários que estão na faixa etária dos 41 aos 50 anos têm menores chances de abandonar o tratamento quando comparados aos usuários de outras faixas etárias. Isso significa dizer que os indivíduos de outras faixas etárias têm 1,77 (1/0,5633) vezes mais chances de abandonar o tratamento, em relação aos com idade de 41 a 50 anos;

✓ Ter algum benefício social colabora para a adesão ao tratamento, uma vez que os usuários que não tinham benefício apresentaram 3,68 (1/0,2718) mais chances de abandonar o tratamento, em relação àqueles usuários com benefício social;

✓ O consumo de crack aumenta em 1,59 vezes as chances de um indivíduo abandonar a terapêutica quando comparado com indivíduos que fazem uso de outras substâncias psicoativas como álcool, tabaco, maconha, inalantes, cocaína, medicamentos, ecstasy, heroína e ópio;

✓ Uma relação familiar do tipo boa colabora para o aumento do abandono do tratamento, uma vez que aumenta em 1,47 vezes as chances dos usuários não aderirem ao tratamento, em relação aos indivíduos que apresentam uma relação rompida, ruim ou ótima. Isso implica afirmar que os usuários cujas relações familiares estão rompida, ruim ou ótima aderem mais ao tratamento em relação aos que têm uma boa relação familiar.

Tabela 4.3.5 – Razão de Chances para o Modelo de Regressão Logística (Modelo 2), $\alpha = 10\%$

Variáveis/Categorias	β	DP	p-valor	OR	IC(95%) _{OR}
Internação	-0,3018	0,1616	0,0619	0,7394	[-0,6185; 0,0149]
02 Tipos de drogas	0,3467	0,1827	0,0577	1,4144	[-0,0011; 0,7048]
03 Tipos de drogas	0,5067	0,2330	0,0297	1,6598	[0,0500; 0,9634]
Idade 41 a 50 anos	-0,5740	0,2244	0,0105	0,5633	[-1,0138; -0,1342]
Benefício Social	-1,3027	0,3914	0,0008	0,2718	[-2,0702; 0,5352]
Consumo de Crack	0,4652	0,1763	0,0083	1,5923	[0,1196; 0,1196]
Relação Familiar Boa	0,3839	0,1632	0,0186	1,4680	[0,0640; 0,0640]

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: n – número de parâmetros do modelo; β – Estimativas; DP – Desvio Padrão; OR – Odds Ratio (Razão de Chances); IC – Intervalo de Confiança.

Apesar dos parâmetros serem significativos ($p\text{-valor} < 0,10$), ao Teste de Adequação Global, observou-se que para ambos os MRL a qualidade do modelo ajustado não é, estatisticamente, aceita. Isso pode ser verificado pelos valores do

desvio dos modelos ajustados que ultrapassam o valor do Qui-quadrado, ajustado para $n - p$ graus de liberdade, já que um modelo é estatisticamente aceito quando o valor do Qui-quadrado para $n - p$ graus de liberdade é maior do que o Desvio do Modelo Ajustado (Tabela 4.3.6).

Tabela 4.3.6 – Teste de Adequação Global para os Modelos de Regressão Logística ajustados para $\alpha = 5\%$ e $\alpha = 10\%$

Teste de Adequação Global	Modelo 1; $\alpha = 5\%$	Modelo 2; $\alpha = 10\%$
Desvio do Modelo Ajustado	906,51	896,20
$\chi^2_{(n-p)}$	764,75	761,62
$n = 706$	($p = 04$)	($p = 07$)

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: $\chi^2_{(n-p)}$ – Qui-quadrado com $n - p$ graus de liberdade.

Diante da inadequação do modelo logístico para explicar o abandono do tratamento por usuários do CAPSad, aliada à baixa sensibilidade e especificidade de ambos os modelos, a alternativa foi trabalhar com teste de independência, para analisar as variáveis isoladamente, na tentativa de identificar variáveis que se associam ao abandono. Dentre os testes de independência, o escolhido foi o Teste de associação χ^2 de Pearson.

4.4 TESTE DE ASSOCIAÇÃO: QUI-QUADRADO DE PEARSON

Com base na estatística $\chi^2_{(n-p)}$ foram verificadas isoladamente as variáveis que estariam associadas ao abandono do tratamento pelos usuários do CAPSad, ao nível de significância de 5%.

Tabela 4.4.1 – Tabelas de contingência para as variáveis dicotômicas demanda, sexo, antecedentes familiares, envolvimento com a justiça, situação de rua, internação, trabalha, estuda, benefício

Abandono			Abandono			Abandono					
Demanda		Sim	Não	Envolv. Justiça		Sim	Não	Trabalha		Sim	Não
	Referenciada	180	139		Sim	108	59		Sim	188	124
	Espontânea	239	148		Não	311	228		Não	231	163
	p-valor = 0,1514		p-valor = 0,1091		p-valor = 0,6621						
$\chi^2 = 2,0600$				$\chi^2 = 2,5680$				$\chi^2 = 0,1910$			
Sexo		Sim	Não	Internação		Sim	Não	Estuda		Sim	Não
	Masculino	367	245		Sim	163	136		Sim	15	05
	Feminino	52	42		Não	256	151		Não	404	282
	p-valor = 0,3930		p-valor = 0,0250		p-valor = 0,1484						
$\chi^2 = 0,7297$				$\chi^2 = 5,0220$				$\chi^2 = 2,0900$			
Ant. Familiares		Sim	Não	Situação Rua		Sim	Não	Benefício		Sim	Não
	Sim	156	117		Sim	36	24		Sim	10	25
	Não	263	170		Não	383	263		Não	409	262
	p-valor = 0,3434		p-valor = 0,9145		p-valor = 0,0001						
$\chi^2 = 0,8975$				$\chi^2 = 0,0115$				$\chi^2 = 14,4600$			

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: Preenchimento em cinza escuro – variáveis associadas ao abandono; p-valor ($\alpha = 5\%$); χ^2 – Qui-quadrado de Pearson.

Haja vista a baixa sensibilidade e pequena capacidade de predição do modelo, a alternativa foi aplicar testes de associação utilizando as tabelas de contingência para cada uma das 26 variáveis da amostra.

Do exposto foram construídas as tabelas de contingência para cada variável. Na Tabela 4.4.1, são apresentadas as tabelas de contingência para as variáveis dicotômicas demanda, sexo, antecedentes familiares, envolvimento com a justiça, internação, situação de rua, trabalha, estuda, benefício.

Tabela 4.4.2 – Tabelas de contingência para as drogas de consumo

Abandono			Abandono			Abandono					
Tabaco		Sim	Não	Álcool		Sim	Não	Maconha		Sim	Não
	Sim	258	165		Sim	318	243		Sim	162	111
	Não	161	122		Não	101	44		Não	257	176
	p-valor = 0,2780		p-valor = 0,0045		p-valor = 0,9973						
		$\chi^2 = 1,1830$				$\chi^2 = 8,0350$				$\chi^2 = 0,00001$	
Inalantes		Sim	Não	Cocaína		Sim	Não	Crack		Sim	Não
	Sim	43	26		Sim	52	34		Sim	239	119
	Não	376	261		Não	367	253		Não	180	168
	p-valor = 0,5969		p-valor = 0,822		p-valor = 0,00004						
		$\chi^2 = 0,2797$				$\chi^2 = 0,0506$				$\chi^2 = 16,5400$	
Medicamentos		Sim	Não	Ecstase		Sim	Não	Heroína/Ópio		Sim	Não
	Sim	23	17		Sim	01	01		Sim	01	00
	Não	396	270		Não	418	286		Não	418	287
	p-valor = 0,8064		p-valor = 0,7875		p-valor = 0,4076						
		$\chi^2 = 0,06005$				$\chi^2 = 0,0726$				$\chi^2 = 0,6859$	

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: Preenchimento em cinza escuro – variáveis associadas ao abandono; p-valor ($\alpha = 5\%$); χ^2 – Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 4.4.3 – Tabelas de contingência para faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor, relação familiar, modalidade e número de drogas de consumo

Abandono				Abandono				Abandono			
Faixa Etária	Sim		Não	Escolaridade	Sim		Não	Número de drogas de consumo	Sim		Não
	18 - 20 anos	22	16		AN+FI	253	177		1	87	83
	21 - 30 anos	150	69		FC+MI	89	51		2	145	98
	31 - 40 anos	121	70		MC+SI	69	53		3	95	38
	41 - 50 anos	65	83		SC+PG	08	06		4	50	38
	51 - 60 anos	44	33		p-valor = 0,6814		5		22	14	
	> 60 anos	17	16		$\chi^2 = 1,504$		6		08	06	
	p-valor = 0,000017 $\chi^2 = 18,48$				Raça / Cor	Sim			Não	7	06
Modalidade	Sim		Não	Branca		82	54	8	04	05	
	Intensiva	168	109	Parda		277	190	9	01	00	
	S-Intensiva	196	128	Negra		43	37	10	01	00	
	N-Intensiva	55	50	Amarela		14	06				
	p-valor = 0,2889 $\chi^2 = 2,483$			Indígena		03	00	p-valor = 0,0211 $\chi^2 = 5,318$			
			p-valor = 0,3946 $\chi^2 = 4,085$								
Estado Civil			Sim	Não		Relação Familiar			Sim	Não	
	Solteiro		284	168	Rompida		61	41			
	Casado ou União Estável		101	84	Ruim		161	131			
	Divorciado ou Separado		26	29	Boa		194	112			
	Viúvo		08	06	Ótima		03	03			
p-valor = 0,01195 $\chi^2 = 6,319$				p-valor = 0,0397 $\chi^2 = 4,228$							

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: AN+FI – Analfabeto e Fundamental Incompleto; FC+MI – Fundamental Completo e Médio Incompleto; MC+SI – Médio Completo e Superior Incompleto; SC+PG – Superior Completo e Pós-Graduação; S – Semi; N – Não; Preenchimento em cinza escuro – variáveis/níveis categóricos associadas ao abandono; χ^2 – Qui-quadrado de Pearson.

Dentre essas variáveis, as que apresentaram associação com o abandono do tratamento, contribuindo com a redução, foram: internação psiquiátrica e benefício social ($p\text{-valor} < 0,05$), conforme destacado. Quando o usuário não tem histórico de internação psiquiátrica aumenta em 1,41 (1/0,7069) vezes ($IC(95\%)_{OR} = [0,5218; 0,9578]$) as chances dele abandonar o tratamento, em relação aos que já se internaram. Ter um benefício social diminui em 3,90 (1/0,2562) vezes ($IC(95\%)_{OR} = [0,1211; 0,5422]$) as chances de abandono.

As variáveis demanda, sexo, antecedentes familiares, envolvimento com a justiça, situação de rua, trabalha e estuda não apresentaram associação com o abandono do tratamento ($p\text{-valor} > 0,05$).

Na Tabela 4.4.2 observa-se que, em relação às drogas consumidas, apenas o álcool e o crack apresentaram associação com o abandono do tratamento ($p\text{-valor} < 0,05$), ambos contribuindo para o seu aumento. Tem-se que usuários que não fazem uso abusivo de álcool diminuem em 1,75 (1/0,5701) vezes ($IC(95\%)_{OR} = [0,3854; 0,8432]$) as chances de abandonar a terapêutica, enquanto que, o consumo de crack aumenta em 1,87 vezes ($IC(95\%)_{OR} = [1,3830; 2,5410]$) as chances do usuário abandonar o tratamento, em relação aos indivíduos que não consomem esses tipos de drogas.

O consumo de drogas como tabaco, maconha, medicamentos, inalantes, cocaína, ecstasy, heroína e ópio não apresentou associação com o abandono do tratamento ($p\text{-valor} > 0,05$) para os dados do estudo, ao teste χ^2 .

No caso das variáveis com mais de dois níveis categóricos (Tabela 4.4.3) os testes foram feitos considerando a associação da variável resposta com a variável explicativa significativa verificada no MRL. Quando da não significância estatística, foram feitos testes de associação para todas as combinações dois a dois possíveis entre as categorias ou níveis de cada variável.

Na Tabela 4.4.3, as variáveis Modalidade (03 testes para 03 níveis), Escolaridade (06 testes para 04 níveis) e Raça / Cor (10 testes para 05 níveis) não demonstraram associação com o abandono da terapêutica ($p\text{-valor} > 0,05$).

Para variável faixa etária, tal como verificado no MRL, houve associação entre a faixa etária de 41 a 50 anos e as demais faixas etárias, de modo que aquela contribui mais vezes para a adesão do tratamento.

Outros 15 testes de associação também foram feitos para combinar dois a dois as 06 diferentes categorias de faixas etárias. Verificou-se a associação entre a

faixa etária dos 41 aos 50 anos com a faixa etária dos 21 aos 30 anos (p -valor $< 0,000001$; $\chi^2 = 62,29$) e com a faixa etária dos 31 aos 40 anos de idade (p -valor $= 0,00036$; $\chi^2 = 12,72$). Assim, indivíduos com idade dos 21 aos 30 anos, apresentaram 4,95 vezes ($IC(95\%)_{OR} = [3,292; 7,442]$) mais chances de abandonar o tratamento em relação aos de 41 a 50 anos de idade. Já os usuários com idade de 31 a 40 anos têm 2,21 mais chances ($IC(95\%)_{OR} = [1,424; 3,421]$) de abandono em relação aos da faixa etária dos 41 aos 50 de idade.

Diferentemente do encontrado nos resultados do MRL, a relação familiar boa não apresentou associação com o abandono do tratamento quando comparada com os demais tipos de relação familiar (Tabela 4.4.4), no entanto, demonstrou associação com o abandono quando comparada com a relação ruim (p -valor $= 0,0398$; $\chi^2 = 4,228$). De acordo com o teste χ^2 , os usuários, cuja relação familiar é boa, têm 1,41 (1/0,7095) mais chances de abandonar o tratamento em relação aos que têm uma relação familiar ruim ($IC(95\%)_{OR} = [0,5114; 0,9845]$) (Tabela 4.4.3).

O teste de Pearson, também foi verificada associação entre os usuários que consumiam 03 tipos de drogas e o abandono do tratamento, em relação aos que consumiam outras quantidades de drogas (1:10), tal como verificado no MRL, porém não houve associação entre os que consumiam 02 tipos de drogas quando comparados com os demais (Tabela 4.4.4).

Para avaliar outras possíveis relações entre o número de drogas de consumo com o abandono do tratamento, a variável foi categorizada de formas divergentes e vários testes foram feitos para as diferentes combinações:

a) número de drogas de consumo igual a 01 (A), 02 (B), 03 (C), 04 (C), 05 (D), 06 (E), 07 (F), 07 (G), 08 (H), 09 (I) e 10 (J) – não apresentou associação (p -valor $= 0,0812$; $\chi^2 = 15,37$);

b) número de drogas menor do que 05 (A) e número de drogas maior do que 05 (B) – não apresentou associação (p -valor $= 0,6344$; $\chi^2 = 0,2262$), possivelmente pelo pequeno número de usuários que consumiam mais de cinco tipos de drogas (apenas 36);

c) número de drogas de 01 a 03 (A), de 04 a 06 e (B) de 07 a 10 (C) – não apresentou associação. Nesta combinação, apenas 22 usuários consumiam de sete a dez tipos de drogas;

d) número de drogas de 01 a 02 (A), de 03 a 04 (B), de 05 a 06 (C), de 07 a 08 (D) e de 09 a 10 (E) – apresentou associação apenas entre as categorias A e B

(p-valor = 0,0211; $\chi^2 = 5,318$). Do exposto, concluiu-se que os indivíduos que fazem uso de 03 a 04 tipos drogas têm 1,49 (1/0,6718) vezes menos chances de abandonar o tratamento em relação aos que consomem de 01 a 02 tipos. Isso implica afirmar que quanto menor o número de drogas de consumo maiores são as chances do usuário abandonar o tratamento.

Tabela 4.4.4 – Comparação dos resultados da análise de Regressão Logística com os resultados do Teste χ^2

Regressão Logística			S	Teste χ^2 de Pearson		
Categorias	p-valor	OR		OR	p-valor	Categorias
Internação	0,0619	0,7394	-	0,7069	0,0250	Internação
Benefício	0,0008	0,2718	-	0,2562	0,0001	Benefício
41 a 50 anos	0,0105	0,5633	-	0,4513	0,000001	41 a 50 anos
Crack	0,0083	1,5923	+	1,8750	0,00004	Crack
03 drogas	0,0297	1,6598	+	1,9210	0,0016	03 drogas
02 drogas	0,0577	1,4144	+	Não houve associação		
RF Boa	0,0186	1,4680	+	Não houve associação		

Fonte: R console, versão 2.15.3.

Legenda: p – p-valor; S - Relação [(-) diminui; (+) aumenta]; RF – Relação Familiar; Div/Sep – Divorciados ou Separados; OR – Odds Ratio; χ^2 – Qui-quadrado de Pearson.

Os resultados dos dois testes (Regressão Logística e Teste χ^2) são sumarizados na Tabela 4.4.4, onde observa-se que dos sete parâmetros significativos encontrados no MRL, cinco apresentaram similar significância quando avaliados pelo Teste χ^2 , cujas variáveis comuns associadas ao abandono do tratamento foram internação, benefício, idade de 41 a 50 anos, consumo de crack, número de drogas de consumo igual a três, não verificando-se associação do número de drogas consumidas igual a dois e da relação familiar boa, com o abandono do Teste χ^2 (Tabela 4.4.4). Ao Teste χ^2 outras duas variáveis apresentaram significância estatística com o abandono do tratamento pelos usuários do CAPSad: estado civil e consumo de álcool.

Do exposto, para verificar a relação entre os 04 estados civis mensurados, foram realizados 06 testes de associação. Observou-se associação entre os indivíduos solteiros e os divorciados/separados ($p\text{-valor} = 0,02540$; $\chi^2 = 4,996$), de modo que os solteiros têm mais chances ($OR = 1,886$) de abandonar o acompanhamento pela equipe do serviço em relação aos divorciados/separados ($IC(95\%)_{OR} = [1,074; 3,310]$). Em outro teste, quando comparados os usuários solteiros com os dos demais estados civis foi encontrado que aqueles têm 1,49 ($IC(95\%)_{OR} = [1,091; 2,035]$) mais chances de abandonar o tratamento em relação a estes ($p\text{-valor} = 0,01195$; $\chi^2 = 6,319$).

Assim, do ponto de vista da significância estatística, foram acrescentadas as variáveis consumo de álcool e estado civil, como diferencial do teste χ^2 , em relação ao MRL.

5 DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico, econômico e clínico dos usuários do CAPSad de João Pessoa segue, em seus traços gerais, as características descritas de outros indivíduos em tratamento para dependência de drogas em outras pesquisas nacionais.

Neste estudo foram mais frequentes os indivíduos do sexo masculino da faixa etária dos 21 a 40 anos, raça/cor parda, estado civil solteiro, de baixa escolaridade e desempregados.

Sobre o sexo, nesta pesquisa foi verificada uma proporção de 86,68% de usuários do sexo masculino, maioria também confirmada nos estudos de Jorge (2010), Faria e Schmeider (2009), Araújo (2012) e Monteiro e colaboradores (2011), os quais encontraram taxas de 84,60%, 88,15%, 78,40%, 89,90% de usuários do sexo masculino, respectivamente.

Em relação a isso, Faria e Schmeider (2009) explicam que a população masculina é a mais atingida pelo problema da dependência de drogas. Segundo Alves e Kossobudzky (2002), os estereótipos sexuais prescrevem limites de comportamento para homens e mulheres, com exigências particulares para os papéis sexuais, o que favorece o consumo de drogas pelo sexo masculino.

Isso pode ser uma justificativa para a prevalência do sexo masculino entre os usuários do CAPASad em questão. Por outro lado, Rosseti e Santos (2006) afirmam que a baixa prevalência do sexo feminino no tratamento de álcool e outras drogas pode ser justificada pelo preconceito em relação à mulher usuária de drogas.

Sabe-se que há questões culturais, baseadas em preconceitos com relação aos usuários de drogas, mas estas recaem com mais veemência sobre a mulher, o que pode ajudar a compreender a significativa diferença numérica no total de usuários (FARIA; SCHMEIDER, 2009). Ademais, a mulher se depara com sentimentos de culpa, vergonha, medo e baixa autoestima que as levam a evitar que alguém descubra seu eu (ROSSETTI; SANTOS, 2006).

Enquanto usuária de drogas, as mulheres sentem vergonha dessa condição e, portanto, preferem se afastar do tratamento para se autopreservar, passando a confiar apenas na ideia de controle sobre si. Mas, ainda que os homens sejam maioria entre os que consomem drogas, é entre as mulheres que se verifica a maior adesão ao tratamento (CESAR, 2006).

Ultimamente tem havido uma mudança na mentalidade das mulheres a respeito do preconceito que elas sofrem, por serem usuárias de drogas. Batista, Batista e Constantino (2012) ao analisarem as proporções de homens e mulheres usuários de drogas de 2000 a 2009, os autores concluíram que houve um aumento considerável de mulheres (9,74% para 13,88%) que buscaram tratamento.

Os autores supracitados (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012) também pesquisaram sobre a faixa etária dos usuários de drogas. Com base nos 788 prontuários analisados por eles, foi verificado que houve maior prevalência de indivíduos dos 21 aos 40 anos de idade (49,53%), tal como encontrado neste estudo, cuja proporção para esse grupo etário correspondeu a 58,07%.

Tanto no modelo de regressão quando no teste de associação foram evidenciadas menores chances de abandono na faixa etária dos 41 aos 50 anos. Particularmente no teste χ^2 , menores chances de abandono foram observadas nesta faixa etária, quando relacionada às idades de 21 a 40 anos.

Foi observado que em João Pessoa, o consumo de drogas se concentra entre as pessoas mais jovens e declina no sentido dos mais velhos. O mesmo achado foi publicado no trabalho de Batista, Batista e Constantino (2012). Estes também registraram que há uma tendência de aumento do consumo de drogas por pessoas mais jovens, acompanhado da diminuição com o aumento da idade. Essa tendência tem sido constatada por Russo e colaboradores (2011) quando concluiu que 51,00% da amostra de usuários de SPA tinha de 18 a 25 anos de idade.

A média de idade calculada para os 706 casos incluídos neste estudo, entre 18 e 80 anos de idade, foi 36,88 anos, próxima a calculada por Ferreira e colaboradores (2012), 35,80 anos, entre os frequentadores de uma unidade de reabilitação para dependência química.

Em relação à caracterização da raça/cor, foi encontrado que 66,15% dos usuários do CAPSad foram identificados com pardos, correspondendo à maioria. Poucos são os estudos voltados ao público drogadicto que abordam sobre sua cor/raça, talvez em decorrência da grande miscigenação brasileira que dificulta o enquadramento das pessoas em uma categoria específica, principalmente quando se refere a pardos ou brancos.

Dentre às poucas publicações, foi verificado que há uma contradição entre os achados deste estudo com alguns encontrados na literatura. No estudo de Costa e colaboradores (2011) foi identificada a uma maioria de indivíduos da raça/cor branca

(57,10%), bem como confirmado por Ribeiro e colaboradores (2008), cuja proporção de brancos foi aproximadamente de 70,00% da amostra.

Na tentativa de caracterizar uma determinada população, faz importante incluir o estado civil. Ao descrever o perfil dos usuários do CAPSad de João Pessoa, dos seis estados civis categorizados, verificou-se que os solteiros constituíam-se em maioria (64,02%), seguido dos casados/união estável (26,20%).

Os estudos de Jorge (2010) e Monteiro e colaboradores (2011) também confirmaram maiores frequências entre solteiros (59,80% e 50,20%, respectivamente) e compromissados (27,50% e 45,40%, respectivamente), e, de acordo com Batista, Batista e Constantino (2012), há uma tendência de aumento do consumo de drogas por indivíduos solteiros, com base no resultado de uma análise temporal feita de 2000 a 2009, quando verificou-se aumento de 14,35% (43,50% para 50,79%) no percentual de usuários solteiros.

No que tange ao grau de instrução educacional, vários são as pesquisas que relatam a prevalência da baixa escolaridade entre os usuários de drogas. Entre as pessoas acompanhadas pelo CAPSad de João Pessoa, apenas 2,83% tinham o nível superior de educação, no entanto, 88,23% dos usuários tinham baixo nível de escolaridade: analfabetos (4,11%), ensino fundamental completo (71,53%).

A baixa escolaridade é uma característica comum entre esse público e constantes são as referências literárias sobre esse achado. Velho (2010) apresentou porcentagens de dependentes químicos analfabetos de 2,50%, e os com ensino fundamental incompleto ou completo e médio incompleto somaram 64,30% da amostra. Os resultados do estudo de Monteiro e colaboradores (2011) se aproximam ainda mais da nossa realidade. Neste, correspondeu a 80,17% a proporção de dependentes químicos analfabetos (7,00%) ou com ensino fundamental completo ou incompleto (73,20%), incluindo ensino médio incompleto. Jorge (2010) também encontrou resultados similares: 1,80% eram analfabetos e 81,00% tinham o ensino fundamental completo ou incompleto.

A associação entre uso de SPA e baixa escolaridade é consenso nas pesquisas (VELHO, 2010). Isso porque, as drogas ocasionam prejuízos cognitivos de percepções, memória e pensamentos, resultando em déficit de aprendizagem, de rendimento e consequente abandono escolar (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002).

Dentre os problemas associados ao consumo abusivo de drogas, além dos aspectos relacionados à escolaridade, destaca-se também a presença de comportamentos antissociais, evidenciados por condutas de agressividade dentro e fora de casa (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002). O resultado deste estudo encontrou que cerca de 23,65% dos indivíduos relataram à equipe do CAPSad ter algum tipo de envolvimento com a justiça. Da mesma forma, um estudo realizado com os usuários do CAPSad de Campos dos Goytacazes/RJ constatou que aproximadamente 32,02% deles tinha algum conflito com a lei – porte ilegal de armas, infração contra crianças e adolescentes, agressão, furto, roubo, tráfico (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012).

Tudo isso recai sobre a questão da marginalização da droga e a sua associação com a criminalidade, frequentemente, revelada pela mídia, que além de reforçar a exclusão social e promove a disseminação de uma percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas contribuindo para o aumento do estigma e do preconceito com o usuário (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012).

Tem-se que a compulsão pela droga instiga o dependente a buscar obcecadamente a substância por meio de comportamentos de riscos, que procedem em impactos sociais e pessoais. Nesse sentido, é inegável reconhecer os índices de criminalidade e violência por dependentes químicos (FERREIRA et al, 2011), principalmente quando se trata de adolescentes, cuja literatura apresenta taxa de até 66,40% relacionada à ocorrência de infrações (ARAUJO, 2012).

Jorge e Corradi-Webster (2012), com base nos dados do Ministério da Justiça, afirmam que existe uma relação direta entre violência, trabalho e escolaridade, visto que os jovens, principais consumidores de drogas, que não realizam funções remuneradas e não estudam formam o grupo no qual o Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência (IVJ) é mais elevado.

O uso abusivo de SPA atualmente se configura mundialmente com um dos mais significativos problemas de saúde pública e, tendo em vista sua magnitude e diversidade, envolve aspectos sociais, culturais, interpessoais, psicológicos, biológicos e econômicos (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012).

Ao discutir sobre a questão econômica é imperativa a questão do desemprego entre as pessoas que fazem uso abusivo de drogas (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012). Neste estudo, por exemplo, apenas 44,19% dos indivíduos trabalhavam em detrimento a 55,81% dos que não trabalhavam. Destes,

4,96% recebiam algum benefício social e 2,84% apenas estudavam, culminando com uma frequência de 48,01% de usuários sem nenhuma ocupação ou renda.

No estudo realizado por Monteiro e colaboradores (2011), a taxa de desemprego foi de 35,70%, ao tempo que 48,50% estavam empregados, 12,30% estudavam e aposentado 3,50%. Outros estudos também encontraram valores aproximados para a proporção de desempregados, 45,00% e 45,20% (ALMEIDA; SILVA; SILVA, 2010; FERREIRA et al, 2012). Assim sendo, verifica-se que o consumo de drogas pode provocar prejuízos no funcionamento ocupacional e social do usuário (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002).

O benefício social foi identificado como fator associado à adesão do tratamento. Isso porque garantida a renda do usuário ele se empenha mais no tratamento, tendo em vista a maior disponibilidade de tempo. O homem como provedor do lar, às vezes precisa escolher entre trabalhar ou se tratar, principalmente, quando a modalidade de tratamento recai sobre a atenção diária (intensiva).

De acordo com o Jornal Notícias, no Brasil, ultimamente tem sido crescente o número de usuários de drogas que procuraram o INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), em busca de auxílios por incapacidade ou por assistência. Mas, os critérios para concessão do auxílio-doença e do benefício LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), são os mesmos adotados para os demais segurados. Por conta disso, boa parte dos benefícios é negada (GLOBO.COM, 2013).

Outro ponto de relevante destaque é a inconstância na vida do dependente em que, nas ocasiões de recaídas se sobressaem a falta de perspectivas de trabalho, problemas familiares e desgaste emocional. Dada a instabilidade de seus padrões de vida os usuários ficam vulneráveis a viver em situação de rua.

Nessa lógica, “traça-se uma linha que liga momentos de abstinência à consecução de trabalho, moradia e ao restabelecimento de ligações afetivas importantes” em que a pessoa deixa seu lar para viver nas ruas, passando por temporadas em albergues ou em casa de conhecidos e, posteriormente, voltam a residir em um abrigo até ser expulsa do mesmo e voltar para a rua (RAUP; ADORNO, 2011, p.57).

Essa foi a condição encontrada em 60 (8,49%) usuários de SPA de João Pessoa. Sobre esse achado, Schenker e Minayo (2003) explicam que geralmente os usuários não mantêm uma família ou nunca formaram uma e quando formam, têm

difficuldade em sustentar a estrutura familiar. Dessa forma, eles substituem o relacionar-se com pessoas por um relacionar-se com a substância de abuso.

É nesse cenário que se inserem as Equipes de Consultório na Rua, para lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, promovendo atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com os serviços de atenção básica e direcionando os usuários de drogas para os CAPSad (BRASIL, 2011b).

No município, as ECR encontraram e referenciaram para o CAPSad 43 (13,48%) usuários de drogas, mas os principais (36,68%) encaminhamentos foram oriundo do PASM, localizado em um Hospital Geral, a porta de entrada para as urgências psiquiátricas provenientes da capital e região metropolitana adscrita, o que justifica a maioria dos encaminhamentos por este serviço.

Um PASM tem por objetivo evitar a internação em hospitais psiquiátricos, permitindo que o paciente retorne ao convívio social em um curto período de tempo (BRASIL, 2004b). Para atender às urgências psiquiátricas contam com uma equipe multiprofissional composta por psiquiatra, assistente social, psicólogo e enfermeiro que realizam o primeiro acolhimento e escuta do usuário e família. Em primeira instância e quando da necessidade, o usuário ocupa o leito de observação para a remissão do quadro neuropsicótico ou neurotóxico. Decorridas as 72 horas sem evolução satisfatória, o paciente então é encaminhado para ocupar um leito psiquiátrico de internação ou, do contrário, será encaminhado para um serviço de referência.

O outro PASM de João Pessoa está localizado em um Hospital Psiquiátrico (CPJM) e constitui-se na porta de entrada para as urgências psiquiátricas de pessoas provenientes das cidades interioranas da Paraíba.

Uma considerável quantidade de usuários também veio encaminhada de hospitais psiquiátricos (49; 15,36%), dos quais 14 eram oriundos do CPJM e 20 da CSSP. Além de ser porta de entrada para as urgências psiquiátrica, o CPJM tem uma ala específica para internação de usuários de drogas com 32 leitos. Igualmente, a CSSP é o hospital referência para os usuários de drogas do sexo masculino.

As USF enquanto porta de entrada para a assistência pelo SUS também se responsabilizaram pela identificação de necessidades decorrentes do consumo de drogas e encaminharam cerca de 11,28% (36) dos usuários ao CAPSad.

Ressalva-se aqui a importância do trabalho em rede, com a articulação de vários serviços (educação, segurança, saúde, serviços sociais) para a garantia dos mecanismos de referência e contra-referência, visando à ampliação da atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Para Velho (2010, p.40), “a diversidade de serviços que encaminharam usuários para o CAPSad sugere que a instituição é reconhecida como serviço de referência para tratamento de usuários de drogas psicoativas”.

Ainda que vários usuários chegassem ao CAPSad encaminhados por outros serviço, foi a demanda espontânea quem prevaleceu (54,82%), assim como relatado nos trabalhos de Carvalho, Silva e Rodrigues (2010) – 68,20%, Monteiro e colaboradores (2011) – 49,30%, e no de Almeida, Silva e Silva (2010), em que 75,00% dos usuários vieram por demanda livre, e acompanhados por um familiar.

Conforme Silva (2011) citado por Salema (2013), o perfil dos dependentes que chegam aos CAPSad são na maioria de pais de família que buscam o resgate da convivência familiar, perdido em meio ao contato com o uso abusivo das drogas, de coisas perdidas e realizações de um novo projeto de vida. Outros buscam o tratamento com receio de perder a família. Essa é uma justificativa para reafirmar o porquê que os usuários, cuja relação familiar é ruim, tendem a aderir mais ao tratamento no CAPSad.

É possível inferir que esse achado tenha ocorrido pelo fato de que o usuário de SPA com dificuldade de relacionamento com a família encontra no serviço um local de amparo e acolhimento (ARAUJO, 2012). Nessa lógica, ressalta-se a necessidade da equipe multiprofissional mediar a relação entre o usuário a sua família, na tentativa de fortalecer os vínculos afetivos e buscar apoio para estabelecer a continuidade do tratamento.

Do ponto de vista social, entende-se que a família é a base de tudo, então uma relação familiar deve ser ótima e não apenas boa. Nessa lógica, o relato de que a relação do usuário com a família é boa, permite inferir que a relação encontra-se em um nível inferior ao desejável e que pode, tanto caminhar para a ótima relação, quanto declinar para uma relação ruim.

A falta de apoio familiar pode ocasionar a fragilização do usuário e sobre ele recai o sentimento de abandono. Nessa dialética, a busca pelo CAPSad aponta para uma espécie de função mediadora do serviço no processo de interrupção do ciclo de perdas familiares, e para buscar apoio para cuidar de si mesmo. Ao perceber o

sofrimento da família, é reconhecido o desgaste das relações e da densidade de vínculos. Tais percepções produzem medo de perder esses familiares, que gradativamente expressam sinais de esgotamento e desistência (SALEMA, 2013).

Ferreira e colaboradores (2012) encerra que o consumo abusivo de SPA compromete as relações e os vínculos familiares. Nesse tocante, retoma-se aqui aos resultados deste estudo que mostraram que 14,45% dos usuários tinham uma relação completamente rompida com a família e outros 41,36% tinham uma relação ruim (apenas mantida, conflituosa, não boa).

A pesquisa de Araujo (2012) evidenciou relação familiar satisfatória em apenas 41,60% da amostra, quando a conflituosa se sobressaiu com 47,20% e a rompida com 4,00%. Outro estudo encontrou 83,12% a frequência de conflitos familiares (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012).

Schenker e Minayo (2003) afirmam que a família é um dos elos mais fortes da cadeia que forma o uso abusivo de drogas, mas famílias disfuncionais podem transmitir normas desviantes através do modelo de comportamento dos pais para os filhos.

É conhecido que para além dos fatores interpessoais e de estrutura familiar, o comportamento da família e a influência dos pais podem determinar maior ou menor vulnerabilidade para o consumo de drogas (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002).

Do exposto, quando pai e/ou mãe não fazem uso abusivo de SPA, contribui igualmente para a não utilização de drogas pelos filhos, já que os comportamentos sociais são desenvolvidos nas relações com as fontes primárias de socialização: a família, a escola e amigos (VELHO, 2010).

No CAPSad em análise, 273 (38,67%) usuários informaram ter algum ascendente usuário de SPA (avôs, avós, mãe e pai) e entre os que negaram, 203 (46,88%) revelaram que pelo menos um ente (tios, sobrinhos, filhos, irmãos) fazia/faz uso abusivo de alguma SPA. Velho (2010), relatou a presença de dependentes entre familiares dos usuários de um CAPSad de 60,70%, sendo o pai mencionado com maior frequência (38,9%), seguido de irmãos (25,6%). Já Jorge (2010) encontrou frequência de 68,30% de histórico familiar de dependência química entre pais, avós, irmãos, tios do usuário.

Para Alves e Kossobudzky (2002), estes resultados remetem ao pressuposto de que a influência parental e/ou genética parece ser considerável na adoção de um comportamento determinado diante das drogas.

Continuando a adentrar na discussão das variáveis clínicas, sobre a modalidade de tratamento, ao serem acolhidos no CAPSad, os pacientes foram indicados, majoritariamente, para a modalidade semi-intensiva de tratamento (45,89%) – frequência mensal pode ser, no mínimo 12 dias – seguida da modalidade intensiva (39,24%), cuja frequência é diária. O estudo de Monteiro e colaboradores (2011) contabilizou 55,00% para a modalidade intensiva.

Diante da discrepância nos resultados, é importante lembrar que há uma flexibilidade em relação à modalidade de acompanhamento conforme a evolução clínica do usuário. Usuários com atendimento na modalidade não intensiva apresentam maior proporção de casos com permanência acima de cinco meses (34,40%), seguidos por casos com atendimento intensivo (30,20%) e semi-intensivo (26,60%) (VELHO, 2010).

Mesmo sem corresponder à maioria, foi verificado que 42,35% dos usuários do CAPSad já tiveram pelo menos uma internação psiquiátrica. Outros autores também confirmam essa observação (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012; FERREIRA et al, 2012; RUSSO et al, 2011).

Na pesquisa de Carvalho, Silva e Rodrigues (2010) foi verificada uma frequência de 97,90% de internações psiquiátricas entre os dependentes químicos estudados. Ferreira e colaboradores (2011) registrou que 82,00% das internações são decorrentes do consumo de álcool (45,10%) e do consumo de múltiplas de drogas (36,90%). Almeida, Silva e Silva (2010) também afirmam ser o álcool a principal droga que leva às internações, quando verificam percentual de 85,00% de dependentes de álcool nas unidades de internação. No entanto, Russo e colaboradores (2011) constatou o maior número de internações entre os usuários de crack.

A internação psiquiátrica tradicional (em hospital psiquiátrico) foi identificada como um fator que colabora com a adesão ao tratamento no CAPSad. Diferentemente da dinâmica do CAPS, durante a internação o usuário fica recluso na unidade, sem contato com as influências externas e limitado ao meio social, só assim ele contém seus impulsos. Enquanto serviço de base comunitária, nos CAPS os usuários têm livre transito e desta forma estão vulneráveis ao consumo de drogas. Talvez, após o período de internação e passados os vendavais da abstinência, os indivíduos se sintam mais motivados a dar continuidade ao tratamento.

De acordo com Tissot (2006), os pacientes que permanecem em tratamento por um período de pelo menos três meses em comunidades terapêuticas têm uma evolução melhor.

No que diz respeito às drogas de abuso, entre os usuários do CAPSad, a principal foi o álcool (79,46%), seguido do tabaco (59,77%), crack (50,71%) e maconha (38,67%). Ressalta aqui que os dados não se referem ao uso isolado, mas sim a este e ao uso combinado com outras drogas, variando entre um a até 10 tipos diferentes. Sobre isso, Faria e Schneider (2009) discorrem que levantar dados epidemiológicos acerca dos tipos de SPA constitui-se em tarefa bastante complexa, pois boa parte dos usuários faz uso de mais de uma substância.

No estudo de Velho (2010) o consumo de álcool foi registrado em 46,10% dos usuários, seguido por crack (44,4%) e maconha (5,80%). Costa e colaboradores (2011) registrou que o álcool (68,60%), a maconha (17,10%) e crack (4,3%) estavam entre as drogas mais consumidas. Jorge (2010) encontrou a maconha (42,30%) e a cocaína 34,40% entre as drogas mais consumidas e evidenciou um empate técnico entre crack (61,90%) e álcool (59,50%) desmistificando os alarmantes dados veiculados pela mídia o número de pessoas atendidas exclusivamente pelo uso do crack.

Neste estudo foi encontrado que consumo de álcool e o consumo de crack se associam ao abandono do tratamento. Sobre isso, Ferreira e colaboradores (2011) explicam que o crack tem um alto potencial aditivo devido à intensa fissura, que acaba por estimular o consumo repetitivo e exacerbado. Diante deste contexto, os dependentes de crack apresentam menor adesão ao tratamento e sofrem constantes recaídas.

Em relação ao álcool, a falta de apoio familiar, a falta de adaptação ao tratamento e a ausência de autocontrole para atingir os objetivos de parar de beber, são os principais fatores dentre muitos que contribuem para o abandono do tratamento dos dependentes (SALEMA, 2013). Schenker e Minayo (2003) discorrem que no estudo de Yates, na Inglaterra, concluiu-se que 47,00% dos alcoolistas em tratamento melhoraram o seu funcionamento quando algum membro de sua família se fez presente.

Tem-se que há uma permissividade por parte da sociedade e da legislação nacional, pelo fato do álcool ser uma substância lícita. Isso contribui para a

exposição precoce e o consequente aumento do número de adeptos. Na maioria dos casos o álcool é a droga de base, abrindo caminhos para o poliuso.

Os resultados desse estudo evidenciaram as maiores taxas de abandono de 75,89% e 61,57%, respectivamente, para os usuários de álcool e crack, daí a significância estatística que as relacionam ao abandono do tratamento. Os dependentes de álcool aderem mais ao tratamento em comparação com os dependentes de crack. Na pesquisa de Ferreira e colaboradores (2012), os usuários de crack aderiram menos ao tratamento (58,16%), em decorrência de alta a pedido, indisciplinar e por evasão, quando comparado a outras substâncias psicoativas.

Outro dado alarmante diz respeito ao poliusuário de drogas. Alves e Kossobudzky (2002) registrou que 69,50% dos dependentes químicos consumiam mais de um tipo de droga, a maioria faz uso simultâneo de 03 a 04 drogas, com consumo de 09, 10 e mais drogas. Nessa pesquisa a maioria dos indivíduos consumia de 01 a 02 tipos de drogas (58,50%) e os usuários de 03 ou 04 tipos de drogas corresponderam a 22,10% da amostra de 706 usuários, confirmando que quanto menor o número de drogas de abuso, maiores são as chances de o usuário abandonar o tratamento, tendo em vista o consumo frequente de uma mesma droga, levando-o a dependência química.

O indivíduo faz o poliuso simultâneo de drogas e nessa situação, os efeitos de uma droga podem atenuar efeitos desagradáveis de outra, ou ainda prolongam o efeito de outra substância (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012).

Ao teste χ^2 foi verificada uma associação entre o número de drogas de abuso e o abandono do tratamento, evidenciando maiores chances de abandono entre os usuários de 01 a 04 drogas em relação aos que consomem de 05 a 06 tipos. A literatura a respeito da fenomenologia do uso de múltiplas drogas é escassa, e quando se trata de abordar a associação do poliuso com o abandono do tratamento não se verifica nenhum estudo.

Compreende-se a magnitude do poliuso de drogas e seus danos na vida do usuário, mas não dá pra negar que o poliuso advém, principalmente, das combinações das drogas, cujas prevalências de uso são maiores: álcool, maconha e crack. Na amostra deste estudo, poucos são os usuários que fazem uso de 05 ou mais drogas (8,41%), enquanto verifica-se que cerca de 77,28% consomem de 01 a 03 tipos de drogas.

O resultado de uma pesquisa feita em 22 países europeus indicou que 30,00% dos envolvidos no estudo havia consumido 02 ou mais SPA no mês anterior a avaliação, sendo a combinação mais frequente álcool e tabaco, seguida de maconha com álcool e/ou tabaco (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012). Nossa pesquisa verificou-se que a maioria (34,42%) consome duas drogas, sendo a principal combinação álcool e tabaco (147), seguida por tabaco e crack (26).

A literatura evidencia que há associação entre múltiplo uso e transtornos mentais, inclusive com tentativas de suicídio, e associação com a prática de crimes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012).

Em relação à aderência ou adesão ao tratamento, Monteiro e colaboradores (2011) diz ser o grau em que o paciente segue as recomendações da equipe e é entendida como o retorno e a manutenção do tratamento indicado.

Aproximadamente 60,00% dos usuários do CAPSad não aderiram ao tratamento, dos quais 24,20% abandonaram logo após a triagem, não retornando mais ao serviço. O tempo médio de permanência no serviço foi de 32,61 semanas (7,60 meses), quando incluídos os usuários que abandonaram no primeiro momento, e 42,07 semanas (9,81 meses), excluindo-os.

Em uma pesquisa em 227 usuários de um CAPSad foi encontrado que apenas 39,21% aderiam ao tratamento, permanecendo por mais de 03 meses em acompanhamento, enquanto que 56,83% interromperam o tratamento e destes, a maioria não procurou o serviço. A média de permanência foi de 6,40 meses (MONTEIRO et al, 2011).

Nesta pesquisa foram encontrados como fatores associados ao abandono a idade, as relações familiares, a internação psiquiátrica, o benefício social, o consumo de álcool e crack, o número de drogas de abuso e estado civil solteiro.

A literatura discorre que os usuários mais jovens abandonam mais cedo o tratamento (MONTEIRO et al, 2011; RIBEIRO et al, 2008), bem como os solteiros e os desempregados (RIBEIRO et al, 2008).

Álvarez (2007) concorda que o alcoolismo, conflitos interpessoais, fundamentalmente com a família (separações, brigas, falta de apoio e harmonia familiar) e estados emocionais negativos (ansiedade, depressão, raiva) colaboram com abandono do tratamento.

6 CONCLUSÕES

A dependência química é temerosamente conhecida como um transtorno crônico e de difícil recuperação. Vários são os usuários de substâncias psicoativas que buscam os CAPS na tentativa de se libertar da dependência, mas tendo em vista às crises de abstinência, os usuários acabam tendo recaídas e se entregam aos prazeres do vício, abandonando o tratamento.

O abandono do tratamento por parte dos usuários de drogas constitui-se em uma problemática digna de estudos, haja vista os prejuízos pessoais, sociais e familiares advindos do consumo exacerbado.

Nesse escopo, este estudo buscou identificar os fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do CAPSad em João Pessoa. Com base na significância estatística dos testes realizados, os resultados evidenciaram como fatores predisponentes ao abandono a relação familiar boa, número de drogas de abuso entre 01 a 03, estado civil solteiro, o consumo de crack e álcool. Como fatores favoráveis à adesão ao tratamento foram identificados a internação, a questão do benefício social e a idade dos 41 aos 50 anos.

Entende-se que o sucesso do tratamento de dependentes de drogas depende fundamentalmente da adesão ao tratamento, mas é importante ressaltar que alguns dados parecem estar incoerentes com a realidade. Nesse ponto, cabe enfatizar que a significância estatística não se sobrepõe sobre a relevância clínica. Isso implica afirmar que um achado pode ser significativo do ponto de vista estatístico, mas do ponto de vista clínico ele pode não ter validade.

A internação psiquiátrica, por exemplo, foi identificada como um fator favorável à adesão ao tratamento no CAPSad, no entanto, a internação não deve ser incentivada, haja vista a política de saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica, enfatiza a importância do tratamento em meio à comunidade, já que as instituições psiquiátricas em seu curso têm roubado as singularidades, a autonomia e os direitos dos cidadãos. Atualmente, prima-se pela transição da atenção hospitalar para a comunitária.

Nesse sentido, encontra-se nos CAPS a alternativa para o sucesso no tratamento. Cabe aos gestores prover meios para que as equipes dos CAPSad assegurem o tratamento dos usuários nesses serviços, além de trabalhar com os serviços a questão da referência e contra-referência.

Ressalta-se também que, o fato de um menor número de drogas de abuso ter sido identificado como fator que colabora com a adesão do tratamento, não implica afirmar que deva haver um estímulo para o poliuso, com vistas a aumentar as taxas de adesão ao tratamento, mas que deve-se ter um olhar mais acurado para as pessoas que fazem uso de menos combinações de drogas, pois estes são o que mais abandonam o tratamento.

No estudo foi dada a devida importância à magnitude da problemática do consumo de crack e, principalmente ao álcool, enquanto drogas potencialmente contribuintes para o abandono do tratamento, uma vez que a mídia é responsável por destacar apenas os prejuízos decorrentes do consumo de crack, mascarando os prejuízos advindos do consumo do álcool, quando a maior incidência de problemas decorre do seu abuso.

De tal modo, considerando esta realidade, a assistência aos dependentes de crack e de álcool deve abordar outras formas além dos modelos de tratamentos convencionais, tendo em vista a grande maioria de pessoas que fazem uso abusivo dessas drogas. É preciso também trabalhar os estigmas sociais para desmistificar os entendimentos errôneos em relação aos usuários de drogas.

Para a adesão ao tratamento, ressalta-se a importância do trabalho do CAPSad em articulação com os outros serviços da RAPS, oferecendo apoio ao usuário, com coparticipação familiar na questão do tratamento, já que para o sucesso no tratamento deve haver uma articulação entre os vários serviços de apoio ao usuário de drogas. Nesse entendimento, recai sobre os gestores a responsabilidade por garantir o acesso a uma assistência integral e equânime, oferecendo serviços de qualidade com equipes capacitadas e dispostas a abraçar a causa.

Com base no projeto terapêutico individual, o tratamento para a reabilitação do dependente químico envolve um conjunto de ações multidisciplinares, que exige do indivíduo a disponibilidade de tempo para acompanhar para se dedicar ao tratamento. Nesse sentido, deve haver um incentivo financeiro, para dar subsídios ao usuário e, conseqüentemente, favorecer sua frequência nos serviços de atenção psicossocial, já que a dependência química não se constitui como doença incapacitante, e como tal não dá direito a um benefício social.

Ainda que tenha ocorrido uma articulação entre o CAPS com os serviços da rede quanto ao mecanismo de referência, torna-se necessário aperfeiçoar esse

processo, principalmente dentro das instituições psiquiátricas, de modo a garantir a continuidade da assistência e a promover sua adesão ao tratamento em qualquer nível do sistema.

De acordo com os resultados do estudo é possível inferir que as drogas afetam de várias formas a vida do indivíduo, trazendo prejuízos pessoais e sociofamiliares. Nesse sentido, é importante que as equipes de saúde sejam qualificadas para lidar com a diversidade desse público, de modo a promover ações de promoção e prevenção no âmbito da estratégia de redução de danos, conforme o perfil da clientela.

Faz-se importante afirmar a necessidade de melhoria nas informações registradas nos prontuários, bem como é preciso que haja uma iniciativa por parte das autoridades gestoras em informatizar os dados referentes à área da saúde mental, cujos indicadores são escassos e precários.

Tendo em vista que o MRL não foi adequado e diante da limitação do teste de independência em não analisar as interações entre as variáveis, não dispomos de definições claras quanto aos fatores relacionados ao abandono nos achados neste estudo. É necessário rever o modelo e inserir outras interações, funções, na tentativa de melhores resultados.

Diante disso, alerta-se para a necessidade de um estudo mais profundo a cerca da temática, na tentativa de desvelar os caminhos para a adesão ao tratamento. Ressalva-se também que esta pesquisa, cujos dados foram obtidos em prontuários pode apresentar limitações.

REFERÊNCIAS

- AGRESTI, A. **Categorical Data Analysis**. 2 ed. New Jersey: Wiley, 2002.
- ACERVO SEGUNDA GUERRA. **Histórias**. Soldados de Hitler Movidos a Drogas? Nov. 2011. Disponível em: <<http://acervosegundaguerra.blogspot.com.br/2011/11/soldados-hitler-movidos-drogas-soldados.html>>. Acesso em: 17 jul. 2013.
- AGUILAR, L. R.; PILLON, S. C.. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13 (Esp.), p.790-797, 2005.
- ALMEIDA, A. A. S.; SILVA, A. O.; SILVA; S. S.. Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS-ad) de Campina Grande - PB: perfil sócio-econômico dos usuários. In: 62ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 2010, Natal. **Anais da 62ª Reunião Anual da SBPC**. Natal: UFRN, 2010, s/p.
- ÁLVAREZ, A. M. A.. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.56, n.3, p.188-193, jul./set. 2007.
- ALVES, R.; KOSSOBUDZKY, L. A.. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. **Interação em Psicologia**, v.6, n.1, p.65-79, 2002.
- AMORIM, G.. **Histórico e evolução do consumo de drogas através dos tempos**. Canal Minas Saúde. Série Reportagens, 2011.
- ARAUJO, N. B. et al. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.61, n.4, p. 227-234, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Projetos e Diretrizes. **Abuso e Dependência de Múltiplas Drogas**, 2012.
- AVELINO, V. P.. **A evolução do consumo de drogas: aspectos históricos, axiológicos e legislativos**. Jus Navigandi, Teresina, ano 15, n.2439, 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/14469>>. Acesso em: 01 jul. 2013.
- BATISTA, L. S. S.; BATISTA, M.; CONSTANTINO, P.. Perfil de usuários de substância psicoativas do CAPSad em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v.7, n.2, p.23-38, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2ªEd revisada e ampliada. Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no

componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.841, de 20 de Setembro de 2010**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Prevalência de tabagismo no Brasil**. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Ministério da Saúde: Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5.Ed. Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Presidência da República: Brasília, 2006.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de

Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010b.

_____. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: Senad, 2001.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil**. Brasília: Senad, 2010a.

BRAULE, R. **Estatística aplicada com Excel**: para cursos de administração e economia. 12ª impres. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do combate às drogas e suas ideologias. **Revista Saúde Pública**, v.28, n.2, p.137-145, 1994.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País, 2005 - São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARVALHO, J. C.. Uma história política da criminalização das drogas no brasil; a construção de uma política nacional. In: VI SEMANA DE HISTÓRIA E III SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2011, Rio de Janeiro. **Anais da VI Semana de História e III Seminário Nacional de História**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011, p.01-17.

CARVALHO, M. D. A.; SILVA, E. O.; RODRIGUES, L. V.. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas** (Ed. port.), v.6, n.2, p. 337-349, 2010.

CESAR, B. A. L.. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n.3, p.208-211, 2006.

CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

COLAVITTI, F.. Drogas. **Galileu**, n.187, p.01-02, fev. 2007. Disponível em: <<http://revistagalileu.globo.com/Galileu/0,6993,ECT1120198-1706-2,00.html>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. Estudos Técnicos. **Mortes causadas pelo uso de substâncias psicoativas no Brasil**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.cnm.org.br/images/stories/Links/Mortes_causadas_pelo_uso_de_substancias_psicotrpicas_no_Brasil_jan2012.pdf>. Acesso em: 27 de Jul. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** CNS, 2012. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jun/13/cns-resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

CORDEIRO, G. M.; PAULA, G. A.. **Modelos de regressão para análise de dados univariados.** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico: Rio de Janeiro, 1989.

CORDEIRO, G. M.; LIMA NETO, E. A. **Modelos paramétricos.** São Paulo: ABE, 2004.

COSTA, S. K. P. et al. Fatores Sociodemográficos e Condições de Saúde Bucal em Droga-Dependentes. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.11, n.11, p.99-104, 2011.

DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais/** Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª Ed. Texto Revisado. São Paulo: Editora Artes Médicas Sul, 1994. Tradução de: Dayse Batista.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S.. **Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas.** Unidade 3. Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.

ESCOHOTADO, A.. **Historia General de las drogas.** 5.ed. Madrid: ESPASA, 2007.

FARIA, J. G.; SCHMEIDER, D. R.. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v.21, n.3, p.324-333, 2009.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Caracterização de internações de dependentes químicos em uma Unidade de reabilitação. **Cogitare Enfermagem**, v.1, n.3, p.444-451, 2012.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.3. p.347-355, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. 12 reimpr. São Paulo: Atlas: 2009.

GLOBO.COM. **INSS: cresce a busca de usuários de drogas por benefício.** 03 de Junho de 2013. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/economia/inss-cresce-busca-de-usuarios-de-drogas-por-beneficios-8541681.html>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

HAIR JR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados.** 6.ed. Tradução Adonai Schlup Sant'Anna. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HINES, W. W. et al. **Probabilidade e estatística na engenharia.** Tradução Vera Regina Lima de Farias e Flores. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S.. **Applied logistic regression**. 2nd Ed. United States of America: Wiley, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pb#>>. Acesso em: 23 jan. 2012.

JORGE, A. C. R.. **Analisando o perfil dos usuários de um CAPSad**. 2010. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M.. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. **Saúde & Transformação Social**, v.3, n.1, p.39-48, 2012.

LARANJEIRA, R.; ZALESKI, M.; RATTO, L.. Comorbidades psiquiátricas: uma visão global. In: **Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substância de abuso**. São Paulo: ABEAD, 2004, p.07-11.

LESSA, M. B. M. F.. **Os paradoxos da existência na história do uso das drogas**. Instituto de Fenomenologia Existencial do Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.ifen.com.br/artigos/1998-bernadete.htm>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

LIMA, E.; AZEVEDO, R. C. S. **Programa de prevenção ao uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas na UNICAMP**, UNICPM, 2000, p.01-10. Disponível em: <<http://www.cecom.unicamp.br/vivamais/images/stories/projetovivamais.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARGOTTO, P. R.. **Curva ROC: como fazer e interpretar no SPSS**. Escola Superior de Ciências da Saúde, Distrito Federal, 2010. Disponível em: <http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Curva_ROC_SPSS.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2013.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. (Org.). **Guia Prático sobre o Uso, Abuso e Dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais de saúde**. Secretaria de Participação e Parceria. Prefeitura da Cidade de São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_doutrina_drogadicao/Guia%20Pratico%20sobre%20%20Uso%20e%20Dependencia%20e%20Drogas.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2013.

MARTINS, A. G. L.. **História internacional da droga**. European Coalition for Just and Effective Drug Policies, Belgium, 2007. Disponível em: <<http://www.encod.org/info/historia-internacional-da-droga.html>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

MEDRONHO, R. A.. **Epidemiologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

MELO, M. T. (Org.). **Prevenção à Dependência Química**. 2. ed. – Palmas: Editora UNITINS, 2011. Disponível em: <http://gestaoead.unitins.br/wp-content/uploads/2011/08/apostila_dependencia_quimica.pdf>. Acesso em: 08 Jul. 2013.

MONTGOMERY, D. C.; PECK, E. A.; VINING, G. G. **Introduction to linear regression analysis**. 3.ed. Índia: John Wiley, 2006.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, v.15, n.1, p. 90-95, 2011.

MONTENEGRO, S. G. **Modelo de Regressão Logística ordinal em dados categóricos na área da ergonomia experimental**. João Pessoa: UFPB, 2009.

NAGHETTINI, M.; PINTO, E. J. A.. Estimação de Parâmetros. In: NAGHETTINI, M.; PINTO, E. J. A.. **Hidrologia Estatística**. Belo Horizonte: CPRM, c.6, p.199-242, 2007.

NUNES, L. M. O uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humana e Sociais**, n.4, p.232-237, 2007.

OLIVEIRA, I. B. S.. **Tecendo saberes: fenomenologia do tratamento da dependência química**. 2007. 110f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.

OLIVEIRA, M. S.; SZUPSZYNSKI, K. D. R.; DICLEMENTE, C.. Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. **Psico**, v.41, n.1, p.40-46, 2010.

PASCHOAL, J. C.. Ensaios sobre a atividade policial. *Revista Criminal*, ano 5, v.13, jan./abril, p.93-108, 2011. In: AZEVEDO, R.. *Droga e crime: algumas interfaces*. **Veja - Blogs e Colunistas**. Mai, 2013. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/documentos/droga-e-crime-algumas-das-diversas-interfaces/>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P.. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v.23, n.1, p.154-162, 2011.

PAULA, G. A.. **Modelos de Regressão com Apoio Computacional**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

PECHANISKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S.. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.6, Supl 1, p.14-17, 2004.

PELLI, R.. Histórico da criminalização de drogas. **Revista História.com.br**, 2011. Disponível em: <<http://www.revistadehistoria.com.br/secao/reportagem/historico-da-criminalizacao-de-drogas>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

POIARES, C. A.. Contribuição para uma análise histórica da droga. **Revista Toxicodependências**, ano 5, n.1, p.03-12, 1999.

RAUP, L. M.; ADORNO, R. C. F.. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, n.4, p.52-67, 2011.

RYAN, T. P. **Modern Regression Methods**. 2.ed. New Jersey/Canada: John Wiley & Sons, 2009.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **O tratamento de usuários de crack**. São Paulo: Editora Casa Leitura Médica, 2010.

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**, v.57, n1, p.16-22, 2008.

ROMANO, M.. O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade x Dependência de Álcool e outras substâncias. In: **Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso**. São Paulo: ABEAD, 2004, p.12-18.

ROSSETTI, A. C. K.; SANTOS, V. E. P.. Dependente químico: adesão ao tratamento. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, v.4, n.14, p.34-41, 2006.

RUSSO, D. S. et al. Pet-saúde/saúde mental/crack, álcool e outras drogas - levantamento do perfil dos usuários de crack no CAPSad de Santa Cruz do Sul/RS. In: II SALÃO DE ENSINO E EXTENSÃO, 2011, Santa Cruz do Sul. **Anais do II Salão de Ensino e Extensão**. Santa Cruz do Sul: USCS, 2011, p.01-01.

RYAN, T. P.. **Modern Regression Methods**. 2ed. New Jersey: Wiley, 2009.

SALEMA, A. A. S.. **Considerações sobre o abandono do tratamento dos dependentes de álcool dos CAPSad**. 2013. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2013.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANDERSON, C.; GRUEN, R. **Analytical Models for Decision Making: understanding public health**. 1th Edition, New York: Open University Press, 2006, 237 p.

SANTOS, E. S.; PONTE, V.. Modelo de Decisão em Gestão Econômica. **Caderno de Estudos**, v.10, n.19, p.43-56, 1998.

SCAFF, V. P.; LIMA, R. S.; ALMEIDA, D. A. **Sistemas de informação como ferramenta de apoio à decisão na Logística**. XII SIMPEP: Bauru/ SP, 2005, 1-11p.

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

SHEATHER, S. J. **A modern Approach to regression with R**. Texas: Springer, 2009.

SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R.. Comorbidity of psychiatric disorders with drug addiction: preliminary results. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.3, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000300005>. Acesso em: 27 jul. 2013.

SOUZA, R. L.. O uso de drogas e tabaco em ritos religiosos e na sociedade brasileira: uma análise comparativa. **Sæculum - Revista de História**, n.11, p.85-102, 2004.

SPRICIGO, J. S.; ALENCASTRE, M. B.. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu-SC. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.Esp, Abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 30 jul. 2013.

SRAMANA, A.. **Soma ou Ayahuasca?** Portal Xamanismo Ancestral, Jul., 2007. Disponível em: <http://www.xamanismoancestral.com.br/artigos/bebida_sagrada.html>. Acesso em: 04 jul. 2013.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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**, v.49, n.8, p.271-275, 2000.

TAMELINI, M. G.; MONDONI, S. M.. Dependência de substâncias psicoativas. In: MANSUR, C. G. (Org.). **Psiquiatria para o médico generalista**. São Paulo: Artmed, 2012, c.9, p.129-140

TERENCE, A. C. F.; FILHO, E. E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. XXVI ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2006, Fortaleza. **Anais do XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. Fortaleza: UFCE, 2006.

TISSOT, C. L.. **A influência da família sobre a adesão ao tratamento do dependente químico**: um estudo piloto sobre a emoção expressa. 2006. 113f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2006.

TURBAN, E, ARONSON, JE, LIANG, T. **Decision Support Systems and Intelligent Systems**. Seventh Edition. Índia: Pearson Education, 2006.

UNODC. United Nations Office for Drugs and Crimes. **World Drugs Report**. New York, 2009.

UNODC. United Nations Office for Drugs and Crimes. **World Drugs Report**. New York, 2013.

VARGAS, J.. **O homem as drogas e a sociedade: um estudo sobre a (des)criminalização do porte de drogas para consumo pessoal**. 31f. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

VELHO, S. R. B. R.. **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPSad, Londrina/PR**. 174f. 2010. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

WHO. World Health Organization. **Fourth review of psychoactive substances for international control**. Geneva: WHO, 1981.

WHO. World Health Organization. **Relatório Mundial da Saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Tradução: Gabinete de Tradução Climepsi Editores. Ministério da Saúde: CLIMEPSI Editores, 2002b.

WHO. World Health Organization. **WHO Expert Committee on Drug Dependence**. Library Cataloguing-in-Publication Data. 33º Report, n.915. WHO Technical Report Series. Geneva, 2002a. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_915.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2013.

WILD, C. J.; SEBER, G. A. F. **Encontros com o acaso: um primeiro curso de análise de dados e inferência**. Tradução Cristiana Filizola Carneiro Pessoa. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2004.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Nome do serviço: _____

Data da coleta: ____ / ____ / ____ Número do prontuário: _____

Data de início do tratamento: ____ / ____ / ____

Sexo: ☐ Masculino Idade: _____
 ☐ Feminino

Raça/Cor:	☐ Branca	Estado civil:	☐ Solteiro
	☐ Parda		☐ Casado
	☐ Negra		☐ União Estável
	☐ Amarela		☐ Divorciado
	☐ Indígena		☐ Separado
			☐ Viúvo

Escolaridade:	☐ Analfabeto	☐ Médio Completo
	☐ Fundamental Incompleto	☐ Superior Incompleto
	☐ Fundamental Completo	☐ Superior Completo
	☐ Médio Incompleto	☐ Pós-graduação

Profissão / Ocupação: ☐ Trabalha: _____
 ☐ Não trabalha
 ☐ Estuda
 ☐ Benefício: _____

Demanda: ☐ Referenciada. Serviço: _____
 ☐ Espontânea

Modalidade: ☐ Intensiva ☐ Semi-intensiva ☐ Semi-intensiva

