

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**  
**COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS**  
**INSTITUTO DE SAÚDE**  
**Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas**  
**do CRATOD: desafios e perspectivas para a adesão ao**  
**tratamento**

**NATALI MAIUMI HIGASHI MARCONI**

**São Paulo**  
**2023**

Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do  
CRATOD: desafios e perspectivas para a adesão ao  
tratamento

NATALI MAIUMI HIGASHI MARCONI

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof. Dra Tereza Etsuko da Costa Rosa

São Paulo

2023

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

M321c	<p>Marconi, Natali Maiumi Higashi Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do Cratod: desafios e perspectivas para a adesão do tratamento – São Paulo, 2023. 172 f.</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo Área de concentração: Gestão e Prática de Saúde Orientador (a): Profa. Dra. Tereza Etsuko da Costa Rosa</p> <p>1. Adesão 2. Dependência química 3. Drogas (Tratamento) 4. Caps I. Rosa, Tereza Etsuko da Costa</p> <p>CDD: 362.2937</p>
-------	--

Bibliotecária: Tania Izabel de Andrade CRB/8 7241

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

*Aos meus pais, Satiko e Primo (in memoriam), que proporcionaram o alicerce sem o  
qual nada seria possível*

*Ao meu amado Marcelo, cujo apoio incondicional permitiu a continuidade do sonho*

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Tereza, que desde o início transformou minhas ideias obnubiladas em caminhos assertivos como se fosse mágica.

Ao Claudio Fávaro, cuja amizade e parceria transcenderam o trabalho, possibilitando a realização desta dissertação.

Ao Professor Marcelo Ribeiro, meu professor desde os tenros anos acadêmicos, que contribuiu para minha formação em todas as etapas.

À professora Denise que por meio de suas aulas, inspirou o desenho metodológico de parte fundamental deste estudo.

À Ana Karasin que foi meu exemplo de determinação, regada a perspicácia e bom humor.

À professora Maria Ângela que participou de minha jornada no mestrado profissional desde o processo seletivo até a defesa da dissertação.

A todos os professores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, que além de compartilharem seus conhecimentos, tiveram paciência para tolerar meus “eventuais” atrasos na entrega dos trabalhos.

À Raquel e ao Fabiano que ensinaram o verdadeiro significado de parceria, respeito e solidariedade.

Aos amigos “cratoidianos” que tanto me ensinaram sobre o trabalho e a vida.

Ao CRATOD, obrigada por tudo.

O que nos move

*“Quem não sentiu o perigo do tempo palpitar nas mãos não chegou à entranha do destino, não fez mais que acariciar sua face mórbida”*

*“E notem bem: quando algo que foi ideal se faz ingrediente da realidade, deixa inexoravelmente de ser ideal.”*

*(José Ortega Y Gasset. A rebelião das Massas)*

Marconi, NMH. Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do CRATOD: desafios e perspectivas para a adesão ao tratamento. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2023.

## RESUMO

Dentre a natureza multifacetada relacionada ao cuidado às pessoas que usam drogas, a adesão ao tratamento destaca-se como um dos processos mais complexos e laborioso para se alcançar. O CAPS AD III do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD), mesmo dispondo de estrutura física e humana privilegiadas, defrontou-se com indícios da dificuldade em manter a longitudinalidade do cuidado aos pacientes. Assim, objetivou-se analisar fatores que pudessem influenciar na adesão ao tratamento. Estruturou-se o método em duas partes. Na Etapa 1, de desenho quantitativo e com base nos dados secundários referentes aos pacientes do CAPS AD III CRATOD, foram considerados o perfil sociodemográfico, a densidade de tratamento e o desfecho (adesão) desses pacientes no setor. Realizou-se a Regressão Logística Binomial com intuito de encontrar a chance de o *paciente ser não aderente*, investigando-se as categorias nas co-variáveis. Com olhar mais longitudinal, realizou-se a Análise de Sobrevida, com o objetivo de determinar a chance de o *paciente tornar-se não aderente ao longo do tempo em tratamento*, investigando-se as categorias nas co-variáveis. A Etapa 2, de cunho qualitativo, foi composta pelo Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) com os profissionais do CRATOD, utilizando-se os termos indutores *tratamento no CAPS AD III CRATOD* (retratando a ação do trabalho) e *dependente químico* (retratando quem recebe a ação do trabalho), esquadrinharam-se possíveis estigmas e representações sociais dos profissionais acerca de elementos constituintes do trabalho no CAPS AD III CRATOD. Considerando os resultados, a Etapa 1 apontou que ser mais jovem, estar sem atividade remunerada, não passar por ao menos um atendimento médico agendado e não passar por ao menos um atendimento odontológico foram características que apresentaram, significativamente, mais chances de serem não aderentes e de tornarem-se não aderentes em menor tempo ao longo das semanas em tratamento. A Etapa 2 encontrou as aproximações semânticas Equipe, Grupo, PTS e Atendimento como as mais representativas para o indutor *tratamento no CAPS AD III CRATOD*; e Drogas, Vulnerabilidade, Tratamento e Paciente como as mais representativas para o indutor *dependente químico*. Foi possível compreender que fatores de natureza diversa contribuíram para a adesão ao tratamento, envolvendo o processo de trabalho e os agentes participantes. Levantaram-se questionamentos sobre a acessibilidade e acolhimento dos serviços às pessoas que usam drogas, sobre a importância de respeitar a integralidade do cuidado e sobre os estigmas negativos dos profissionais a respeito dos dependentes químicos e do tratamento. Como proposta, sugeriu-se o estímulo à criação de espaços de Educação Permanente nos serviços, a fim de enriquecer as trocas de saberes, promover o acolhimento a eventuais sofrimentos psíquicos dos profissionais e contribuir com uma assistência mais qualificada.

Palavras-chave: adesão, dependência química, tratamento, drogas, CAPS

Marconi, NMH. Challenges and Factors Influencing Low Adherence to Treatment in a Substance Abuse Assistance Center. [Master's Thesis]. São Paulo: Institute of Health, Human Resources Coordination, São Paulo State Department of Health, 2023.

## **ABSTRACT**

Among the multifaceted nature related to the care of individuals who use drugs, adherence to treatment stands out as one of the most complex and laborious processes to achieve. The outpatient unit (CAPS AD III) of The Reference Center for Alcohol, Tobacco, and Other Drugs (CRATOD), despite having privileged physical and human structure, faced indications of difficulty in maintaining the continuity of care for patients. Therefore, the objective was to analyze factors that could influence adherence to treatment. The method was structured in two parts. In Stage 1, with a quantitative design and based on secondary data regarding patients from CAPS AD III CRATOD, the sociodemographic profile, treatment density, and outcome (adherence) of these patients in the sector were considered. Binary Logistic Regression was performed to determine the chance of the patient being non-adherent, investigating the categories in the covariates. With a more longitudinal perspective, Survival Analysis was conducted to determine the chance of the patient becoming non-adherent over time in treatment, investigating the categories in the covariates. Stage 2, with a qualitative approach, consisted of the Free Word Association Test (FWAT) with CRATOD professionals, using the inductive terms treatment in CAPS AD III CRATOD (reflecting the action of work) and drug-addict (reflecting who receives the action of work), scrutinizing possible stigmas and social representations of professionals about constituent elements of work in CAPS AD III CRATOD. Considering the results, Stage 1 indicated that being younger, being unemployed, not undergoing at least one scheduled medical appointment, and not undergoing at least one dental appointment were characteristics that were significantly presented more chances of being non-adherent and becoming non-adherent in a shorter time over the weeks in treatment. Stage 2 found that the semantic approximations Team, Group, PTS, and Attendance were the most representative for the inductive term treatment in CAPS AD III CRATOD, and Drugs, Vulnerability, Treatment, and Patient were the most representative for the inductive term drug-addict. It was possible to understand that factors of diverse nature contributed to treatment adherence, involving the work process and participating agents. Questions were raised about the accessibility and reception of services for individuals who use drugs, the importance of respecting the comprehensiveness of care, and the negative stigmas of professionals regarding drug users and treatment. As a proposal, the stimulation of creating spaces for Permanent Education in services was suggested to enrich the exchange of knowledge, promote the reception of eventual psychological distress among professionals, and contribute to more qualified assistance.

Keywords: adherence, substance-related disorders, treatment, drugs, CAPS



# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
1.1. PERPETUIDADE DO CUIDADO VALORIZANDO OS CARECIMENTOS INDIVIDUAIS.....	20
1.2. O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM NÚMEROS .....	20
1.2.1. Prevalência .....	20
1.2.2. Perfil sociodemográfico.....	22
1.3. SOBRE O TRATAMENTO OFERTADO ÀS PQUD .....	23
1.3.1. As necessidades das PQUD no tratamento.....	23
1.3.2. O tratamento relacionado às Políticas Públicas.....	25
1.3.3. Cuidado além dos CAPS AD .....	27
1.4. SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO .....	28
1.4.1. Visão geral.....	28
1.4.2. Adesão ao tratamento da dependência química.....	28
1.4.3. Particularidades referente aos pacientes usuários de crack.....	29
1.5. VALIDAÇÃO E RESPEITO À IMPORTÂNCIA DO PERTENCIMENTO .....	29
1.5.1. Proêmio .....	29
1.5.2. Estigma.....	30
1.5.3. Representações Sociais .....	31
1.6. O CENTRO DE REFERÊNCIA DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS - CRATOD .	33
1.6.1. Histórico e atribuições.....	33
1.6.2. Localização.....	34
1.6.3. Recursos humano e físico .....	36
1.6.4. Pronto Atendimento e Unidade de Observação.....	38
1.6.5. CAPS AD III CRATOD .....	40
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>44</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>45</b>
3.1. OBJETIVO GERAL.....	45
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	45
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>46</b>
4.1. ETAPA 1.....	46
4.1.1. Caracterização da etapa .....	46
4.1.2. Obtenção inicial dos dados.....	46
4.1.3. Organização dos dados e seleção dos pacientes.....	46
4.1.4. Designação das variáveis para estudo .....	55
4.1.6. Análise Estatística.....	59
4.1.6.1. Análise Estatística Descritiva.....	59
4.1.6.2. Análise Estatística Analítica.....	61
4.1.6.2.1. Primeira vertente.....	61
4.1.6.2.2. Segunda vertente.....	62
4.2. ETAPA 2.....	67
4.2.1. Caracterização da etapa .....	67
4.2.2. Participantes e obtenção dos dados .....	67

4.2.3. Preparação e organização dos dados .....	68
4.2.4. Análise dos dados.....	69
4.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	73
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
5.1. ETAPA 1.....	74
5.1.1. AVALIAÇÃO DESCRITIVA .....	74
5.1.2. AVALIAÇÃO ANALÍTICA .....	82
5.1.2.1. Primeira vertente .....	82
5.1.2.1. Segunda vertente .....	91
5.2. ETAPA 2.....	100
5.2.1. SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO QUE O CRATOD ESTÁ PASSANDO .....	100
5.2.2 TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD .....	103
5.2.3. DEPENDENTE QUÍMICO.....	109
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>116</b>
6.1. SOBRE O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES .....	116
6.1.1. Diferenças e semelhanças entre o CAPS AD III CRATOD e os demais serviços.....	117
6.1.2. Reflexões e formulação de questões norteadoras.....	128
6.2. SOBRE A DENSIDADE DE TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD .....	131
6.3. SOBRE AS RELAÇÕES COM OS PACIENTES .....	135
6.4. LIMITAÇÕES E DIFICULDADES.....	146
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>148</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>168</b>
APÊNDICE A: RESUMO EXECUTIVO .....	168
APÊNDICE B: FORMULÁRIO PARA APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (TALP) .....	171
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....	172

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resultados encontrados após realização das Regressões Logísticas Univariada e Multivariada .....	89
Tabela 2: Resultados encontrados após realização das Regressões de Cox Univariada e Multivariada na Análise de Sobrevida .....	98

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Prevalência do uso de substâncias na vida, nos 12 meses anteriores a pesquisa, nos 30 dias anteriores a pesquisa e dependência .....	22
Quadro 2: Aspectos importantes em um serviço assistencial para pessoas que usam drogas, sob o ponto de vista de usuários de crack .....	24
Quadro 3: Recorte da planilha compilada com os dados dos pacientes .....	47
Quadro 4: Exemplo da ordenação dos dados com criação da coluna RESUMO e SEMANAS EM TRATAMENTO .....	49
Quadro 5: Comparação entre as duas vertentes da Análise Estatística Analítica .....	66
Quadro 6: Resumo da estruturação da Etapa 2 .....	73
Quadro 7: Representação Dendrítica das palavras/expressões evocadas através do indutor SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO QUE O CRATOD ESTÁ PASSANDO	101
Quadro 8: Representação Dendrítica das palavras/expressões evocadas através do indutor TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD .....	104
Quadro 9: Equivalência entre as raízes semânticas e os elementos que compõem o procedimento em análise .....	105
Quadro 10: Quadro de Quatro Casas para o termo indutor TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD .....	106
Quadro 11: Representação Dendrítica das palavras/expressões evocadas através do indutor DEPENDENTE QUÍMICO .....	110
Quadro 12: Equivalência entre as raízes semânticas e os elementos que compõem o sujeito em análise .....	111

Quadro 13: Quadro de Quatro Casas para o termo indutor DEPENDENTE QUÍMICO .....	112
Quadro 14: Listagem de estudos descritivos realizados por meio da coleta de dados contidos em prontuários dos pacientes assistidos por CAPS AD com suas respectivas variáveis descritivas .....	118
Quadro 15: Listagem de estudos descritivos desenvolvidos com dados provenientes de prontuários de outros serviços (excetuando os CAPS AD) e/ou através de entrevistas realizadas com os usuários de drogas, com suas respectivas variáveis descritivas .....	119
Quadro 16: Listagem de estudos com análise comparativa investigando fatores relacionados à adesão ao tratamento .....	126
Quadro 17: Listagem de estudos com indicadores de marginalização socioeconômica de usuários de drogas .....	140
Quadro 18: Evocações com raiz semântica dúbia .....	144

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Prevalência global anual do uso de drogas ilícitas e transtornos relacionados ao uso de drogas ilícitas de 2006 a 2009 .....	21
Figura 2: Linha do tempo com as Políticas Públicas Nacionais sobre Drogas .....	27
Figura 3: Distrito do Bom Retiro .....	34
Figura 4: Localização do CRATOD .....	35
Figura 5: Localização da cena aberta de uso “Cracolândia” no segundo trimestre de 2022 .....	36
Figura 6: Mapa representativo da estrutura física destinada à assistência do Andar Térreo do CRATOD.....	37
Figura 7: Mapa representativo da estrutura física destinada à assistência do Primeiro Andar do CRATOD.....	37
Figura 8: Fluxo e possibilidades de conduta e encaminhamento no Pronto Atendimento .....	38
Figura 9: Fluxo dos pacientes admitidos na Unidade de Observação.....	39
Figura 10: Condições que frequentemente culminam na admissão do paciente na Unidade de Observação.....	40
Figura 11: As Miniequipes do CAPS AD III CRATOD .....	41
Figura 12: Objetivos do Tratamento no CAPS AD III CRATOD .....	42
Figura 13: Pauta de tarefas (check list) no CAPS AD III CRATOD .....	42

Figura 14: Grade Estrutural de Oficinas e Grupos Terapêuticos no CAPS AD III CRATOD .....	43
Figura 15: Fluxograma da seleção dos pacientes para o estudo .....	54
Figura 16: Transformação da coluna Status na variável ADESÃO .....	56
Figura 17: Variáveis de estudo .....	58
Figura 18: Recodificação das variáveis .....	60
Figura 19: Exemplo da representação gráfica de Kaplan-Meier.....	64
Figura 20: Distribuição dos testes associativos no gráfico de Kaplan-Meier .....	65
Figura 21: Representação Dendrítica níveis categóricos .....	69
Figura 22: Quadro de Quatro Casas e a função de cada quadrante .....	70
Figura 23: Representação gráfica para o Questionário de Caracterização .....	71
Figura 24: Associação entre as curvas e os significados .....	72
Figura 25: Distribuição dos pacientes segundo Idade em Anos e Faixa Etária.....	74
Figura 26: Distribuição dos pacientes segundo Identidade de Gênero .....	75
Figura 27: Distribuição dos pacientes segundo Raça/ Cor da Pele.....	75
Figura 28: Distribuição dos pacientes segundo Estado Civil .....	76
Figura 29: Distribuição dos pacientes segundo Escolaridade .....	76
Figura 30: Distribuição dos pacientes segundo Atividade Remunerada .....	77
Figura 31: Distribuição dos pacientes segundo Religião .....	77

Figura 32: Distribuição dos pacientes segundo Nacionalidade .....	78
Figura 33: Distribuição dos pacientes segundo <i>Status</i> e ADESÃO .....	79
Figura 34: Distribuição dos pacientes segundo Tempo em Tratamento .....	79
Figura 35: Distribuição dos pacientes segundo Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s) .....	80
Figura 36: Distribuição dos pacientes segundo Atendimento(s) Odontológicos(s)....	81
Figura 37: Distribuição dos pacientes segundo Admissão(ões) no Setor de Observação .....	81
Figura 38: Distribuição dos pacientes segundo a média de participações em grupos por semana .....	82
Figura 39: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável Independente Faixa Etária e variável dependente ADESÃO .....	83
Figura 40: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Identidade de Gênero e variável dependente ADESÃO .....	83
Figura 41: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Raça/ Cor da Pele e variável dependente ADESÃO .....	84
Figura 42: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Estado Civil e variável dependente ADESÃO .....	84
Figura 43: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Escolaridade e variável dependente ADESÃO .....	85
Figura 44: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Atividade Remunerada e variável dependente ADESÃO .....	85



Figura 45: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s) e variável dependente ADESÃO .....	86
Figura 46; Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Atendimento(s) Odontológico(s) e variável dependente ADESÃO .....	86
Figura 47: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Admissão(ões) no Setor de Observação e variável dependente ADESÃO .....	87
Figura 48: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Grupos por Semana e variável dependente ADESÃO .....	87
Figura 49: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Faixa Etária .....	91
Figura 50: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Identidade de Gênero .....	92
Figura 51: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Raça/ Cor da Pele ..	92
Figura 52: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Estado Civil .....	93
Figura 53: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Escolaridade.....	93
Figura 54: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Atividade Remunerada .....	94
Figura 55: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s) .....	94
Figura 56: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Atendimento(s) Odontológico(s) .....	95
Figura 57: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Admissão(ões) no Setor de Observação .....	95

Figura 58: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Grupos por Semana .....	96
Figura 59: Representação metafórica do contexto na qual o TALP foi aplicado .....	102
Figura 60: Tabela e Representação Gráfica do Questionário de Caracterização referente ao termo indutor TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD .....	107
Figura 61: Classificação dos termos de aproximação semântica a partir do traçado da Representação Gráfica do Questionário de Caracterização .....	108
Figura 62: Tabela e Representação Gráfica do Questionário de Caracterização referente ao termo indutor DEPENDENTE QUÍMICO .....	113
Figura 63: Classificação dos termos de aproximação semântica a partir do traçado da Representação Gráfica do Questionário de Caracterização .....	114
Figura 64: Perfil predominante dos usuários de drogas participantes dos estudos elencados nos Quadros 14 e 15.....	120
Figura 65: Aproximações semânticas da raiz Visão Estigmatizada .....	138
Figura 66: Círculo vicioso do Estigma Social .....	141

## ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPSC: Atendimento Médico no Setor CAPS AD III CRATOD

CAPS AD III CRATOD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas

COFEN: Conselho Federal de Entorpecentes

CONAD: Conselho Nacional Antidrogas

CONAD: Conselho Nacional Sobre Drogas

CPF: Cadastro de Pessoa Física

CRATOD: Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas

HR: *Hazard Ratio*

MS: Ministério da Saúde

OBS: Setor de Observação

OR: *Odds Ratio*

ODONTO: Atendimento de Odontologia

OME: Ordem Média de Evocação

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

PECT: Programa Estadual de Controle do Tabagismo

PRODESP: Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo

PTS: Projeto Terapêutico Singular

PQUD: Pessoas que usam drogas

RAPS: Rede De Atenção Psicossocial

RG: Registro Geral

SAME: Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas

SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SUS: Sistema Único de Saúde

TALP: Teste de Associação Livre de Palavras

TO: Terapeuta Ocupacional

TRO: Triagem e Orientação no Setor de Pronto Atendimento

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. Perpetuidade do cuidado valorizando os carecimentos individuais

Compreender o usuário de substâncias psicoativas, respeitando suas particularidades e suas questões multifacetadas desponta como facilitador na adesão ao tratamento ambulatorial (WHO, 2003; POSSATO, 2021). A empatia por parte dos profissionais de saúde diante do sofrimento e das dificuldades dos pacientes auxilia na quebra de paradigmas e estigmatização social, aproximando os envolvidos e criando vínculo terapêutico fundamental para manutenção do cuidado (RIBEIRO e col., 2010).

A fim de esquadrihar a importância do exposto acima, constitui-se como antelóquio deste trabalho aclarar conceitos e reflexões alusivos a aspectos relacionados à assistência prestada a esses indivíduos, tangenciadas pelo campo das relações humanas e respeito ao direito à saúde.

Uma nota inicial deve ser destacada sobre a vasta literatura consolidada sobre dependência química. Anuímos e respeitamos o conhecimento acumulado sobre o tema e que exigiu dedicação ímpar por parte dos profissionais e cientistas envolvidos. Embora divergências possam existir em alguns aspectos, é impreterível o discernimento acerca do motivo uníssono que levou esta gama de pesquisadores a compartilharem seus saberes: proporcionar saúde às pessoas que usam drogas (PQUD).

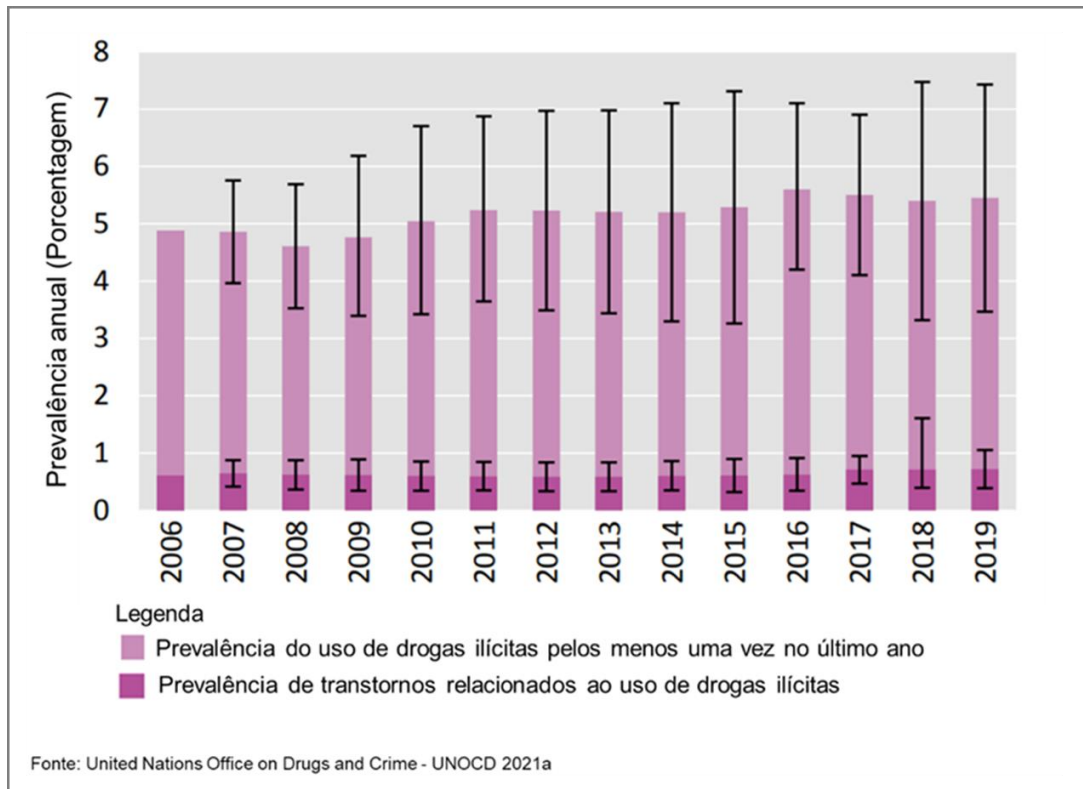
## 1.2. O uso de substâncias psicoativas em números

Com a intenção de dimensionar as questões relacionadas ao uso de drogas na população, é importante salientar algumas pesquisas de cunho epidemiológico quantitativo cujos resultados encontrados ajudam a elucidar dados referentes a esta realidade.

### 1.2.1. Prevalência

A Figura 1 apresenta a prevalência global anual em porcentagem do uso de drogas ilícitas e transtornos relacionados a este uso entre os anos de 2006 e 2019. Estima-se, que em 2019, 275 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos fizeram, pelo

menos uma vez, uso de drogas ilícitas no último ano, o que equivale a aproximadamente 5,5% da população mundial daquela época. Dentre eles, aproximadamente 36,3 milhões, ou seja 13%, apresentaram afecções relacionadas ao uso dessas substâncias (UNODC, 2021).



**Figura 1: Prevalência global anual do uso de drogas ilícitas e transtornos relacionados ao uso de drogas ilícitas de 2006 a 2009**

Dando enfoque aos dados nacionais, no III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira divulgado em 2017, com amostra representativa da população entre 12 e 64 anos, foram estimadas as prevalências de uso e dependência de drogas lícitas e ilícitas. O Quadro 1 expõe resumidamente informações apresentadas no estudo, referente aos padrões de consumo de álcool, tabaco, maconha, cocaína e crack no ano de 2015, período da coleta dos dados. Os valores de prevalência correspondem à população da pesquisa. De forma geral, o álcool é a droga mais consumida no país, mas o tabaco é a substância que apresenta maior prevalência de dependência. Dentre as substâncias ilícitas, a maconha é a mais

consumida, seguida, em menor proporção, pela cocaína e pelo crack (FIOCRUZ, 2017).

**Quadro 1: Prevalência do uso de substâncias na vida, nos 12 meses anteriores a pesquisa, nos 30 dias anteriores a pesquisa e dependência**

Substância	Na vida		Nos últimos 12 meses		Nos últimos 30 dias		Padrão de dependência	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Tabaco	33,5	32,4 - 34,6	15,4	14,6 - 16,1	13,6	12,9 - 14,3	3,2	2,8 - 3,6
Álcool	66,4	32,4 - 34,6	43,1	41,8 - 44,4	30,1	28,9 - 31,3	1,5	1,2 - 1,8
Maconha	7,7	7,1 - 8,3	2,5	2,1 - 2,9	1,5	1,1 - 1,8	0,3	0,1 - 0,5
Cocaína	3,1	2,7 - 3,4	0,9	0,7 - 1,1	0,3	0,2 - 0,4	0,2	0,1 - 0,3
Crack	0,9	0,7 - 1,1	0,3	0,2 - 0,4	0,1	0,0 - 0,2	0,1	0,0 - 0,2

Fonte: FIOCRUZ. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira

Em pesquisa voltada ao uso de crack e derivados no país, a estimativa do número de usuários regulares dessas substâncias em 2012, nas capitais e no Distrito Federal, era de 370.000 indivíduos, equivalente a 0,81% do total de habitantes dessas localidades. O conceito adotado pelo estudo para classificar um usuário como regular foi o estabelecido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) como sendo o uso da substância por pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses (BASTOS e BERTONI, 2014).

### 1.2.2. Perfil sociodemográfico

O conhecimento aprimorado sobre as características sociodemográficas dos usuários de substâncias psicoativas é essencial para planejar e estruturar serviços mais qualificados a esses pacientes, além de melhorar a compreensão dos mecanismos associados à evolução e desenvolvimento dos transtornos relacionados pelo uso de drogas (AMUNDSEN e col., 2022).

Considerando o perfil sociodemográfico em amostra representativa dos usuários de crack em cenas abertas de uso, foi possível apontar que essa população é majoritariamente composta por adultos jovens (idade média de 30,28 anos), homens (78,7%), não-brancos (79,2%), solteiros (60,6%), em situação de rua (39,0%) e obtendo renda por meio de trabalho autônomo (64,9%) (BASTOS e BERTONI, 2014).

Os comportamentos de risco também foram destacados, com 42,2% de usuários referindo terem feito sexo em troca de drogas ou dinheiro para financiar o

uso nos 30 dias que antecederam a pesquisa. A prevalência encontrada de infecção pelo HIV foi de 5,0% aproximadamente oito vezes a estimada para a população geral brasileira (BASTOS e BERTONI, 2014).

Ademais, um estudo populacional com desenho caso-controle realizado na Noruega constatou que, em comparação com a população geral daquele país, os pacientes com afecções relacionadas ao uso de substâncias psicoativas apresentavam nível de escolaridade e renda substancialmente menores; dependiam mais de benefício e auxílio financeiro; e moravam mais sozinhos (AMUNDSEN e col., 2022).

### **1.3. Sobre o tratamento ofertado às PQUD**

Como preâmbulo desta seção é importante ressaltar que as bases neurobiológicas e medicamentosas disponíveis possuem alicerce sólido no conjunto amplo de conhecimento validado (KOOB e VOLKOW, 2010; LINGFORD-HUGHES e col., 2004; MALBERGIER e col., 2012). Sendo assim esta pesquisa enfocará e contribuirá em outros aspectos relacionados ao tratamento desses pacientes.

#### **1.3.1. As necessidades das PQUD no tratamento**

Segundo pesquisa realizada com usuários de crack no Brasil, aproximadamente 77% referiram ter vontade de realizar tratamento para o uso de drogas no momento da entrevista. Quando questionados sobre quais aspectos consideravam importante em uma unidade assistencial, além dos serviços básicos de saúde e sociais, a maioria desses usuários apontou para aspectos estruturais/elementares de vida como higiene, alimentação, ajuda para conseguir emprego e oportunidades para cursos gratuitos, atividades de lazer e serviços sociais (BASTOS e BERTONI, 2014). O Quadro 2 resume esses achados da pesquisa.



**Quadro 2: Aspectos importantes em um serviço assistencial para pessoas que usam drogas, sob o ponto de vista de usuários de crack**

	BRASIL	
	%	IC 95%
Serviços básicos de saúde disponíveis	97,18	96,14 - 97,94
Serviços sociais básicos disponíveis (encaminhamento para abrigo, retirada de documentos, etc)	90,14	88,61 - 91,49
Alimentação disponível no local	96,92	95,77 - 97,76
Banho e outros cuidados de higiene disponíveis no local	96,73	95,33 - 97,72
Encaminhamento/ajuda para conseguir emprego	95,57	93,96 - 96,77
Encaminhamento/ajuda para escola/curso	94,88	93,29 - 96,11
Encaminhamento/ajuda/disponibilização de atividades de lazer/esportes	94,81	93,46 - 95,9
Localização próxima ao local onde usam drogas	65,74	62,59 - 68,75
Polícia não tenha acesso ao local	62,67	59,15 - 66,07

Fonte: BASTOS et al 2014

Os dados acima exemplificam as ações que os próprios usuários consideram mais importantes para serem ofertados em uma unidade assistencial, o que permeiam as necessidades de vida e alcançam o conceito amplo de saúde. Esse conjunto de aspectos parecem compor um bloco coeso podendo ser pouco produtivo focar o tratamento ao paciente em apenas parte das vertentes elencadas porque além de cumprir parcialmente com o propósito de cuidado, pode tornar a unidade menos atraente para esses indivíduos.

Em estudo realizado com usuários de crack em situação de rua nos municípios da Baixada Santista do estado de São Paulo, observou-se que esses indivíduos procuravam um serviço que oferecesse espaço de escuta e acolhimento (ROSSI e TUCCI, 2019). Entretanto, dados de outra pesquisa realizada com pacientes que frequentaram CAPS AD, em 13 municípios do estado de São Paulo, indicaram a persistência de relações distanciadas entre esses sujeitos e os profissionais, havendo muito tecnicismo e sobressalência da burocracia, além de pouca receptividade por parte desses trabalhadores (MELO, 2020). É perceptível a antítese entre os resultados desses trabalhos científicos, contrapondo as atitudes esperadas pelos pacientes por parte dos trabalhadores assistenciais e o que esses profissionais proporcionam, de fato, aos pacientes. Vale destacar que temos sapiência da imprecisão de generalizar o exposto neste parágrafo, não obstante, atentamo-nos que esses dados são dignos de diligência.

### 1.3.2. O tratamento relacionado às Políticas Públicas

Embora seja notável a existência, nas últimas duas décadas, de uma série de documentos legislativos referentes às políticas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, com cuidado na compreensão da complexidade dessas questões e respeito ao direito à saúde das PQUD (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008; BRASIL, 2019), é importante destacar que este movimento pode ser considerado hodierno em se tratando do longo período que antecedeu essas décadas, tendo em vista leis como a nº. 5.726 de 1971 (BRASIL, 1971) e nº. 6.368 de 1976 (BRASIL, 1976), que concentravam suas disposições a medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de entorpecentes, em cunho da justiça penal (SANTOS e OLIVEIRA, 2013). Ainda vale destacar que são poucas as determinações legais nas décadas do século XX que precederam a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei Orgânica do SUS de 1990 (BRASIL, 1990).

Outra observação a ser feita é a formação de órgãos compostos por grupos técnicos intersetoriais com o propósito de discutir e propor políticas públicas acerca dos conteúdos relacionados às drogas e tratamentos ofertados, refletindo, assim, a preocupação crescente com esta realidade. Em relação a esta função podemos destacar:

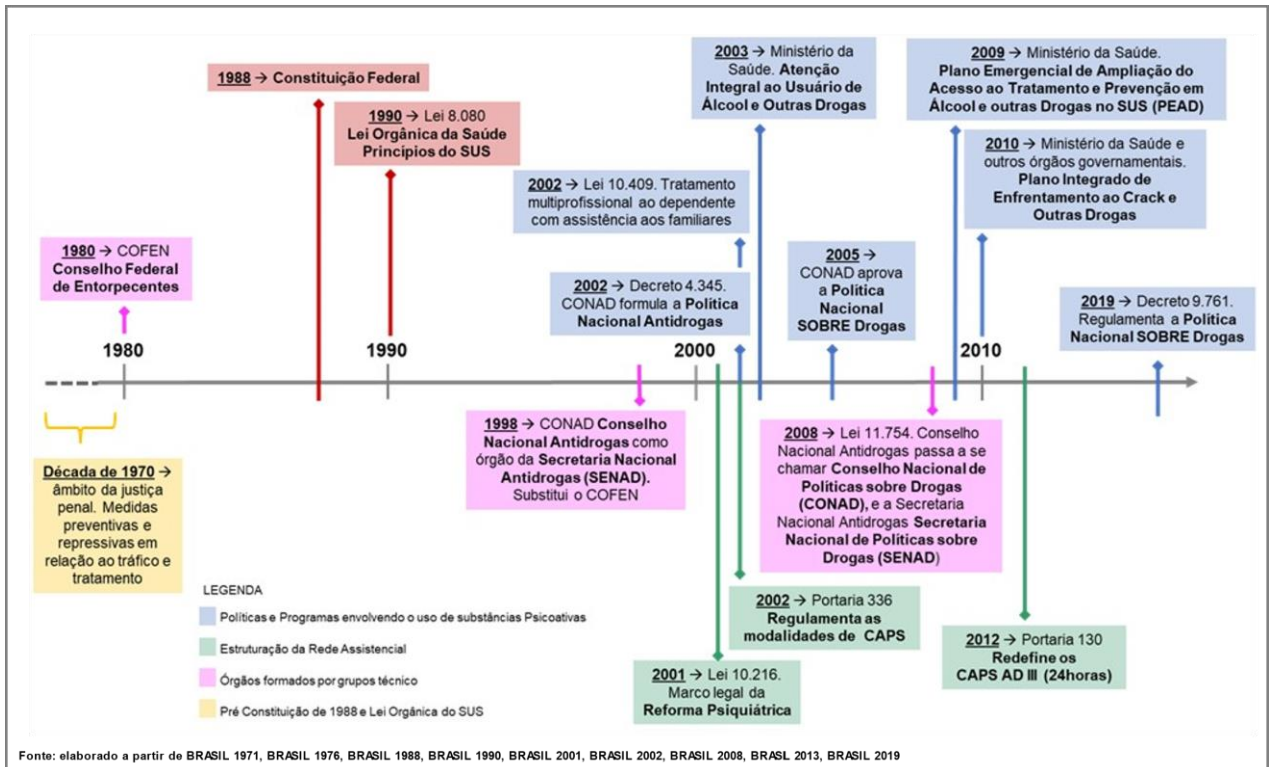
- a) o Conselho Federal de Entorpecentes do Ministério da Justiça e Segurança Pública (COFEN/MJSP), entre 1980 e 1998. Privilegiou a repressão à produção e tráfico de drogas, porém desenvolveu práticas de cuidado aos usuários e apoio a equipamentos voltados ao tratamento;
- b) o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), entre 1998 e 2008, como órgão normativo e deliberativo da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Manteve ideia de repressão ao tráfico, considerando as drogas como ameaças à sociedade, entretanto começou a se aproximar das propostas relacionadas ao tratamento multiprofissional envolvendo as questões multifacetadas do usuário e possibilidade de redução de danos;
- c) o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), a partir de 2008, de acordo com a Lei nº. 11.754 (BRASIL 2008). Sublinha-se a substituição do termo “antidrogas” para a expressão “sobre drogas”. As diretrizes começam a apontar para o direito de os usuários receberem tratamento, com enfoque na prevenção e

distinção entre usuários e traficantes. O alinhamento com os princípios do SUS, gradativamente, vai ficando mais evidente.

O contexto trazido pela Lei Orgânica do SUS de 1990 (BRASIL, 1990) e pela Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica, direciona a organização do modelo de assistência em saúde mental, priorizando o direito à universalidade de acesso, integralidade do cuidado e descentralização do atendimento (SANTOS e OLIVEIRA, 2013). Em consonância a esta conjuntura, a Portaria nº. 336/GM (MS 2002) apresentou proposta cuja finalidade foi atender às primazias elencadas acima em caráter estrutural, e por conseguinte foi criado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O CAPS é um equipamento voltado ao cuidado dos indivíduos com necessidades relacionadas à saúde mental. Em âmbito ambulatorial, tem maior proximidade com o usuário visto a sua presença no território e divisão em áreas de abrangência, levando, assim, a uma melhor compreensão do cenário na qual o sujeito se insere. Valoriza o trabalho multiprofissional, utilizando-se da troca de conhecimento e composição da visão ampla de cuidado. Também estima o movimento de trazer as PQUD para o serviço, de forma a valorizar sua autonomia e engajamento, auxiliando nas escolhas diante das opções de tratamento. Configura-se como parte de uma rede de cuidados composta por serviços pertencentes a diversos setores, como o assistencial, de saúde, jurídico, trabalhista. Em prol do benefício ao paciente, é importante que exista uma articulação entre os componentes dessa rede.

A Figura 2 resume os principais marcos das políticas públicas relacionadas à saúde mental e questões associadas ao uso de drogas.



**Figura 2: Linha do tempo com as Políticas Públicas Nacionais sobre Drogas**

### 1.3.3. Cuidado além dos CAPS AD

De forma complementar ao exposto na seção anterior, observa-se que os CAPS voltados às PQUD, os CAPS AD, afastando-se da premissa de composição de cuidado promovido pela rede de atenção psicossocial (RAPS) (MS, 2017), por vezes apresentam uma comunicação pouco articulada com outros equipamentos, contribuindo para o seu isolamento no território e reforçando a ideia de que são os únicos serviços responsáveis pelo atendimento e cuidado das PQUD (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008; MELO, 2020).

Um ponto importante a ser citado é a relevância da intersectorialidade na assistência a essas pessoas, abarcando atores e equipamentos nos diversos setores. Entretanto o que se percebe é uma rede multisetorial, com ações fragmentadas e articulações rúpteis, afastando-se da integralidade do cuidado, baseada muitas vezes apenas em encaminhamentos (PAIVA e col., 2014). Atitudes pautadas em parcerias, diálogos e compartilhamento de responsabilidades são bases estruturais da promoção de saúde deste cidadão.

## **1.4. Sobre adesão ao tratamento**

### **1.4.1. Visão geral**

A palavra adesão comumente faz referência à ideia de consentimento, aquiescência ou apoio a algo (DICIONÁRIO BRASILEIRO DA LÍNGUA PORTUGUESA MIRADOR INTERNACIONAL, 1981a), definição que dialoga com o conceito que muitos autores aplicam ao contexto da saúde, considerando adesão ao tratamento como a medida na qual os pacientes aceitam e seguem as recomendações profissionais (RAND, 1993; VITOLINS e col., 2000). Essa linha remete à subordinação do paciente às instruções do prescritor. Entretanto, uma outra concepção da palavra adesão alude aos significados dos termos acordo e ligação (DICIONÁRIO BRASILEIRO DA LÍNGUA PORTUGUESA MIRADOR INTERNACIONAL, 1981a), distanciando-se dos conceitos anteriores e aproximando-se de uma mudança na perspectiva assistencial, na qual a visão do paciente é levada em consideração nas tomadas de decisões, fazendo os atores envolvidos participarem de forma ativa do processo (MESQUIDA e col., 2021). Deve-se ter em mente que a perspectiva do paciente é crucial para entender sua atitude em relação à assistência prestada e, mais especificamente, à adesão ao seu tratamento (NUNES e col., 2009).

Em relatório elaborado pela *World Health Organization* publicado em 2003, a adesão é conceituada como um fenômeno multidimensional determinado pela interação de um conjunto de fatores que estão relacionados: (1) ao comportamento do próprio paciente; (2) ao contexto socioeconômico; (3) à equipe assistencial e ao sistema de saúde local; (4) ao tratamento ofertado; e (5) à doença propriamente dita. Considera, ainda, como equivocada, a crença comum de que os pacientes são os únicos responsáveis pela adesão ao seu tratamento (MOOS e MOOS, 2003; WHO, 2003).

### **1.4.2. Adesão ao tratamento da dependência química**

Configura-se, como um dos maiores desafios no cuidado aos pacientes que fazem uso de drogas, a adesão ao tratamento (MOOS e MOOS, 2003). Uma pesquisa realizada em CAPS AD no município de Teresina no estado do Piauí, envolvendo análise de 227 prontuários, concluiu que menos da metade dos pacientes (43,1%) permaneceu no tratamento após três meses da admissão no serviço (MONTEIRO, 2011). Resultados mais alarmantes são encontrados em estudo qualitativo

desenvolvido no município de São Paulo com 40 dependentes químicos que já haviam frequentado CAPS AD, indicando que 36 deles (90%) abandonaram o tratamento antes de completarem três meses na unidade, sendo 28 dessas evasões (70%) no primeiro mês (REIS, 2016).

#### **1.4.3. Particularidades referente aos pacientes usuários de crack**

De acordo com estudo baseado em revisão da literatura sobre adesão ao tratamento, foi constatado que os usuários de crack apresentam taxas maiores de abandono quando comparadas aos usuários das demais substâncias psicoativas. Além disso, problemas com a lei, perda dos laços parentais na infância, história familiar de transtornos mentais e associação com uso de álcool foram sugeridos como fatores preditivos para evasão do tratamento (HATSUKAMI e FISCHMAN, 1996). Também foi observado que usuários de crack são os que menos procuram ajuda entre os que utilizam drogas ilícitas (CARLSON e col., 2010).

Em pesquisa de análise documental realizada em CAPS AD da cidade de Campo Grande (MS) com enfoque no impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão dos usuários ao cuidado ofertado, observou-se que os pacientes mais jovens, com uso de substâncias ilícitas (crack e cocaína), com menor tempo de uso e, aparentemente, com menor estrutura familiar são aqueles com maior dificuldade em aderir ao tratamento proposto (PEIXOTO e col., 2010).

### **1.5. Validação e respeito à importância do pertencimento**

#### **1.5.1. Proêmio**

Ao dirigirmos o olhar às PQUD, é imprescindível visitar os conceitos de representação social e estigma visto ser este um grupo de pessoas que infringe padrões impostos pela sociedade e, como resultado, é associado apenas, de forma precipitada e arbitrária, a atributos adversos e ímpios (NASCIMENTO e LEÃO, 2019). Tais pensamentos podem influenciar a maneira como os profissionais assistenciais veem essas pessoas, impactando no cuidado ofertado e na adesão ao tratamento.

À vista disso, o estudo desenvolvido bebeu de fontes da sociologia e psicologia, porém meramente arranhou a superfície dos conteúdos referentes a essas áreas. Ademais, compreendo minhas limitações, visto a minha formação em saúde mental

voltada para as ciências biomédicas, todavia reconheço a necessidade de abordar esses assuntos considerando a dependência química e o seu tratamento entrelaçados fortemente à questões sociais e relacionais.

### 1.5.2. Estigma

No campo da etimologia, a palavra estigma tem origem do latim “*stigma*”, que significa marca ou sinal (DICIONÁRIO BRASILEIRO DA LÍNGUA PORTUGUESA MIRADOR INTERNACIONAL, 1981c). Ao revisitar o entendimento deste termo na Grécia Antiga, revela-se a sua definição como marcação corporal, e consequente identificação, daqueles que não eram considerados parte digna de pertencer a sociedade estabelecida como ideal. Portanto, esta marca depreciativa indicava que o portador deveria ser evitado pelos demais e estava inabilitado para a aceitação plena (GOFFMAN, 1978). Atualmente é perceptível a presença de estigmas nas relações humanas, porém não se restringindo às evidências físicas apenas, mas abrangendo, também, características sociodemográficas, culturais e decorrentes das ações e condições situacionais (RONZANI e FURTADO, 2010).

O estigma advém do desvio do padrão que a própria sociedade impõe sobre seus membros. Dessa maneira, criam-se exigências a partir dos estereótipos e expectativas para corresponder ao que é esperado. Características pessoais que se alonginham disso, culminam na reconhecimento do sentimento de estranhamento e consequentemente daquilo que é diferente e não acolhido socialmente de forma integral (GOFFMAN, 1978).

Traçando um paralelo com a realidade das PQUD, o sujeito classificado como portador de atributos indesejáveis pela sociedade, neste caso o uso de drogas, é incongruente com a preconceção elaborada de normalidade aguardada e dessarte muitas vezes definido como não benquisto socialmente (PAIVA e col., 2014). Por conseguinte, surge uma dificuldade da população em desenvolver empatia e discernimento diante do sofrimento desses indivíduos (GRØNNESTAD e col., 2020).

Ainda neste contexto, quanto maior a situação de vulnerabilidade da pessoa que usa drogas, maior é a sua necessidade de cuidado e compreensão por parte da comunidade. Entretanto, percebe-se movimento antagônico nas dinâmicas relacionais vigentes principalmente nas cenas abertas de uso de drogas tipificadas como locais execráveis na opinião de grande parcela da população (GRØNNESTAD e col., 2020). A maioria das pessoas não usuárias de drogas que tem ciência e/ou transitam por

esses locais prévios para consumo de álcool e outras drogas não identificam os usuários como semelhantes em sua condição de cidadãos. Optam pelo não reconhecimento do direito ao acesso às condições dignas de vida e não contribuem para sua reabilitação social mesmo durante e após processos de assistência e tratamento.

A estigmatização do indivíduo que faz uso de drogas categoriza-o como dissimile e contribui para sua marginalização na sociedade, tolhendo oportunidades em áreas edificantes exemplificativamente laborais, acadêmicas, sociais, familiares. Em decorrência dessa discriminação, esses usuários apresentam sentimentos de angústia, de autorreprovação e de baixa autoestima, com percepção de descrédito perante a sociedade, evoluindo com processo de internalização do estigma (NASCIMENTO e LEÃO, 2019).

Quando os estigmas públicos são internalizados, os sujeitos alvos dessas desaprovações passam a incorporar tais atitudes, reproduzindo essas crenças sobre si mesmos impactando ainda mais em sua qualidade de vida e relações interpessoais (CORRIGAN e WATSON, 2002; NASCIMENTO e LEÃO, 2019). Diante deste cenário, é possível perceber uma tendência ao isolamento social e uma menor disposição para procurar auxílio por receio de exposição e novas situações excludentes. Em decorrência, as PQUD mais vulneráveis e marginalizadas, encontram em seus pares compreensão e cooperação, fazendo com que se aproximem e formem subgrupos. Cria-se um sentimento de pertencimento, e enaltece a condição social do ser humano. Essa identidade de inerência torna os laços relacionais mais fortes e difíceis de se soltarem, fato que poderia contribuir com a explicação dos altos índices de recaída e da dificuldade em acabar com as cenas abertas de uso (GRØNNESTAD e col., 2020).

### **1.5.3. Representações Sociais**

Serge Moscovici é considerado um ícone para a Psicologia Social visto seu vasto trabalho na investigação de fenômenos que abrangem esta dupla natureza, solidificando a busca pela compreensão de como as relações sociais se constroem e influenciam as atitudes, os comportamentos e as opiniões de um grupo (FERREIRA e BRUM, 2000). Sua teoria sobre as representações sociais aborda a forma como os sujeitos avaliam um objeto e constroem nele um significado que passa a ser reproduzido e compartilhado pelo grupo, configurando uma regra de comunicação (MOSCOVICI, 2007). JODELET (2003) complementa as percepções de Moscovici,



referindo que as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborada e pactuada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

O estudo das representações sociais busca conhecer o modo como um grupo constrói e reproduz um conjunto de saberes sobre uma variedade de objetos, tanto próximos quanto remotos, expressando, assim, a sua identidade e seus códigos culturais definidores das regras da comunidade. Em paralelo com a realidade das PQUD, podemos considerar que o grupo formado pelos atores sociais que as cercam possui estruturas mentais compartilhadas e arraigadas que culminam na categorização das PQUD, acarretando ações, muitas vezes excludentes, diante desses objetos. Acrescenta-se que a teoria das representações sociais permite descrever e mostrar um fenômeno que, embora exista no grupo, muitas vezes é realizado sem as pessoas se darem conta do ocorrido, correndo-se o risco de naturalizar algo problemático sem hesitação. No caso o comportamento de dessensibilização e falta de empatia diante do sofrimento das PQUD.

Aprofundando as conceituações expostas acima, e para melhor entender os constructos cognitivos e explicar a fluidez dos elementos da estrutura mental, Jean Claude Abric propôs que a representação social é regida por um sistema interno duplo, em que cada parte tem um papel específico, porém complementar (SÁ, 1996). Haveria, então:

- a) o núcleo central, que é marcado pela memória coletiva, refletindo as condições sociais e históricas, além dos valores do grupo. Sua base é compartilhada e define certa homogeneidade nos integrantes. É estável e resistente a mudanças;
- b) o sistema periférico, que promove a interface entre a realidade objetiva e o núcleo central subjetivo. Responsável por uma maior flexibilidade e expressão individualizada, é evolutivo e sensível ao contexto imediato.

A identificação dos elementos das representações sociais no núcleo central e sistema periférico fomentam uma exploração diagnóstica do grupo, e contribuem para a explicação, e posterior conscientização, no que concerne atitudes estigmatizadas e baseadas no pré-julgamento.

## **1.6. O Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas - CRATOD**

### **1.6.1. Histórico e atribuições**

O CRATOD foi uma instituição ligada à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, no território de abrangência do Departamento Regional de Saúde 1 - DRS 1. Foi criado por meio do decreto governamental N.º 46.860 de 25 de junho de 2002, que estabelecia como seus principais objetivos prestar assistência aos pacientes com afecções relacionadas ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; constituir-se em referência para a definição de políticas públicas para promoção de saúde, prevenção e tratamento dos transtornos decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas; elaborar, promover e coordenar programas, cursos, projetos de capacitação, treinamento ou aperfeiçoamento de recursos humanos – incluindo a organização de programas especiais e campanhas; e estabelecer parcerias com instituições de ensino para consolidação e validação de tecnologia (RIBEIRO e col., 2021; SÃO PAULO, 2002).

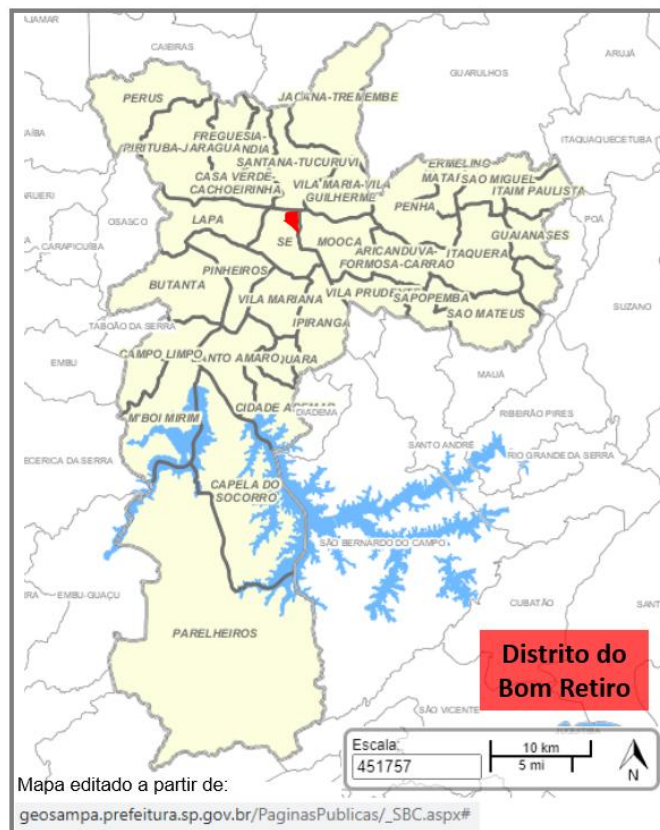
Com a publicação do decreto N.º 57.775 de 07 de fevereiro de 2012, o CRATOD passou a funcionar de forma ininterrupta, e a partir de edição da Portaria n.º 130/GM, em 26 de janeiro de 2012 e da Deliberação da CIB n.º 2, de 18 de janeiro de 2013, o CRATOD teve sua habilitação junto ao Sistema Único de Saúde alterada em abril de 2013, passando a ser classificado como CAPS AD III (MS, 2013). Tendo como resultado um novo aporte de recursos financeiros e ampliação dos recursos humanos da instituição (RIBEIRO e col., 2021; SÃO PAULO, 2012; MS, 2012).

Em 09 de maio de 2013, o Governo do Estado de São Paulo institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço que propunha um trabalho intersecretarial, composto pelas Secretarias de Estado: da Saúde, do Desenvolvimento Social, da Justiça e da Defesa da Cidadania (SÃO PAULO, 2013). O decreto passou por algumas alterações ao longo de 2013 e em 02 de dezembro de 2015, com a publicação do Decreto N.º 61.674, passou a denominar-se "Programa Estadual de Políticas sobre Drogas - Programa Recomeço: uma vida sem drogas" (SÃO PAULO, 2015), incluindo na discussão intersecretarial do Programa a Secretaria Estadual de Educação e a Secretaria Estadual de Segurança Pública, não contempladas no decreto inicial. Sendo o CRATOD um dos alicerces destes programas (RIBEIRO e col., 2021).

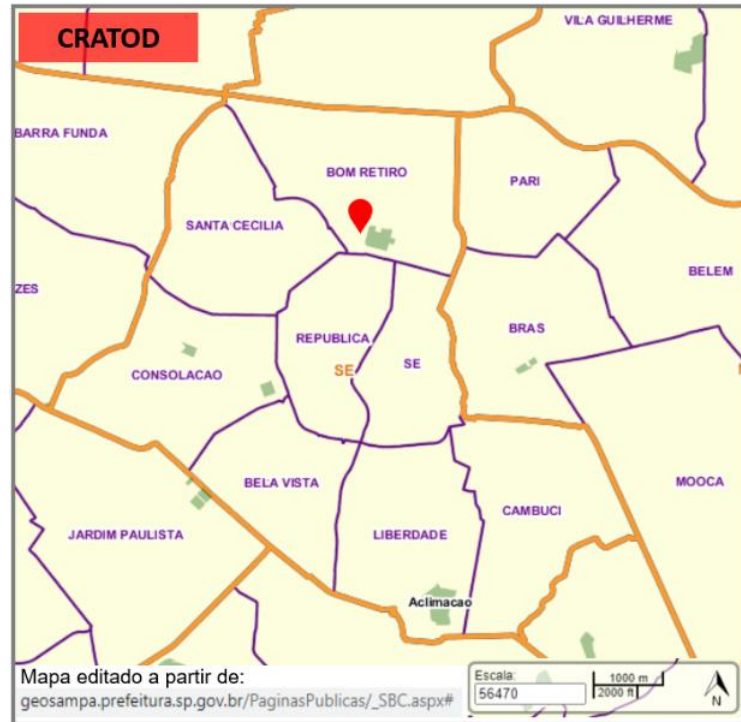
Em 10 de abril de 2023, o decreto governamental N.º 67.642 regulamentou a Lei N.º 17.183, de 18 de outubro de 2019, que institui a Política Estadual sobre Drogas. E dentre os decretos revogados estavam N.º 46.860 de 25 de junho de 2002; N.º 57.775 de 07 de fevereiro de 2012; e N.º 61.674 de 02 de dezembro de 2015. Estatuindo a extinção do CRATOD (SÃO PAULO, 2023).

### 1.6.2. Localização

O CRATOD era localizado na região central do município de São Paulo, na Subprefeitura Sé e mais especificamente no Distrito do Bom Retiro, conforme ilustram as Figura 3 e 4.



**Figura 3: Distrito do Bom Retiro**



**Figura 4: Localização do CRATOD**

Nesta região situa-se uma das maiores cenas abertas de uso de drogas no município de São Paulo, popularmente conhecida como “Cracolândia” (RIBEIRO e col., 2016). Esta cena de uso teve início na segunda metade da década dos anos 1990 (RIBEIRO, 2017), e por muitos anos permaneceu nas ruas próximas ao cruzamento da Rua Helvetia e da Alameda Dino Bueno. Desde o segundo trimestre de 2022, é perceptível a migração da “Cracolândia” para outros locais da região central da cidade, primeiramente para a Praça Princesa Isabel, conforme apresenta a Figura 5, e depois para pontos espalhados nas proximidades. Embora atualmente a localização seja extremamente impermanente, os usuários de drogas têm permanecido na Rua Helvetia, porém mais propínquos aos cruzamentos com a Alameda Barão de Limeira e Avenida São João; entre as ruas Conselheiro Nébias e Guaianases; e entre as ruas Mauá e dos Gusmões.



**Figura 5: Localização da cena aberta de uso "Cracolândia" no segundo trimestre de 2022**

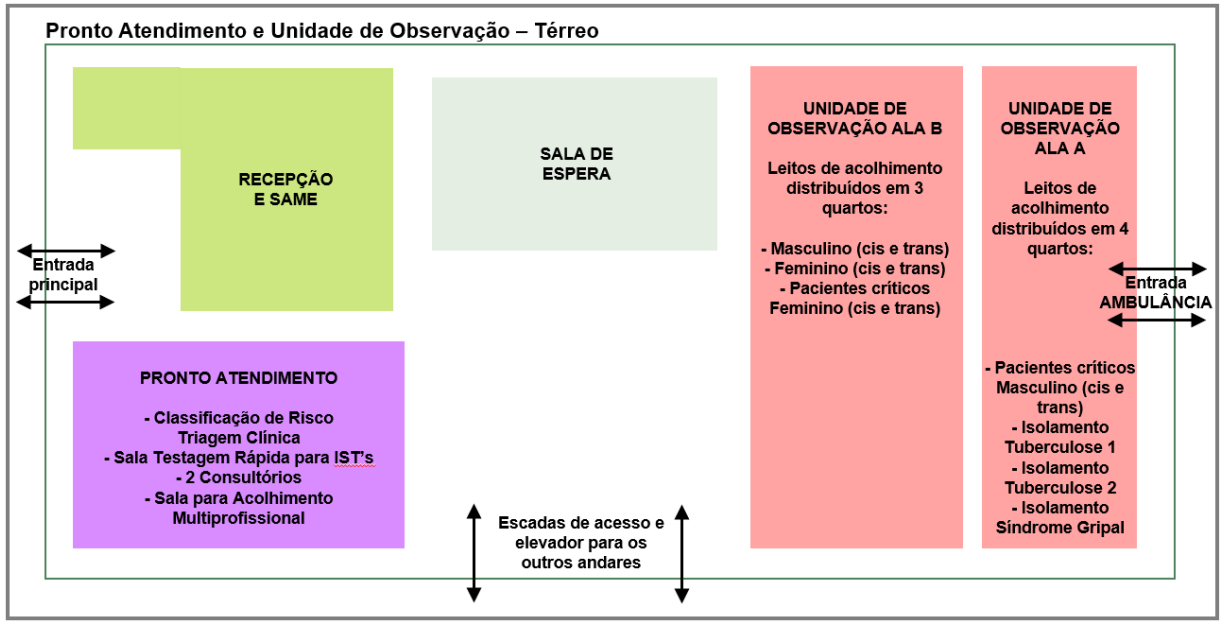
As cenas abertas de uso, assim como a "Cracolândia", caracterizam-se por contar com frequentadores em extrema vulnerabilidade salutar e psicossocial (GRØNNESTAD e col., 2020). Foi papel do CRATOD não apenas prestar assistência especializada, em um cuidado plurifacetado aos usuários de drogas com enfoque a esta população mais exposta, como também pensar e fomentar as políticas públicas que dizem respeito a esta realidade (SÃO PAULO, 2002).

### **1.6.3. Recursos humano e físico**

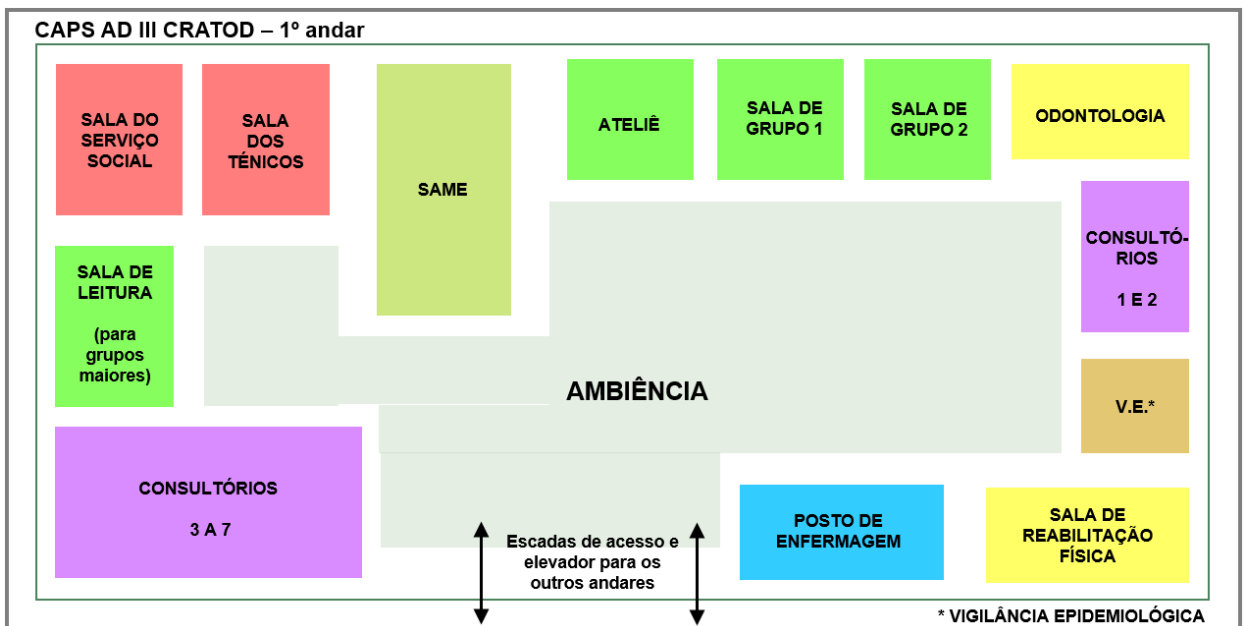
O CRATOD funcionava, em síntese, por meio da integração harmoniosa de seus três setores principais Pronto Atendimento, Unidade de Observação e CAPS AD III CRATOD. Preservando suas particularidades, cada um desses setores, de forma complementar, contribuiu para proporcionar assistência qualificada aos usuários de substâncias psicoativas visando ofertar cuidado de acordo com as necessidades peculiares de cada indivíduo. A unidade teve funcionamento diário ininterrupto, acolhendo e atendendo os pacientes através de demanda espontânea ou de articulações com outros equipamentos da rede assistencial.

Para desempenhar essas atribuições, o CRATOD contava com equipe assistencial multiprofissional composta por psiquiatras, clínicos, infectologista,

enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, fisioterapeuta, odontologistas e auxiliares de saúde bucal; além da estrutura física apresentada nas Figuras 6 e 7.



**Figura 6: Mapa representativo da estrutura física destinada à assistência do Andar Térreo do CRATOD**

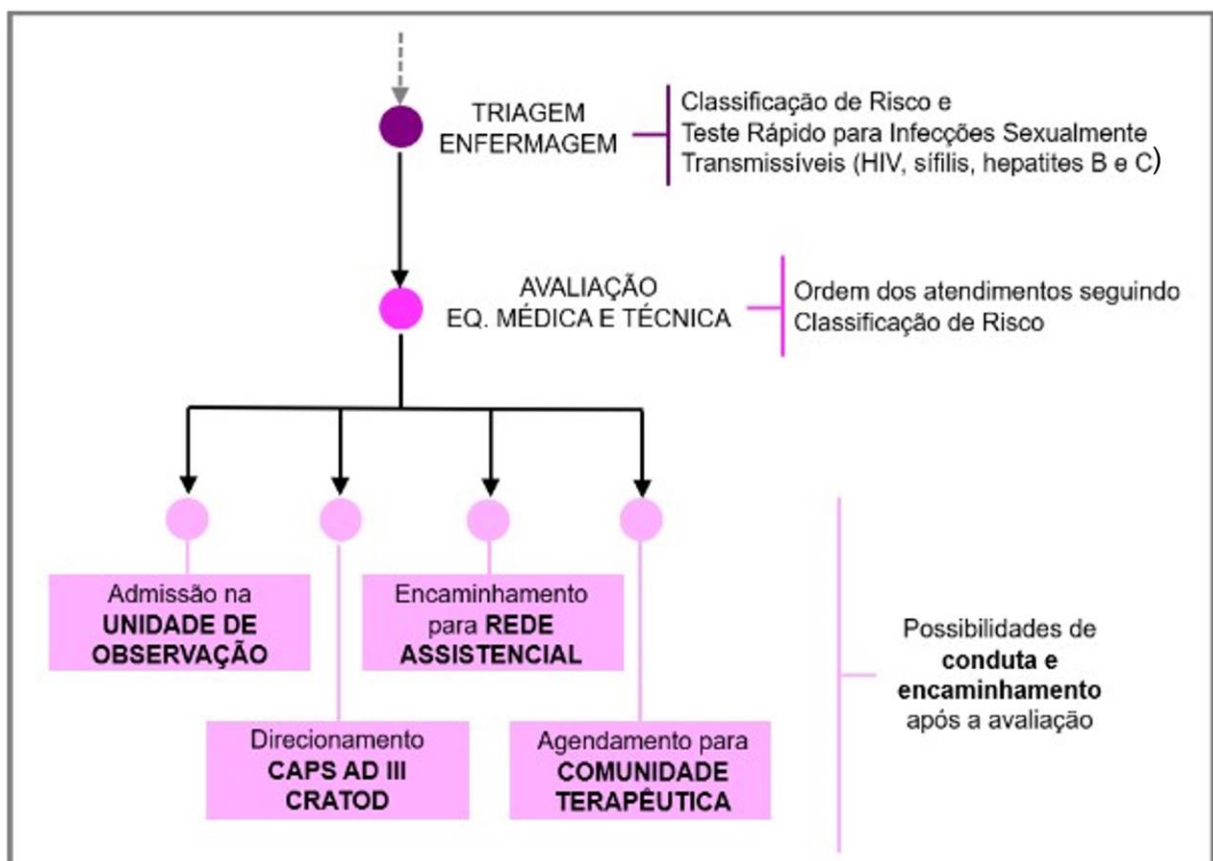


**Figura 7: Mapa representativo da estrutura física destinada à assistência do Primeiro Andar do CRATOD**

#### 1.6.4. Pronto Atendimento e Unidade de Observação

O Pronto Atendimento configurava uma porta de entrada dos usuários no tratamento dispensado pelo CRATOD, contribuindo, assim, na estruturação dos primeiros passos do processo terapêutico. Os profissionais que atuaram neste setor tiveram como essência o acolhimento dos pacientes de forma humanizada a fim de entenderem as suas demandas e então orientarem a respeito das opções de tratamento.

Os profissionais tiveram como principais objetivos: (1) compreender a demanda deste usuário; (2) avaliar a gravidade do uso de substâncias psicoativas, (3) fazer as hipóteses diagnósticas psiquiátricas, clínicas e situacionais; e (4) definir as condutas e efetuar os direcionamentos/encaminhamentos. O fluxo está esquematizado na Figura 8.

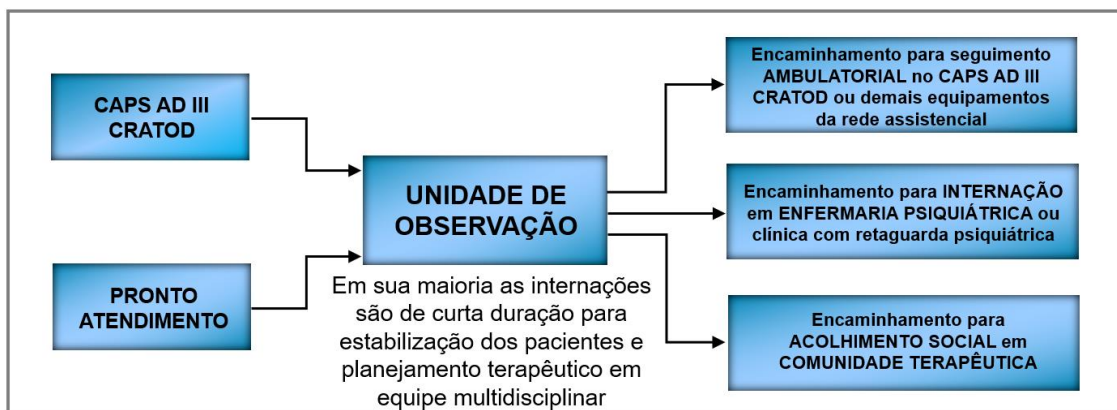


**Figura 8: Fluxo e possibilidades de conduta e encaminhamento no Pronto Atendimento**

A avaliação da equipe também oferecia aos pacientes opções de tratamento e reabilitação social, ampliando sua percepção da rede assistencial. Ressaltava-se a importância do seguimento ambulatorial atentando que, mesmo havendo indicação de admissão na Unidade de Observação e seguidamente encaminhamento para enfermaria psiquiátrica, após a alta, este paciente deveria seguir acompanhamento em CAPS AD ou adulto, dependendo do caso.

A possibilidade de agendamento para acolhimento social de média permanência em Comunidade Terapêutica representou uma alternativa aos usuários sem comorbidades psiquiátricas ou clínicas descompensadas que apresentassem vulnerabilidade social importante com fragilidade de vínculos familiares e sem vínculo empregatício e/ou pendências judiciais.

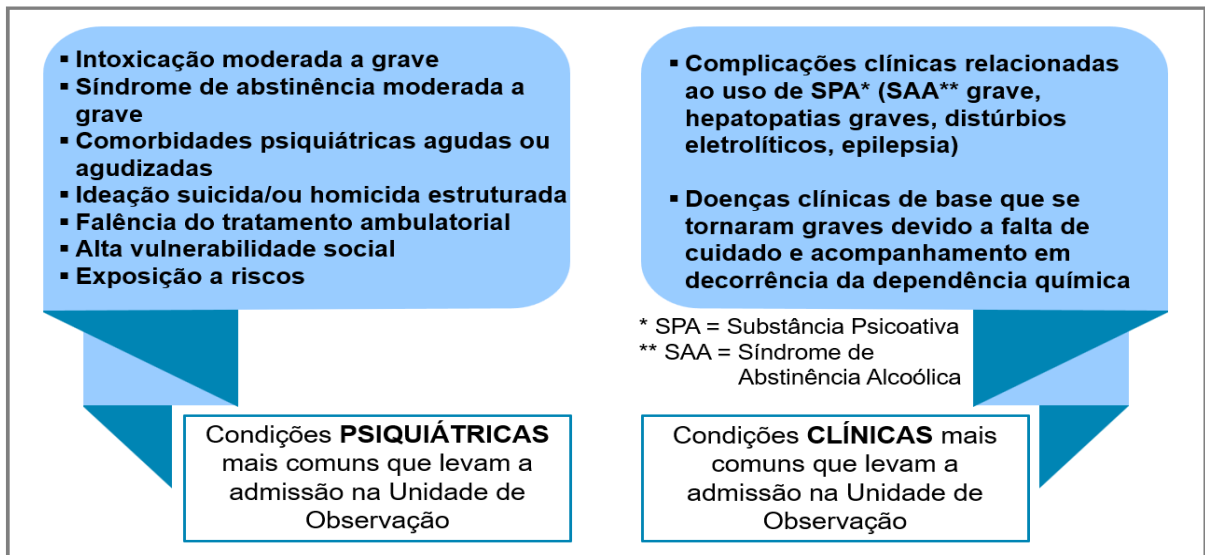
Já a Unidade de Observação contava com estrutura física e material para receber até 37 pacientes em acolhimento noturno, com diferencial de incluir leitos para isolamento respiratório e para manejo inicial de urgências e emergências. Tendo em vista o fluxo de atendimento no setor, exemplificado na Figura 9, os usuários admitidos na Unidade de Observação eram oriundos do CAPS AD III CRATOD e do Pronto Atendimento. Após período de reavaliações e estabilização do quadro agudo, que frequentemente durava poucos dias, esses pacientes eram direcionados para continuidade do tratamento, de acordo com as suas necessidades e avaliações individuais seguindo projeto terapêutico.



**Figura 9: Fluxo dos pacientes admitidos na Unidade de Observação**



Os usuários admitidos na Unidade de Observação apresentavam gravidade psiquiátrica ou clínica associada ao quadro base psiquiátrico que os impediam de seguirem tratamento ambulatorial naquele momento. As condições mais frequentes são elencadas na Figura 10, e indicam a importância de contar com profissionais qualificados para assistirem adequadamente esses casos.

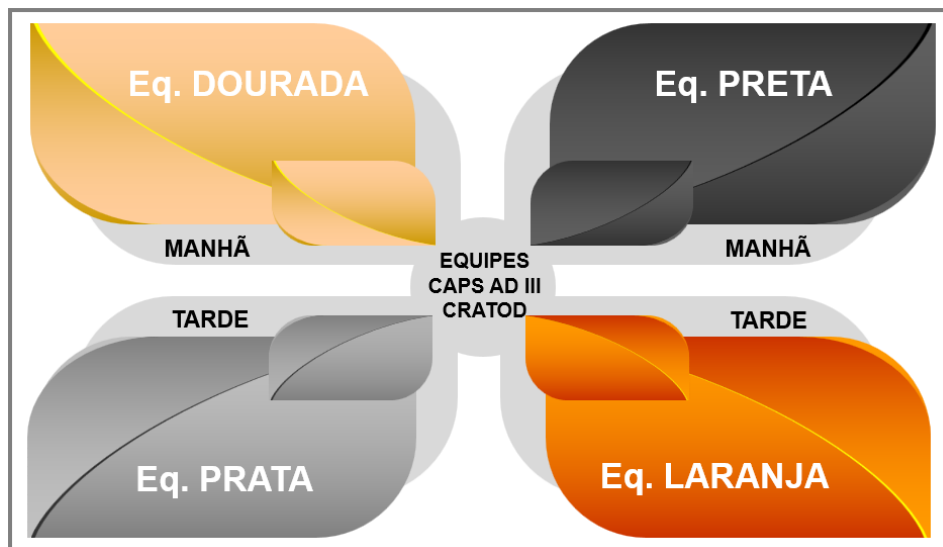


**Figura 10: Condições que frequentemente culminam na admissão do paciente na Unidade de Observação**

#### 1.6.5. CAPS AD III CRATOD

O CAPS AD III CRATOD foi um setor que disponibiliza atendimento ambulatorial aberto aos usuários de substâncias psicoativas. Teve como cerne a cooperação entre todos os profissionais em prol da assistência contínua e qualificada a este paciente. Os trabalhadores participavam não apenas do tratamento ofertado ao paciente como também das discussões e das reestruturações do projeto assistencial disponibilizado pelo setor. Essas renovações periódicas eram necessárias almejando aprimoramento do serviço prestado ao longo do tempo, visto que o cenário e as demandas do público-alvo do serviço foram mutáveis.

Para empreender toda estrutura assistencial e atender adequadamente os pacientes que buscavam o CAPS AD III CRATOD, vigorou a divisão dos profissionais em 04 (quatro) Miniequipes conforme Figura 11.



**Figura 11: As Miniequipes do CAPS AD III CRATOD**

Buscando integrar as ações e fortalecer o trabalho conjunto, era fomentado o espaço de Reunião Técnica do CAPS AD III CRATOD, semanalmente, com a finalidade de esmerar as discussões de casos para aprimoramento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), compartilhar experiências e dúvidas, refinar o conhecimento técnico, elaborar projetos de melhoria da assistência ao paciente e de fluxos institucionais e integrar os trabalhadores do CRATOD criando um sentimento de pertencimento à equipe.

O fluxo assistencial, com o Acolhimento Individual inicial (Psicossocial no Pronto Atendimento e com equipe de Enfermagem no CAPS AD III CRATOD) e as três fases de acompanhamento terapêutico do próprio CAPS AD III CRATOD, é exposto através das Figuras 12 e 13 que ilustram os objetivos e tarefas a serem cumpridos em cada fase.



**Figura 12: Objetivos do Tratamento no CAPS AD III CRATOD**

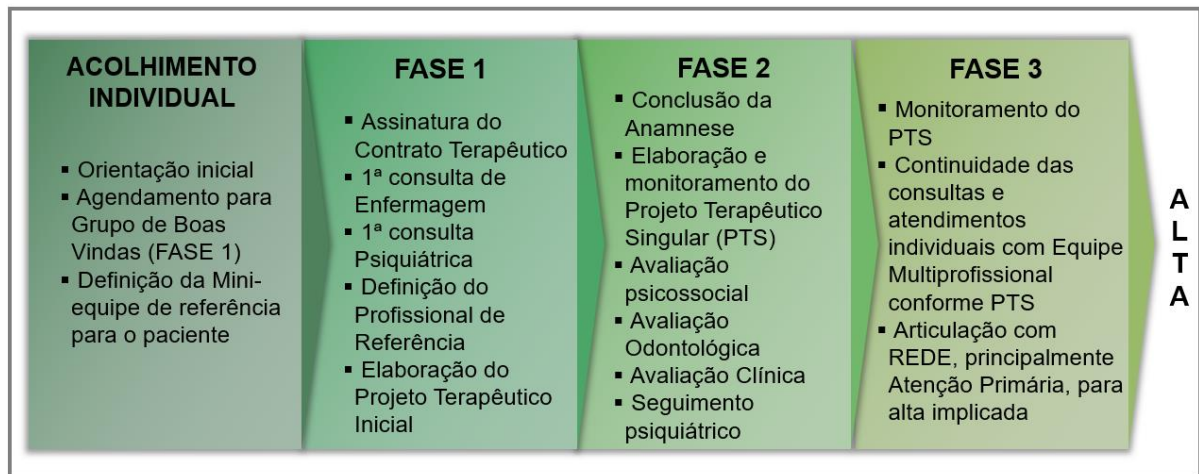


**Figura 13: Pauta de tarefas (check list) no CAPS AD III CRATOD**

A importância da elaboração do PTS era salientada aos profissionais, visto que alicerçava o tratamento ofertado moldando as atividades disponíveis às demandas individuais. Leva em consideração fatores intrínsecos e extrínsecos dos usuários, sendo um norteador assistencial.

Em relação às Oficinas e Grupos Terapêuticos, as atividades seguiam o delineamento nessas 3 fases, compreendendo a individualidade e o estágio motivacional de cada paciente. A gama de opções na grade de atividades visava adequar o tratamento ao perfil do usuário, buscando aumentar as chances de atender

as suas necessidades e garantir boa adesão ao projeto terapêutico. A Figura 14 apresenta a Grade Estrutural de Oficinas e Grupos Terapêuticos que vigorava no CAPS AD III CRATOD. É importante acrescentar que os profissionais eram estimulados a discutirem inovações e trazerem novas ideias para criação de espaços grupais diferentes.



**Figura 14: Grade Estrutural de Oficinas e Grupos Terapêuticos no CAPS AD III CRATOD**

## 2. JUSTIFICATIVA

Garantir uma assistência qualificada, humanizada e que realmente tenha atendido às demandas apresentadas pelos pacientes configurou um dos pilares institucionais do CRATOD e é, por conseguinte, o cerne desta pesquisa. Acrescenta-se o fato de que outro alicerce do serviço foi ter se constituído em referência para a definição de políticas públicas para promoção de saúde, prevenção e tratamento dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas.

Para asseverar tais propósitos, o estudo se faz necessário para esmiuçar um dos problemas mais emblemáticos da unidade: a baixa adesão dos pacientes ao CAPS AD III CRATOD. Fato que ficou evidenciado pela Pandemia pelo Covid-19, visto que a demanda espontânea reduziu de forma significativa.

É cónito que mesmo antes da Pandemia, a reduzida permanência dos pacientes no tratamento ambulatorial, já havia se concretizado no CAPS AD III CRATOD. Entretanto a grande procura pelo serviço culminava na entrada substancial de pacientes semanalmente no CAPS, impedindo o esvaziamento do serviço. Esta alta rotatividade, com volume copioso de admissões e de altas por abandono mascarava a baixa adesão à proposta terapêutica.

Compreender os motivos que levam a esta realidade, poderá trazer benefícios com mudanças de estratégias institucionais, melhorias na assistência ao paciente e posteriormente compartilhamento dos aprendizados e experiências exitosas com outras unidades.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Analisar os fatores que influenciaram na baixa adesão dos pacientes usuários de drogas no CAPS AD III CRATOD.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- a) Verificar o perfil sociodemográfico dos pacientes que iniciaram tratamento no CAPS AD III CRATOD no período de 01 de março de 2022 a 30 de janeiro de 2023 (ETAPA 1).
- b) Verificar a densidade de tratamento ofertado aos pacientes do CAPS AD III CRATOD no período de 01 de março de 2022 a 28 de fevereiro de 2023 (ETAPA 1).
- c) Verificar a associação entre a adesão ao tratamento ofertado pelo CAPS AD III CRATOD e variáveis relativas aos perfis sociodemográfico e à densidade de tratamento (ETAPA 1).
- d) Identificar possíveis Representações Sociais sobre os pacientes do CAPS AD III CRATOD e o tratamento ofertado no setor em expressões evocadas pelos trabalhadores do CRATOD (ETAPA 2).

## **4. MÉTODOS**

O estudo foi desenvolvido no CRATOD e compreendeu duas partes, denominadas etapa 1 e etapa 2.

### **4.1. Etapa 1**

#### **4.1.1. Caracterização da etapa**

A primeira etapa foi desenhada como um estudo quantitativo; observacional; individual; descritivo e analítico; transversal com uma abordagem longitudinal; e com base em dados secundários referentes aos pacientes assistidos pelo CAPS AD III CRATOD.

#### **4.1.2. Obtenção inicial dos dados**

Diante da contingência estabelecida durante a execução do estudo, debruçou-se sobre os recursos disponíveis, no breve interstício de tempo até a impossibilidade de acesso aos dados, para que estratégias pudessem ser traçadas a fim de abreviar o levantamento de informações substanciais para continuidade da pesquisa. Assim sendo, foi exequível delinear a etapa 1 tendo como base a coleta de dados oriunda da planilha extraída do Sistema S4SP da Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (PRODESP), sintetizando informações provenientes dos registros eletrônicos pertencentes aos pacientes do CRATOD, sob guarda do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do CRATOD (SAME-CRATOD), sendo este documento o alicerce para a estruturação das informações.

Selecionaram-se os dados considerando as informações concernentes ao intervalo de interesse para análise, abalizado entre 01 de março de 2022 e 28 de fevereiro de 2023.

#### **4.1.3. Organização dos dados e seleção dos pacientes**

Após treinamento básico para utilização das informações contidas no Sistema S4SP, foram extraídas relações mensais contendo todos os registros de entrada de pacientes nas dependências do CRATOD. Cada linha contida nesses relatórios

correspondia a uma admissão no sistema eletrônico para atendimento de determinada demanda do paciente.

Ademais, cada linha abrangia a identificação do paciente através de nome completo, nome social, número do Registro Geral (RG), número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) e número da matrícula na unidade, bem como seus dados sociodemográficos, setor de atendimento, data e hora do atendimento, número de procedimentos realizados e se aquela era a sua última entrada no serviço.

Vale explicar que todos esses elementos eram inseridos no Sistema S4SP pelos profissionais da equipe de apoio administrativo através de: (1) informações fornecidas pelos próprios pacientes na recepção, (2) relatórios de produtividade entregues pelos profissionais da equipe assistencial diariamente, (3) levantamento de dados dos prontuários físicos, (4) documentos de identificação pessoal (RG, CPF, Cartão Nacional do SUS, Passaporte, Registro Nacional de Estrangeiros) dos pacientes; e (5) sistemas integrados de gestão de assistência à saúde.

Obtiveram-se doze relações, uma para cada mês do intervalo estipulado para o estudo. Foram convertidas em arquivos compatíveis com a plataforma Microsoft Excel® e, então, compiladas e ordenadas, totalizando 190.061 linhas na planilha, equivalentes a 6.260 pacientes. O Quadro 3 apresenta um recorte deste colecionado.

### Quadro 3: Recorte da planilha compilada com os dados dos pacientes

NOME	NOME SOCIAL	RG	CPF	CNS	MATRICULA	SEXO	DATA NASCIMENTO	IDADE EM ANOS	ÚLTIMA ADMISSÃO	ADMISSÃO	UNIDADE	Ocupação	ESCOLARIDADE	RAÇA/ COR DA PELE	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	PAIS DE NASCIMENT
Fit					37653-D	M	21/04/1961	61	S	11/11/22 10:07	TRO		2o. GRAU COMPL	PARDA	SEPARADO	CATOLICO	BRASIL
Fit					37653-D	M	21/04/1961	61	S	11/11/22 10:07	TRO		2o. GRAU COMPL	PARDA	SEPARADO	CATOLICO	BRASIL
Fit					37653-D	M	21/04/1961	61	S	11/11/22 10:07	TRO		2o. GRAU COMPL	PARDA	SEPARADO	CATOLICO	BRASIL
ADS					51844-E	M	12/07/1992	30	S	24/8/22 19:57	TRO	DESEMPREGADO	2o. GRAU INCOMPL	PARDA	SOLTEIRO	OUTROS	BRASIL
ADS					51844-E	M	12/07/1992	30	S	24/8/22 19:57	TRO	DESEMPREGADO	2o. GRAU INCOMPL	PARDA	SOLTEIRO	OUTROS	BRASIL
ADS					51844-E	M	12/07/1992	30	S	24/8/22 19:57	TRO	DESEMPREGADO	2o. GRAU INCOMPL	PARDA	SOLTEIRO	OUTROS	BRASIL
ADS					51844-E	M	12/07/1992	30	S	24/8/22 19:57	TRO	DESEMPREGADO	2o. GRAU INCOMPL	PARDA	SOLTEIRO	OUTROS	BRASIL
SHDS					55085-D	M	25/09/1996	25	S	21/3/22 13:39	TRO		1o. GRAU COMPL	BRANCA	SOLTEIRO	EVANGELICA	BRASIL
SHDS					55085-D	M	25/09/1996	25	S	21/3/22 13:39	TRO		1o. GRAU COMPL	BRANCA	SOLTEIRO	EVANGELICA	BRASIL
SHDS					55085-D	M	25/09/1996	25	N	20/3/22 16:01	OBS		1o. GRAU COMPL	BRANCA	SOLTEIRO	EVANGELICA	BRASIL
JCP					37049-C	M	27/09/1966	56	N	19/12/22 9:56	CAPSC	DESEMPREGADO	1o. GRAU INCOMPL	PARDA	SEPARADO	CATOLICO	BRASIL
JCP					37049-C	M	27/09/1966	56	N	19/12/22 9:56	CAPSC	DESEMPREGADO	1o. GRAU INCOMPL	PARDA	SEPARADO	CATOLICO	BRASIL
JCP					37049-C	M	27/09/1966	56	N	19/12/22 9:56	CAPSC	DESEMPREGADO	1o. GRAU INCOMPL	PARDA	SEPARADO	CATOLICO	BRASIL
JCP					37049-C	M	27/09/1966	56	N	12/12/22 15:42	CAPSC	DESEMPREGADO	1o. GRAU INCOMPL	PARDA	SEPARADO	CATOLICO	BRASIL
JCP					37049-C	M	27/09/1966	56	N	12/12/22 15:42	CAPSC	DESEMPREGADO	1o. GRAU INCOMPL	PARDA	SEPARADO	CATOLICO	BRASIL
JCP					37049-C	M	27/09/1966	56	N	19/12/22 14:18	CAPSC	DESEMPREGADO	1o. GRAU INCOMPL	PARDA	SEPARADO	CATOLICO	BRASIL
JCP					37049-C	M	27/09/1966	56	N	19/12/22 14:18	CAPSC	DESEMPREGADO	1o. GRAU INCOMPL	PARDA	SEPARADO	CATOLICO	BRASIL
JCP					37049-C	M	27/09/1966	56	N	19/12/22 14:18	CAPSC	DESEMPREGADO	1o. GRAU INCOMPL	PARDA	SEPARADO	CATOLICO	BRASIL

No quadro acima, o nome completo foi substituído por iniciais fictícias, e os números referentes à documentação pessoal foram eclipsados a fim de preservar a identidade dos usuários do serviço.



Em relação ao local onde o paciente foi atendido, era possível discriminar as siglas:

- TRO, significando triagem e orientação no setor de Pronto Atendimento;
- OBS, significando admissão no Setor de Observação;
- CAPS, significando participação nas atividades do CAPS AD III CRATOD;
- CAPSC, significando atendimento médico agendado no CAPS AD III CRATOD;
- ODONTO, significando atendimento odontológico no CAPS AD III CRATOD.

No que diz respeito a sigla CAPS, vale ressaltar que não havia especificação do tipo de atividade que foi realizada no CAPS AD III CRATOD, sendo possível apenas identificar o setor (CAPS) onde ocorreu esse cuidado. As alternativas existentes incluíam participação em grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos agendados ou de intercorrência com membros da equipe técnica multiprofissional (enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, terapeuta ocupacional, educadores físicos, fisioterapeuta, nutricionista) e atendimentos médicos de intercorrência (não agendados).

Os nomes foram ordenados alfabeticamente permitindo agrupar todas as passagens deste paciente no CRATOD ao longo dos doze meses em estudo. Na sequência, para cada usuário, as datas de admissão na unidade foram dispostas cronologicamente, possibilitando contemplar todo o histórico de atendimentos na unidade. Durante este estágio foi possível separar os usuários do serviço em dois grupos distintos: (1) aqueles com pelo menos uma passagem pelo CAPS AD III CRATOD e (2) aqueles com passagens apenas pelo Pronto Atendimento e/ou Setor de Observação. Respeitando o âmbito deste estudo, o foco voltou-se para o primeiro grupo, logo, foram selecionados os seus integrantes, totalizando 1.662 pessoas.

Para esses participantes priorizados, criou-se uma coluna intitulada RESUMO com o objetivo de sumarizar os antecedentes assistenciais, respeitando o número de vezes em cada setor e a sua calendarização. Foi possível perceber que os atendimentos no Pronto Atendimento (TRO) e as admissões no setor de Observação (OBS) eram pontuais, mas os atendimentos no setor do CAPS AD III CRATOD (CAPS e CAPSC) seguiam um planejamento terapêutico com admissões (atendimentos de

demandas) sequenciais, possibilitando delimitar o período de permanência/frequência no setor. Com a finalidade de apresentar claramente esse intervalo de tempo, foi criada a coluna SEMANAS EM TRATAMENTO. O Quadro 4 exemplifica essa ordenação.

**Quadro 4: Exemplo da ordenação dos dados com criação da coluna RESUMO e SEMANAS EM TRATAMENTO**

NOME	NOME SOCIAL	REGISTRO GERAL	CPF	CNS	MATRÍCULA	DATA DA ADMISSÃO	SIGLA DA UNIDADE	RESUMO	SEMANAS EM TRATAMENTO	DATA DE NASCIMENTO
EDL					55755-G	15/6/22 13:55	TRO	TRO1CAPS8CAPSC1	6	01/10/1967
EDL					55755-G	20/6/22 12:59	CAPS			01/10/1967
EDL					55755-G	22/6/22 12:49	CAPS			01/10/1967
EDL					55755-G	29/6/22 12:45	CAPS			01/10/1967
EDL					55755-G	30/6/22 15:06	CAPS			01/10/1967
EDL					55755-G	4/7/22 12:15	CAPS			01/10/1967
EDL					55755-G	7/7/22 13:30	CAPS			01/10/1967
EDL					55755-G	11/7/22 13:02	CAPS			01/10/1967
EDL					55755-G	14/7/22 13:26	CAPS			01/10/1967
EDL					55755-G	26/7/22 13:23	CAPSC			01/10/1967

As caracterizações sociodemográficas e demais dados de identificação não surgiram no Quadro 4 por motivo de espaço no recorte, mas foram mantidas para análise posterior.

Pôde-se constatar, através do contorno acima, que o paciente em questão teve uma passagem pelo Pronto Atendimento (TRO), seguida por oito passagens por atividades no CAPS (CAPS) e uma consulta médica no referido setor (CAPSC), chegando-se à descrição TRO1CAPS8CAPSC1 (coluna RESUMO). Foi possível delimitar o período de permanência no tratamento através da estipulação da data de início no acompanhamento ambulatorial (20/06/2023) e da data do último atendimento no mesmo setor (26/07/2023), significando que ele permaneceu em acompanhamento por 6 semanas (coluna SEMANAS EM TRATAMENTO). Adicionalmente, salienta-se que a data de acolhimento no Pronto Atendimento (15/06/2023) antecedeu a primeira passagem pelo CAPS em cinco dias.

Este intervalo de cinco dias foi ressaltado porque pronunciou o próximo estágio da organização dos dados. Considerar a primeira data de passagem no CAPS AD III CRATOD, nos doze meses selecionados, como o início do tratamento ambulatorial,

mostrou-se inconsistente e algo leviano porque, sobretudo, pacientes com registros de participações entre março e abril de 2022 poderiam ter principiado seu acompanhamento antes desses meses, impossibilitando a precisão do período no qual permaneceram no CAPS. Além disso, a abertura de prontuário (por meio de nova matrícula) não pôde ser usado como parâmetro porque dos 1.662 pacientes do CAPS AD III CRATOD, 1.233 já possuíam prontuário aberto no serviço antes de 01 de março de 2022, ou seja, já tiveram passagens por um ou mais dos três setores da unidade em momentos anteriores. Para circundar a desfavorável constatação, examinou-se a idiosincrasia dos usuários do serviço em conjunto com o fluxo assistencial vigente na época, na qual todo início de tratamento no CAPS AD III CRATOD exigia acolhimento prévio no setor de Pronto Atendimento, assim sendo, designou-se como marco para início do tratamento, a primeira data de atendimento no CAPS (siglas CAPS ou CAPSC) **que tenha sido precedida por uma passagem (acolhimento) no Pronto Atendimento** (sigla TRO) no período de tempo em análise.

Testificou-se que 337 pacientes exprimiam seu primeiro registro de atendimento no CAPS, no intervalo em análise, não antecedido por avaliação no Pronto Atendimento, significando fortemente que haviam iniciado o tratamento antes de 01 de março de 2022, sendo impossível afirmar o tempo de permanência no CAPS AD III CRATOD. Fato que levou a exclusão desses participantes, permanecendo no estudo 1.325 casos. Adicionalmente, concernente ao intervalo de tempo entre a passagem pelo Pronto Atendimento e a primeira passagem pelo CAPS, foi observado que esses 1.325 casos tiveram, no máximo, vinte e dois dias de intervalo, e a maioria, 1.209, ostentavam até dez dias de hiato. Este cenário é condizente com as práticas rotineiras da unidade, sendo aceito este demarcador de início do tratamento ambulatorial. Complementarmente é importante relatar que a data de início do tratamento no CAPS não contabiliza a data da passagem pelo Pronto Atendimento. E sim o primeiro dia no acompanhamento ambulatorial, registrado pelo sistema com a sigla CAPS ou CAPSC.

Durante exploração atenta e pormenorizada do material, percebeu-se que 6 pacientes foram sinalizados com a palavra ÓBITO, seguida da data do registro. Comparando com o intervalo de tempo no qual este indivíduo esteve em tratamento, constatou-se que o acompanhamento foi interrompido devido seu falecimento. Optou-se por excluir estes participantes visto que não seria possível posterior análise de fatores que pudessem influenciar na sua adesão ao tratamento, bem como o período

que permaneceriam no CAPS AD III CRATOD. Restando, até este ponto, portanto, 1.319 participantes.

Dando continuidade à meticulosa avaliação da coluna RESUMO, 33 casos tiveram 2 períodos distintos de tratamento no CAPS AD III CRATOD, ao passo que 4 tiveram 3 períodos distintos. Foi possível realizar essa discriminação diante da identificação de atendimentos no CAPS concentrados em um espaço de tempo, intercalados por intervalos de ausência no serviço, que variaram entre doze e trinta e seis semanas. Conjecturou-se que fossem pacientes que interromperam o tratamento, e reiniciaram o acompanhamento no CAPS seguidamente, mas diante da dúvida, e na iminência de subestimar o tempo de adesão ao tratamento, fragmentando-o em partes, foi decidido não incluir esses indivíduos, culminando, como resultado desta subtração, 1.282 participantes.

Prolongando a dissecação das informações contidas no documento em estudo, outro elemento requereu crítica meticulosa. Em oito nomes, havia um informe alertando aos profissionais sobre a postura despropositada e o conseqüente desligamento desses pacientes das atividades do CAPS AD III CRATOD. Alicerçada nas práticas do serviço, a notificação foi interpretada como alta por ruptura dos vínculos terapêuticos, aqui renomeada como Alta Disciplinar para descomplexificar a agnição dos casos. Abrangia os pacientes que, após episódios de conflito e violência de natureza diversa com os funcionários, tiveram seu cuidado na unidade interrompido diante do esgotamento dos recursos terapêuticos e quebra das relações de cuidado com o CRATOD, sendo, então, transferidos para continuidade do cuidado em outro equipamento da rede assistencial visando melhor efetividade e adesão ao tratamento. Essa sinalização foi mantida para posterior exploração.

Neste estágio de organização foi necessário criar a coluna *Status*, com a intenção de traduzir a circunstância na qual o paciente se encontrava ao término do intervalo em análise. Essa interpretação teve como base os fluxos assistenciais vigentes do CAPS AD III CRATOD, e levou a definição dos desfechos possíveis:

- Ativo, concernente aos pacientes que ainda estavam em tratamento no dia 28 de fevereiro de 2023;
- Alta por abandono, alusivo aos pacientes que iniciaram seu tratamento no CAPS AD III CRATOD, e se ausentaram da unidade por trinta dias consecutivos, sem justificativa prévia, contados a partir do último registro de presença no CRATOD;

- Alta implicada por transferência, referente aos pacientes que, dentro do Projeto Terapêutico Singular, foram transferidos para continuidade do tratamento em outro equipamento da rede assistencial, seja por (1) mudança do território de moradia, culminando em encaminhamento para demais CAPS ou ambulatórios especializados, ou por (2) melhora do quadro, exigindo, assim, um serviço de menor complexidade como as Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Alta disciplinar, descrita no parágrafo acima.

Cabe uma elucidação acerca dos passos seguidos para dimensionar os pacientes nas categorias listadas acima a partir dos dados presentes na planilha. Considerando a definição de Alta por Abandono como ausência no setor por mais de trinta dias consecutivos, foi possível identificar aqueles que estavam ativos no tratamento em 28 de fevereiro de 2023, através da data da última passagem pelo CAPS AD III CRATOD. Vertendo em outras palavras, os pacientes que tiveram seu último registro de atendimento na unidade a partir de 30 de janeiro de 2023 foram sinalizados como Ativos.

A dificuldade surgiu a seguir porque os demais poderiam ser categorizados tanto como Alta por Abandono quanto como Alta Implicada por Transferência. Essa diferenciação não era passível de ser realizada através dos dados fornecidos pelo Sistema S4SP. Então, buscou-se fontes alternativas acessíveis para destrinchar qual o tipo de descontinuação do tratamento ocorreu. Os documentos acessórios consultados foram:

- os prontuários físicos pertencentes aos pacientes do CRATOD, sob guarda do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do CRATOD (SAME-CRATOD), acessados de forma limitada para checagem de alguma informação que suscitou dúvida;
- as tabelas mensais de gerenciamento de casos dos pacientes, organizadas pelas enfermeiras atuantes no CAPS AD III CRATOD;
- os relatórios trimestrais elaborados pelos profissionais da equipe multiprofissional do CAPS AD III CRATOD a respeito dos seus pacientes de referência;
- as anotações realizadas por mim nas reuniões técnicas com as equipes do CAPS AD III CRATOD referentes às discussões dos pacientes.

Dessa forma, a coluna *Status* pôde ser completada.

Para a conclusão da amostra, debruçou-se sobre os pacientes considerados Ativos na coluna *Status*. Após reflexão sobre o conceito de Alta por Abandono, percebeu-se que aqueles que iniciaram o tratamento no CAPS AD III CRATOD após 30 de janeiro de 2023 teriam intervalo de avaliação com menos de 30 dias, fato que contribuiria para uma categorização inconsistente e possível conclusão equivocada, superestimando o número de Ativos. A fim de evitar um viés de seleção, optou-se por excluir do estudo os 75 pacientes que iniciaram tratamento entre 30 de janeiro de 2023 e 28 de fevereiro de 2023. Perfazendo o número de participantes em 1.207. O epítome da seleção dos participantes do estudo é apregoado no fluxograma apresentado na Figura 15.

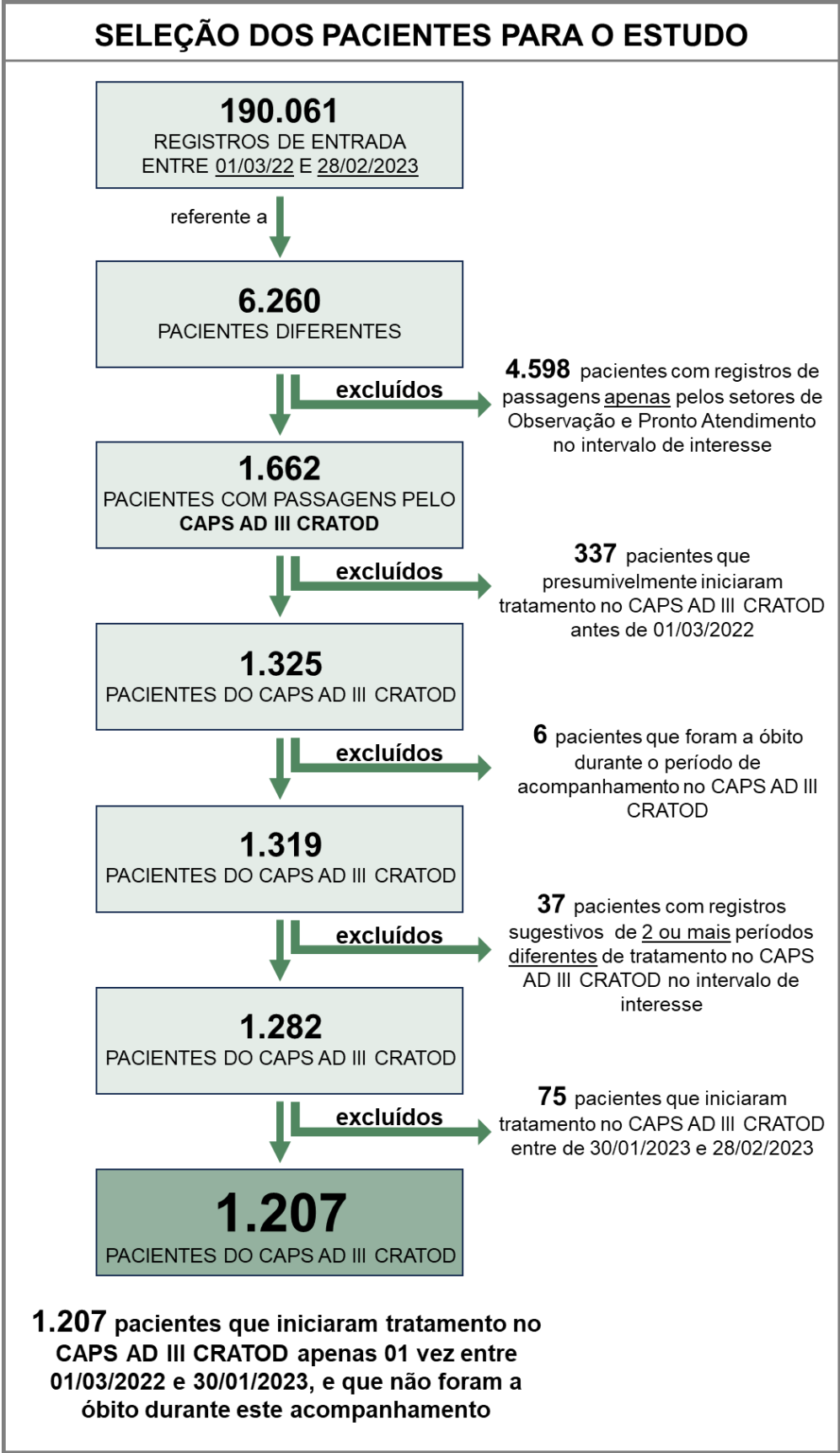


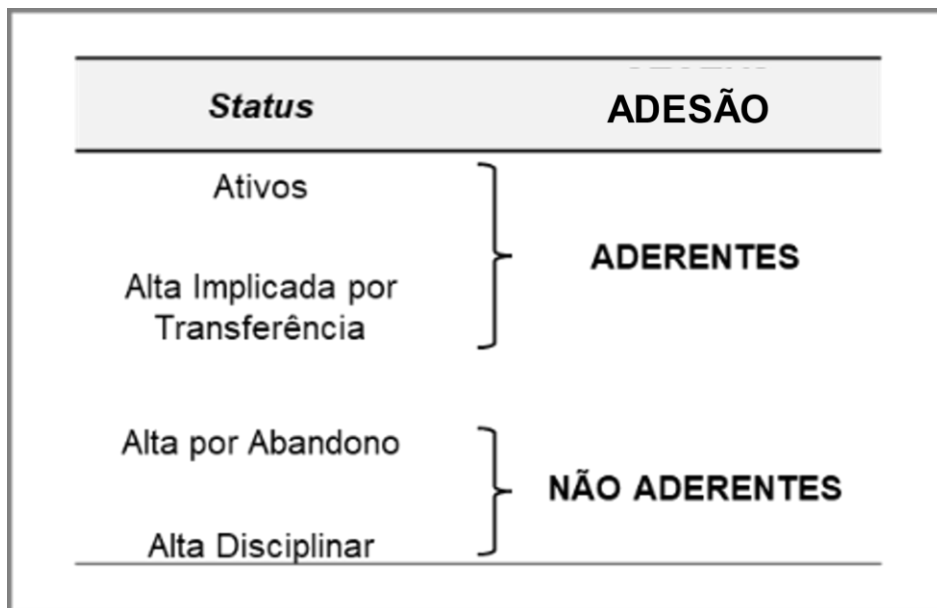
Figura 15: Fluxograma da seleção dos pacientes para o estudo

#### 4.1.4. Designação das variáveis para estudo

Com o intuito de identificar potenciais fatores que poderiam ter influenciado na adesão dos pacientes ao tratamento ofertado pelo CAPS AD III CRATOD e, com base na gama de elementos dispostos na planilha organizada até o momento, foram definidas as variáveis dependentes (variáveis a serem explicadas) e independentes (explicativas ou co-variáveis) de interesse, presentes nesses dados coletados na rotina do serviço. Tal passo foi inescusável após essa exploração inicial, visto que nortearia a análise das informações.

As variáveis dependentes buscaram exprimir a ideia de adesão ao tratamento, compondo o efeito em estudo. Assim sendo, os eventos de interesse, neste caso o comportamento dos pacientes em relação ao tratamento ofertado, foram investigados por meio de duas variáveis: (1) ADESÃO e (2) TEMPO EM TRATAMENTO. Os pacientes selecionados foram identificados de acordo com o seu *status* no dia 30/01/2023 como ativos, alta implicada por transferência, alta por abandono e alta disciplinar. Em um sentido mais próximo à noção de adesão, tais categorias do *Status* foram recodificadas tal que os pacientes Ativos ou os que denotaram Alta Implicada por Transferência foram considerados ADERENTES ao tratamento ofertado, ao passo que os que receberam Alta por Abandono ou Alta Disciplinar foram tidos como NÃO ADERENTES. Mostra-se pertinente explicar que receber Alta Implicada por Transferência foi encarado como elo ADERENTE ao tratamento ofertado pelo CAPS AD III CRATOD em função da concretização do planejamento terapêutico, incluindo seu epílogo dentro do serviço. E vale esclarecer, também, que os pacientes que receberam Alta Disciplinar foram considerados NÃO ADERENTES porque, por mais que representassem um grupo heterogêneo com peculiaridades, foram desligados do tratamento dado os profissionais entenderem que eles infringiram o contrato terapêutico, não partilhando o vínculo com a equipe e não aderindo ao projeto assistencial. A Figura 16 apresenta o agrupamento realizado.





**Figura 16: Transformação da coluna Status na variável ADESÃO**

No tocante às variáveis independentes, optou-se por separá-las em duas classes, cuja divisão compreendeu a natureza dessas caracterizações: uma de cunho sociodemográfico e outra referente à densidade do tratamento.

Acerca das características Sociodemográficas, foram elencadas as seguintes variáveis, com suas respectivas categorizações:

- Idade (variável independente quantitativa). Número equivalente à idade em anos completos no dia na qual o paciente passou pelo primeiro atendimento no CAPS AD III CRATOD.
- Faixa Etária (variável independente qualitativa); (1) até 29 anos, (2) entre 30 e 49 anos, (3) acima de 49 anos.
- Identidade de Gênero (variável independente qualitativa nominal); (1) Homens, (2) Homens Transexuais, (3) Mulheres e (4) Mulheres Transexuais.
- Raça/ Cor da Pele (variável independente qualitativa nominal); (1) Pretos(as), (2) Pardos(as), (3) Brancos(as), (4) Amarelos(as), (5) Indígenas.

- Estado Civil (variável independente qualitativa nominal); (1) Solteiros(as), (2) Casados(as)/Em Relacionamento Estável, (3) Separados(as)/Divorciados(as), (5) Viúvos(as).
- Escolaridade (variável independente qualitativa nominal); (1) Analfabetos(as), (2) Até 11 anos - Escolar, (3) Acima de 11 anos – Técnico/ Superior.
- Atividade Remunerada (variável independente qualitativa nominal); (1) Com Fonte de Renda, (2) Sem Fonte de Renda, (3) Aposentados(as).
- Religião (variável independente qualitativa nominal); (1) Católicos(as), (2) Evangélicos(as), (3) Espíritas, (4) Protestantes, (5) Adventistas, (6) Muçulmanos(as), (7) Judeus, (8) Budistas, (9) Ateus(ias), (10) Outras Religiões.
- Nacionalidade (variável independente qualitativa nominal); (1) Brasil, (2) África do Sul, (3) Argentina, (4) Bolívia, (5) China, (6) Colômbia, (7) Egito, (8) Equador, (9) França, (10) Marrocos, (11) Moçambique, (12) Nigéria, (13) Peru.

No que tange às características referentes à Densidade de Tratamento, foram selecionadas as variáveis, com suas respectivas categorizações:

- Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s) (variável independente qualitativa nominal); (1) Passou e (2) Não Passou.
- Atendimento(s) Odontológico(s) (variável independente qualitativa nominal); (1) Passou e (2) Não Passou.
- Admissão(ões) no Setor de Observação (variável independente qualitativa nominal); (1) Com Admissão(ões) e (2) Sem Admissão(ões).
- Grupos por Semana (variável independente qualitativa nominal); (1) Até 1, (2) Entre 1,01 e 2, e (3) Acima de 2.

A variável Admissão(ões) no Setor de Observação valorizou apenas as admissões que ocorreram durante o período de tratamento no CAPS AD III CRATOD, ou seja, aquelas que ocorreram antes do início do tratamento no CAPS ou após interrupção do tratamento no CAPS não foram contabilizadas. No que diz respeito à

variável Grupos por Semana, foi necessário separar, dentre as atividades do CAPS AD III CRATOD sinalizadas na planilha com a sigla CAPS, quais se referiram a participações dos pacientes em Oficinas e Grupos Terapêuticos por meio das fontes de informações complementares, e, então, dividir o total pelo número de semanas em tratamento. A Figura 17 apresenta sinteticamente essas variáveis.



Figura 17: Variáveis de estudo

#### 4.1.6. Análise Estatística

Diante dos dados coletados e organizados, definiu-se dois perfis de avaliação do estudo: descritivo e analítico. Para ambos foram utilizados os pacotes estatísticos IBM® SPSS® Statistics, versão 22 e Jamovi®, versão 2.3.28.

##### 4.1.6.1. Análise Estatística Descritiva

Para efetuar a análise estatística descritiva das variáveis nominais, calcularam-se, em relação ao total de pacientes selecionados (n=1.207), as frequências de ocorrência de cada categoria das variáveis. Essas frequências foram organizadas em tabelas, conjuntamente à confecção de gráficos, para melhor visualização das informações. Optou-se por manter uma casa decimal após a vírgula na análise descritiva por não se considerar vital, para o entendimento do dado, maior precisão numérica.

Em virtude da presença de categorias com número baixo de participantes, houve a necessidade de algumas variáveis terem suas categorias reorganizadas. Durante essa reconstituição, tentou-se evitar que houvesse exclusão de dados, então esses pacientes foram realocados nas categorias mais substanciais em número, desde que não se perdesse o sentido etiológico do agrupamento. No tocante da variável Religião, optou-se por distinguir os(as) ateus(ias) daqueles que referiram possuir uma religião, porque, diante da categoria *outros* ser responsável por mais de 48% dos pacientes, haveria grandes chances de identificar de forma errônea a distribuição religiosa do grupo, somando-se o fato da dificuldade em agrupar as religiões listadas por meio de sua matriz teológica. A Figura 18 resume os ajustes feitos.

<b>Identidade de Gênero</b>	<b>Identidade de Gênero Recodificado</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Escolaridade Recodificado</b>
Homens	→ Homens	Analfabetos(as)	} Até 11 anos
Homens Transexuais	→ Não incluídos	Até 11 anos (Escolar)	
Mulheres	→ Mulheres	Acima de 11 anos (Técnico/ Superior)	→ Acima de 11 anos
Mulheres Transexuais	→ Não incluídas		
<b>Raça/ Cor da Pele</b>	<b>Raça/ Cor da Pele Recodificado</b>	<b>Religião</b>	<b>Religião Recodificado</b>
Pardos(as)	} Negros(as)	Católicos(as)	} Possuem Religião
Pretos(as)			
Brancos(as)	→ Brancos(as)	Evangélicos(as)	
Amarelos(as)	} Não incluídos (N baixo)	Espirítas	
Indígenas			
		Protestantes	
		Adventistas	
		Muçulmanos(as)	
		Budistas	
		Outros	
		Ateus(ias)	→ Ateus(ias)
<b>Estado Civil</b>	<b>Estado Civil Recodificado</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Nacionalidade Recodificado</b>
Solteiros(as)	} Sem Companheiro(a)	Brasil	→ Brasileiros(as)
Separados(as)/ Divorciados(as)			
Viúvos(as)			
Casados(as)/ Em Relacionamento Estável		→ Com Companheiro(a)	África do Sul
		Argentina	
		Bolívia	
		China	
		Colômbia	
		Egito	
		Equador	
		França	
		Marrocos	
		Moçambique	
		Nigéria	
		Peru	
<b>Atividade Remunerada</b>	<b>Atividade Remunerada Recodificado</b>		
Com Atividade Remunerada	→ Com Atividade Remunerada		
Sem Atividade Remunerada	→ Sem Atividade Remunerada		
Aposentados(as)	→ Não incluídos		

**Figura 18: Recodificação das variáveis**

No que concerne às variáveis quantitativas Idade e Tempo em Tratamento, primeiramente foi aplicado o Teste de Kolmogorov-Smirnov com a intenção de

averiguar a distribuição dos dados, sendo constatado que não seguiam distribuição normal. Isto posto, utilizou-se a mediana, como medida de tendência central, e o primeiro e terceiro quartis, como medidas de posição. Suplementarmente, confeccionaram-se histogramas para a representação gráfica.

#### **4.1.6.2. Análise Estatística Analítica**

O estudo incluiu duas variáveis resposta com significados distintos e complementares culminando em **duas vertentes distintas**. A primeira delas foi pautada sustentando-se apenas sobre a variável dependente ADESÃO como binominal, com as categorias Aderentes e Não Aderentes. Ao passo que a segunda associou a ADESÃO com o tempo no qual o paciente permaneceu em tratamento, em outros termos, mesclou a variável dependente binomial com a variável dependente quantitativa TEMPO EM TRATAMENTO. Vale acrescentar que as variáveis independentes Religião e Nacionalidade não foram incluídas neste perfil porque, mesmo com o reagrupamento presente na Figura 18, uma das categorias resultantes não possuía número suficiente de participantes para uma realização adequada dos testes. Diferentemente da Análise Estatística Descritiva, adotou-se duas casas decimais após a vírgula, na apresentação dos resultados, por haver necessidade de maior precisão numérica para correta interpretação dos valores.

Sublima-se, também, a escolha das **variáveis recodificadas** para realização da Análise Estatística Analítica. Isso se deve ao fato da presença de categorias com um número muito baixo de pacientes potencialmente interferir na execução dos testes. Assim sendo, durante toda a Análise Estatística Analítica, as variáveis independentes utilizadas foram as recodificadas, porém, na nomenclatura da variável, optou-se por suprimir a palavra “recodificada”, por não ser necessária tal especificação. Vale lembrar que as variáveis com mais detalhamento, ou seja, com todas as categorias encontradas, foi utilizada apenas na Análise Estatística Descritiva.

##### **4.1.6.2.1. Primeira vertente**

A primeira vertente proporcionou comparações entre as variáveis independentes nominais e a variável dependente ADESÃO, com as categorias ADERENTES e NÃO ADERENTES. O Teste de Associação de Qui-Quadrado de Pearson foi selecionado por permitir estabelecer comparações entre essas variáveis

categóricas e investigar a existência de possíveis relações entre elas. Os resultados foram apresentados por meio da Tabela de Dupla Entrada e de representação gráfica. A significância estatística foi estabelecida como  $p < 0,05$ .

Os resultados dos Testes de Associação de Qui-Quadrado de Pearson realizados mostraram-se promissores para a realização de uma análise mais profunda dos dados. Dessa maneira, avançou-se o processo de tratamento estatístico, o que culminou na escolha da realização da Regressão Logística Binomial Univariada seguida da Regressão Logística Binomial Multivariada.

A Regressão Logística é uma técnica estatística que pode se adequar a um desenho de estudo transversal com medida de associação dada pela Razão de Chances (*Odds Ratio* - OR). O OR permite investigar a força de ocorrência do desfecho (adesão) na presença de exposição das variáveis independentes. Sua utilização possibilitou estimar, então, como as características sociodemográficas e sobre a densidade de tratamento intervieram nas chances de o evento ocorrer, neste caso, o paciente **ser não aderente**.

A abordagem univariada operou uma variável independente por vez, proporcionando, assim, uma avaliação individual dos cotejos. Aqueles com  $p < 0,20$  foram incluídas no segundo estágio, de abordagem multivariada. A técnica multivariada permitiu verificar o efeito de cada variável independente na ocorrência do desfecho, controlando-se para as demais variáveis presentes. Neste último processo da análise, a significância estatística estabelecida foi  $p < 0,05$ , e ao término foi possível identificar existência de associação entre cada variável independente e a variável dependente.

#### **4.1.6.2.2. Segunda vertente**

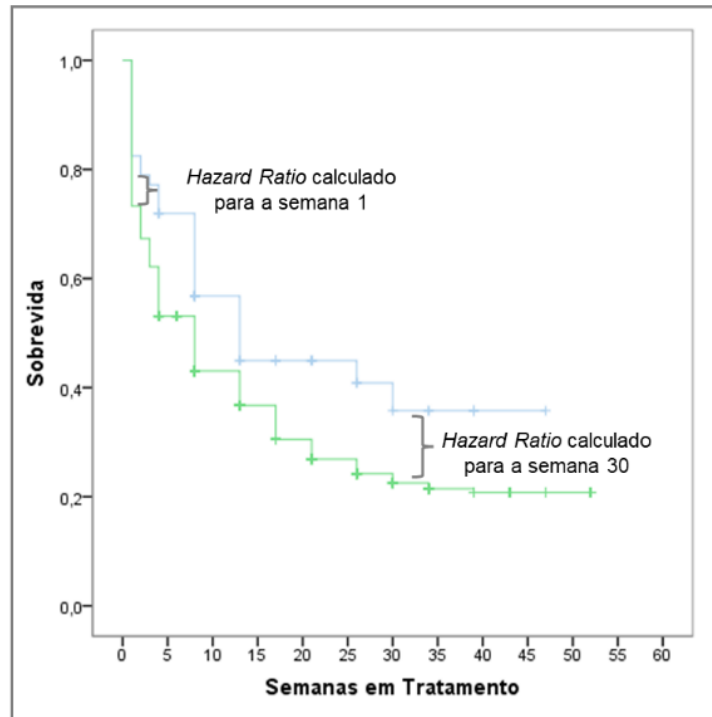
Com interesse em investigar o tempo de acompanhamento dos pacientes utilizou-se o modelo estatístico da Análise de Sobrevida. É importante destacar que o termo *sobrevida* se refere a uma variável dependente amalgamada, que relaciona tempo e evento. Equivalendo, no atual estudo, ao intervalo de tempo ( $\Delta t$ ) no qual o paciente permaneceu em tratamento no CAPS AD III CRATOD até se tornar não aderente, ou seja, receber alta por abandono ou disciplinar. Assim sendo, por meio da Análise de Sobrevida, pode-se apresentar a chance de o evento ocorrer (ser não aderente) dado certo momento inicial de observação, permitindo o cálculo da Razão

de Incidência Instantânea (Hazard Ratio – HR) e a construção das curvas de sobrevida ou curvas de acompanhamento dos pacientes.

Nos dados apresentados, todos os casos inclusos puderam ter seu início de tratamento reconhecido, permitindo estimar o tempo até a ocorrência do evento de falha de seguimento por não adesão. Então, o  $\Delta t$  pôde ser reconhecido no grupo de pacientes *não aderentes* pois foi possível estabelecer o início e o término do tratamento. Já os pacientes considerados aderentes não desenvolveram o desfecho esperado (tornar-se *não aderentes*) ao término do estudo, contribuindo com todo o período de acompanhamento do estudo, então foram apontados como censurados. Os casos indicados como censurados interferiram em determinadas etapas do cálculo da probabilidade de sobrevida em cada segmento do tempo, porém não foram excluídos da análise. É importante mencionar que a Análise de Sobrevida é a única técnica capaz de lidar com observações censuradas sem tratá-las como dados ausentes, não havendo necessidade de imputações.

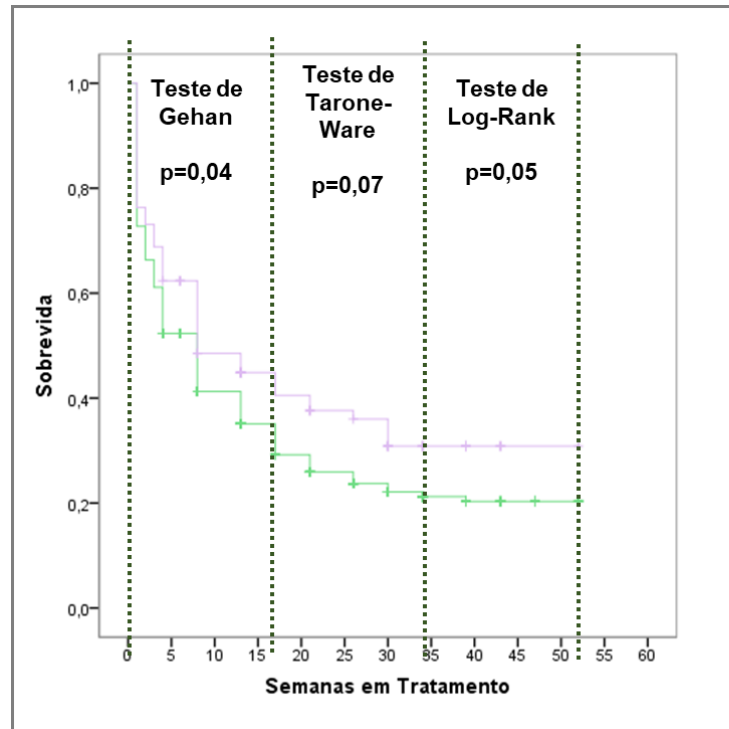
A fim de concretizar esta análise, foi necessário estabelecer uma sequência determinada de processos. Em primeiro lugar, foi elaborado para cada variável independente, a Curva de Sobrevida de Kaplan Meier que apresentou no eixo Y a probabilidade de ocorrer o evento de interesse e no eixo X, o tempo para ocorrência do evento em semanas. Como resultado, foi traçada uma curva para cada categoria dessa variável independente. Cabe explicar que a *Hazard Ratio* é calculada a partir da distância das curvas em um mesmo momento de tempo, ou seja, a chance do paciente se tornar não aderente, ao se comparar as categorias de determinada variável independente, varia conforme as semanas de tratamento. A Figura 19 esboça um exemplo do estimador de Kaplan-Meier e a variação da *Hazard Ratio* ao longo do tempo.





**Figura 19: Exemplo da representação gráfica de Kaplan-Meier**

A partir da confecção do gráfico foram aplicados os testes comparativos de *Log-Rank*, *Gehan* e *Tarone-Ware* entre as categorias das variáveis independentes. Cabe justificativa da razão em aplicar três testes comparativos. De forma simplificada, cada teste avalia de forma mais precisa um setor do gráfico de Kaplan Meier, assim sendo, *Log-Rank* indica o valor de  $p$ , entre as curvas das categorias principalmente, no primeiro terço, à esquerda do gráfico; já *Gehan* avalia o segundo terço; e *Tarone-Ware* o último terço, à direita. A Figura 20 exemplifica essa divisão:



**Figura 20: Distribuição dos testes associativos no gráfico de Kaplan-Meier**

As associações com valor de  $p < 0,20$  nos três testes associativos foram selecionados para continuidade da análise multivariada.

Antes de progredir para a próxima etapa do processo analítico, ainda avaliando os gráficos de Kaplan-Meier, realizou-se a verificação da ocorrência de riscos proporcionais nas curvas de sobrevida para cada variável independente. Esse exame foi realizado através da comparação entre as curvas em um mesmo gráfico. Ou seja, para considerar que a variável independente apresentava riscos proporcionais entre suas categorias, as linhas do gráfico não poderiam se cruzar. Caso houvesse detecção de cruzamento, isso indicaria inversão dos Hazard Ratios, e mudaria a forma como os próximos processos analíticos ocorreriam, aumentando a complexidade da análise. Após essa avaliação, constatou-se que as variáveis independentes apresentaram riscos proporcionais. A fim de simplificar a análise, permitiu-se considerar que o não cruzamento indicou certo paralelismo entre as curvas, ou seja, qualificando-as como proporcionais.

Com as variáveis independentes selecionadas (os três testes comparativos com valor  $p < 0,20$  e riscos proporcionais), avançou-se a análise com a aplicação do modelo de Regressão de Cox, que viabilizou a apresentação de um valor de Hazard Ratio médio ao longo de todo tempo de observação. O fato de os riscos terem sido considerados proporcionais habilitou a utilização deste modelo.

Traçando-se um paralelo com o modelo de Regressão Logística, a Regressão de Cox também possui abordagens Univariada e Multivariada. De maneira análoga à Regressão Logística, a versão univariada de Cox avaliou separadamente cada variável independente enquanto a multivariada calculou as associações averiguando as possíveis interferências das variáveis independentes entre si, e identificando prováveis covariáveis confundidoras. Ao término, considerou-se o valor de  $p < 0,05$  como associação estatisticamente significativa.

O Quadro 5 apresenta um comparativo entre as técnicas aplicadas para a Análise Estatística Analítica.

**Quadro 5: Comparação entre as duas vertentes da Análise Estatística Analítica**

CARACTERÍSTICAS	ANÁLISE ESTATÍSTICA ANALÍTICA	
	1ª VERTENTE	2ª VERTENTE
MODELO ADOTADO	REGRESSÃO LOGÍSTICA BINOMIAL	ANÁLISE DE SOBREVIDA
VARIÁVEL DEPENDENTE	ADESÃO (qualitativa nominal)	Associação entre ADESÃO (qualitativa nominal) e TEMPO EM TRATAMENTO (quantitativa)
MEDIDA DE ASSOCIAÇÃO	RAZÃO DE CHANCES - ODDS RATIO	RAZÃO DE INCIDÊNCIA INSTANTÂNEA - HAZARD RATIO
EFEITO EM ESTUDO	Paciente SER Não Aderente	Paciente TORNAR-SE Não Aderente conforme tempo
OLHAR	Transversal	Longitudinal
EXPLORAÇÃO INICIAL	TESTE DE ASSOCIAÇÃO DE QUI- QUADRADO DE PEARSON	CURVA DE KAPLAN-MEIER e testes comparativos
ABORDAGEM UNIVARIADA	REGRESSÃO LOGÍSTICA UNIVARIADA	REGRESSÃO DE COX UNIVARIADA
ABORDAGEM MULTIVARIADA covariáveis	REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIVARIADA	REGRESSÃO DE COX MULTIVARIADA

## **4.2. Etapa 2**

### **4.2.1. Caracterização da etapa**

A segunda etapa foi desenhada como descritiva, de cunho qualitativo embora tenha utilizado, em determinada parte, técnicas de análise de dados que fizeram uso de parâmetros quantitativos (MELO, 2013).

Foi pensado neste tipo de método porque se desejou ir além das explicações “bio-epidemiológicas”, abarcando a compreensão do que significava a dependência química e o tratamento para a vida do paciente do ponto de vista dos profissionais. Por conseguinte, conhecer essas significações dos fenômenos dos processos saúde-doença poderiam auxiliar, não apenas na melhoria das relações dos usuários com profissionais assistenciais e demais pessoas de seu círculo social, como também na promoção de maior adesão dos pacientes ao tratamento (TURATO, 2005).

### **4.2.2. Participantes e obtenção dos dados**

A coleta de dados foi realizada através do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) com profissionais do CRATOD. O TALP é uma técnica projetiva orientada pela hipótese de que a estrutura psicológica emerge sem passar pelos filtros de censura, configurando um material espontâneo que dificilmente surgiria durante entrevistas formais (SILVA e col., 2011).

Como a aplicação do TALP ocorreu à época derradeira do CRATOD, com a suspensão concorrente das atividades assistenciais do CAPS naquele momento, buscou-se convidar os trabalhadores que ainda se encontravam atuantes nas dependências do serviço. Tal realidade oportunizou a obtenção de informações de profissionais assistenciais e da equipe técnica administrativa atuantes nos três setores do serviço, diferentemente do planejando no início do projeto.

Vale lembrar que, embora não exista uma regra a respeito do número de participantes necessários para a realização do TALP, houve um esforço para seguir as recomendações feitas por WACHELKE e colaboradores (2016) e alcançar uma amostra com menor variabilidade e mais representativa.

Os profissionais que aceitaram o convite para participar do estudo foram conduzidos para uma sala reservada diferente do seu local de trabalho, possibilitando a participação de forma individual e evitando que o sujeito pudesse sofrer influência das respostas dos colegas. Foi solicitado que os trabalhadores dissessem as cinco

primeiras palavras ou expressões que lhe viessem imediatamente à lembrança após apresentação de um estímulo indutor dado pela pesquisadora. Neste caso foram utilizados como estímulos indutores: “TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD”, “DEPENDENTE QUÍMICO” e “SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO QUE O CRATOD ESTÁ PASSANDO”.

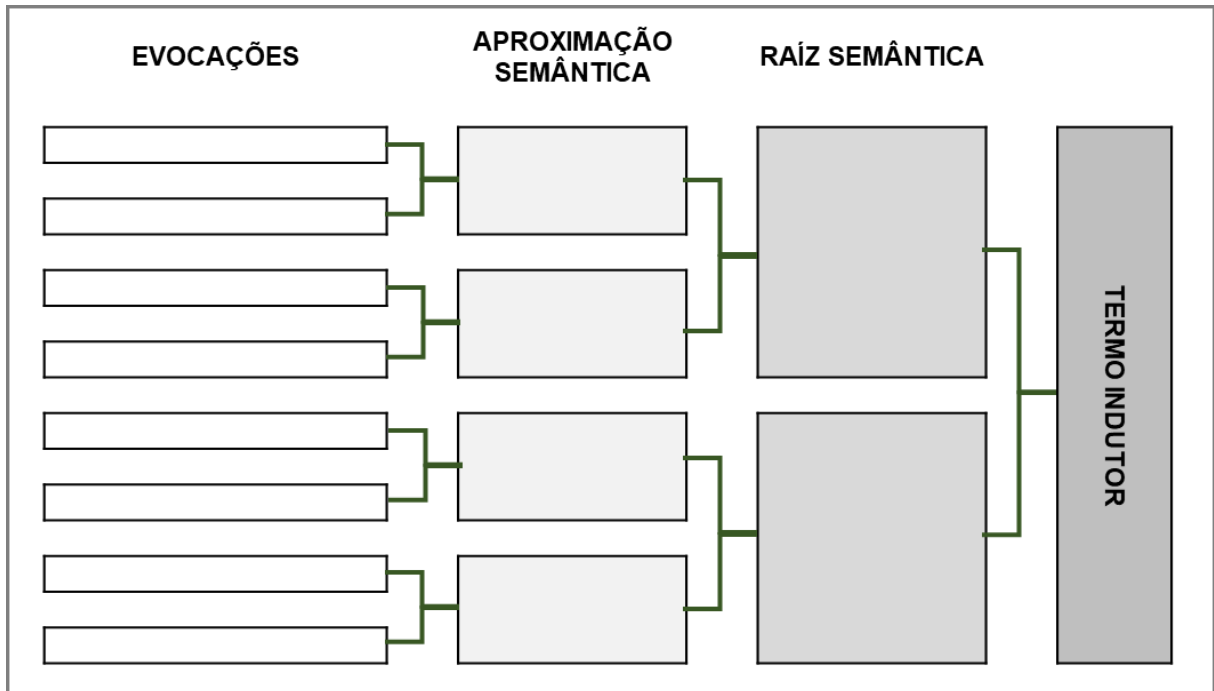
O estímulo indutor “SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO QUE O CRATOD ESTÁ PASSANDO” foi utilizado apenas para apresentar o cenário no qual a coleta de dados estava ocorrendo. Era essencial descortinar este pano de fundo visto que potencialmente interferiria nas respostas dadas, dando um colorido nas interpretações.

#### **4.2.3. Preparação e organização dos dados**

As respostas foram anotadas na ficha intitulada “Formulário para aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras” (APÊNDICE B), atentando a sequência na qual as palavras foram proferidas. Paralelamente, um **Diário de Campo** foi utilizado para anotar as minhas percepções acerca do contexto no qual as palavras foram ditas. Tal atitude auxiliou na organização das palavras e aproximação semântica das evocações.

Vale destacar que se solicitou aos compartes para não comentar com os colegas que ainda não haviam participado da pesquisa sobre a proposta, almejando a maior espontaneidade possível na evocação das palavras. O material coletado através do TALP foi organizado em uma tabela, sobre a plataforma Microsoft Excel®, na qual cada linha correspondia às respostas de um determinado participante e as colunas a ordenação das evocações (1ª evocação/ 2ª evocação/ 3ª evocação/ 4ª evocação/ 5ª evocação).

A exploração inicial da planilha permitiu separar as palavras/expressões de acordo com uma aproximação semântica, neste processo utilizou-se demasiadamente o Diário de Campo. A secessão dos dados permitiu a categorização das evocações, propiciando a montagem de uma Representação Dendrítica. As categorias obtidas também foram agrupadas, através de um nível mais amplo de significação, até chegarem ao termo indutor. Ou seja, a Representação Dendrítica partiu da palavra/expressão evocada até o termo indutor, passando por dois níveis categóricos. A Figura 21 ilustra essa organização:

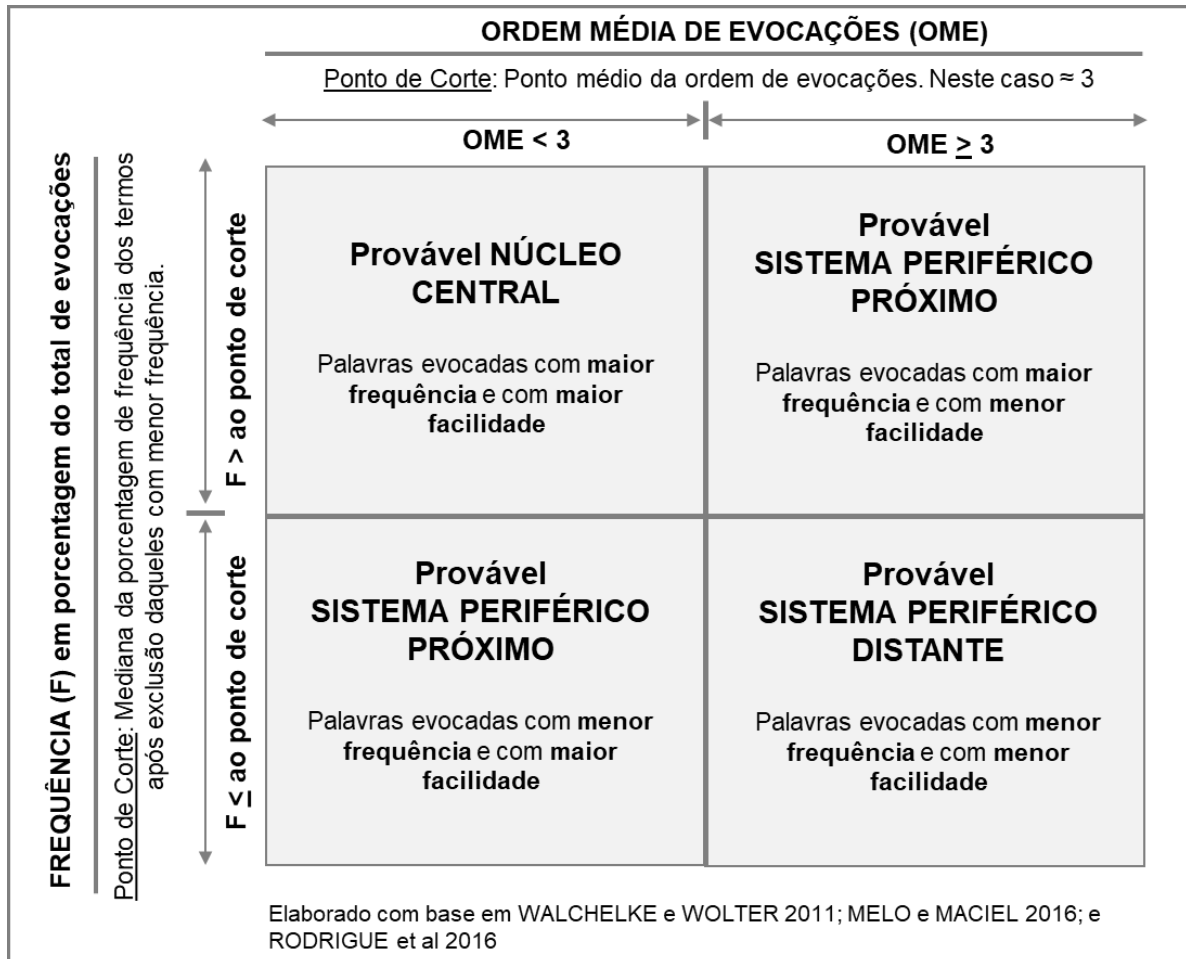


**Figura 21: Representação Dendrítica níveis categóricos**

#### 4.2.4. Análise dos dados

A seguir, as evocações foram substituídas, na tabela montada, pela categoria imediatamente posterior na Representação Dendrítica (neste caso a Aproximação Semântica), buscando uma menor variedade de palavras/expressões. Este tratamento culminou na montagem do Quadro de Quatro Casas, que é uma forma de apresentar o resultado do TALP seguindo a proposta de exploração dos elementos estruturais das representações sociais, por meio da análise prototípica e formulação de categorias em busca dos sistemas central e periférico, seguindo a base sugerida por Pierre Vergès (VERGÈS 2001). Este quadro adveio, portanto, da análise lexicográfica, combinada à frequência de emissão das palavras e/ou expressões, respeitando a ordem na qual são evocadas (WACHELKE e WOLTER, 2011; MELO e MACIEL, 2016; RODRIGUES e col., 2016).

Assim, após a conformação dos dados, a tabela foi importada para a ferramenta *open-EVOC* (SANT'ANNA, 2012), com intuito de assingelar o tempo destinado aos cálculos e à organização dos dados e confecção do Quadro de Quatro Casas. A Figura 22 representa o quadro de quatro casas, com a classificação presente em cada quadrante, favorecendo a visualização do arranjo de representações sociais através da análise prototípica.



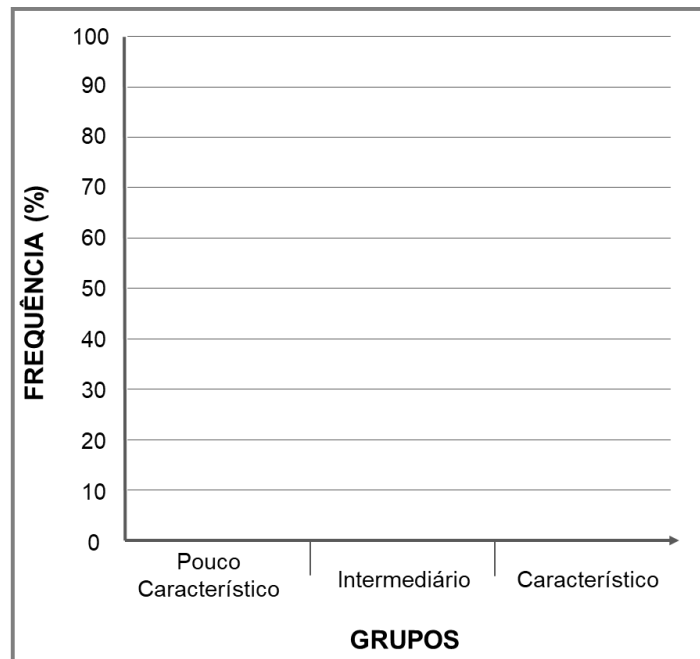
**Figura 22: Quadro de Quatro Casas e a função de cada quadrante**

A definição do ponto de corte da Frequência seguiu o sugerido por WOLTER (2008). Foram excluídas as palavras com menor porcentagem de evocação e, com os termos restantes, encontrou-se a palavra na posição mediana, assim sendo, o ponto de corte adotado equivaleria à porcentagem de frequência referente a esta palavra. A respeito da Ordem Média de Evocação, escolheu-se uma aproximação do valor médio da ordem de evocações.

Com o Quadro de Quatro Casas pronto, foi realizada a conferência e o esclarecimento desta parte exploratória por meio da aplicação do Questionário de Caracterização (SÁ, 1996; WALCHELKE e WOLTER, 2011; POLLI e WACHELKE, 2013). Para a aplicação deste questionário, foi montada uma lista com as palavras/

expressões que foram classificadas como Provável Núcleo Central, presentes no quadrante superior esquerdo do Quadro de Quatro Casas.





Esta lista foi então apresentada a profissionais que atuaram no CRATOD, solicitando-se que agrupassem os itens (aproximações semânticas da Provável Núcleo Central), de forma proporcional, em três grupos: (1) pouco característico do termo indutor; (2) intermediário; e (3) característico do termo indutor (POLLI e WACHELKE, 2013). Cada palavra/expressão levou a construção de um gráfico dos quais o eixo x continha as três opções de grupos e o eixo y a frequência simples de cada termo nesses grupos (ABRIC, 2003). A Figura 23 exemplifica a estruturação desta técnica.



**Figura 23: Representação gráfica para o Questionário de Caracterização**

Através dos padrões de distribuição de frequência, com a junção dos três pontos obtidos, houve a formação de uma curva cujo desenho identificou, e confirmou, o perfil dos elementos das representações (VERGÈS, 2001). A Figura 24 exemplifica a associação entre as curvas e os significados.



DESENHO	FORMA	SIGNIFICADO
	J OU J INVERTIDO	Elementos do Núcleo Central de fato
	DESCENDENTE	Indicativo de não pertencimento do Núcleo Central
	SINO	Importância Média. Necessita de avaliação pormenorizada do contexto para elaboração de hipótese
	U	Existência de diferenças no grupo. Possibilidade de subgrupos dentro do universo de participantes

Elaborado com base em POLLI e WACHELKE 2013 e ABRIC 2013

**Figura 24: Associação entre as curvas e os significados**

O Quadro 6 condensa a forma como a Etapa 2 foi delineada, com o propósito de compreensão e diagnóstico ligados à adesão dos pacientes ao tratamento ofertado no CAPS AD III CRATOD através de abordagem qualitativa, pensando em auxiliar na instrumentalização para possíveis intervenções futuras.

**Quadro 6: Resumo da estruturação da Etapa 2**

COLETA DE DADOS	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	ANÁLISE DOS DADOS	CONFERÊNCIA
TALP Diário de Campo	REPRESENTAÇÃO DENDRÍTICA Com aproximação semântica	QUADRO DE QUATRO CASAS Com análise prototípica	QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO Com representação gráfica

### 4.3. Considerações Éticas

O estudo foi engendrado respeitando as determinações das Resoluções nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde; e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) sob número CAAE: 61117922.0.0000.5469.

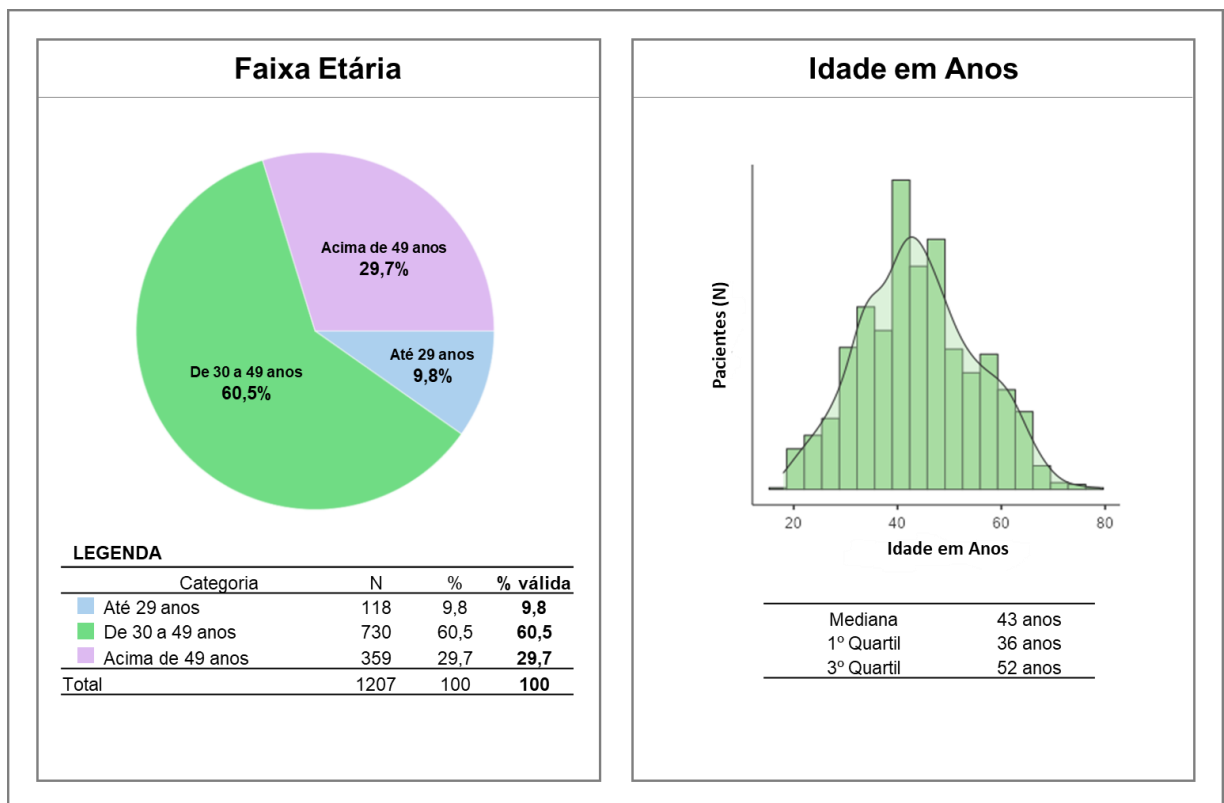
A Etapa 1 foi realizada diante da assinatura da Carta de Anuência, pela Diretoria Técnica do CRATOD, autorizando o acesso a base de dados secundários dos pacientes. Em se tratando da Etapa 2, todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a proposta de colaboração através do TALP (APÊNDICE C).

## 5. RESULTADOS

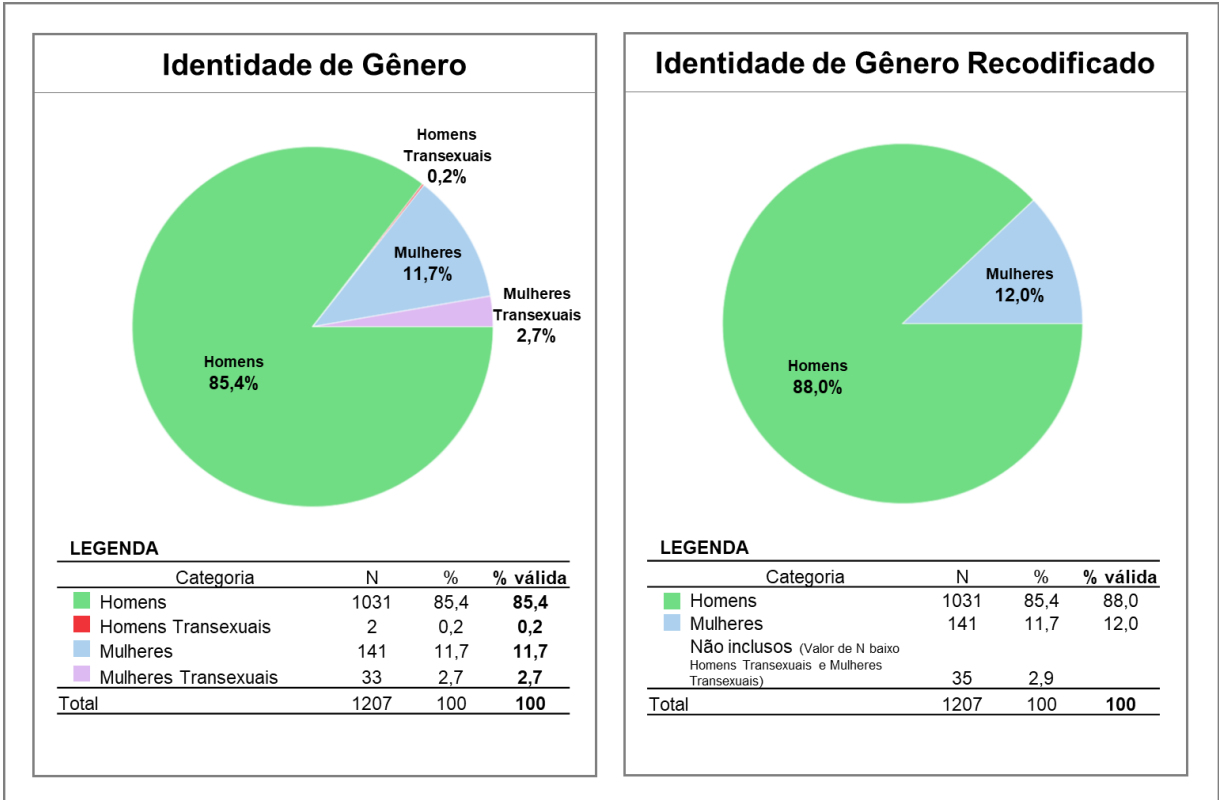
### 5.1. ETAPA 1

#### 5.1.1. AVALIAÇÃO DESCRITIVA

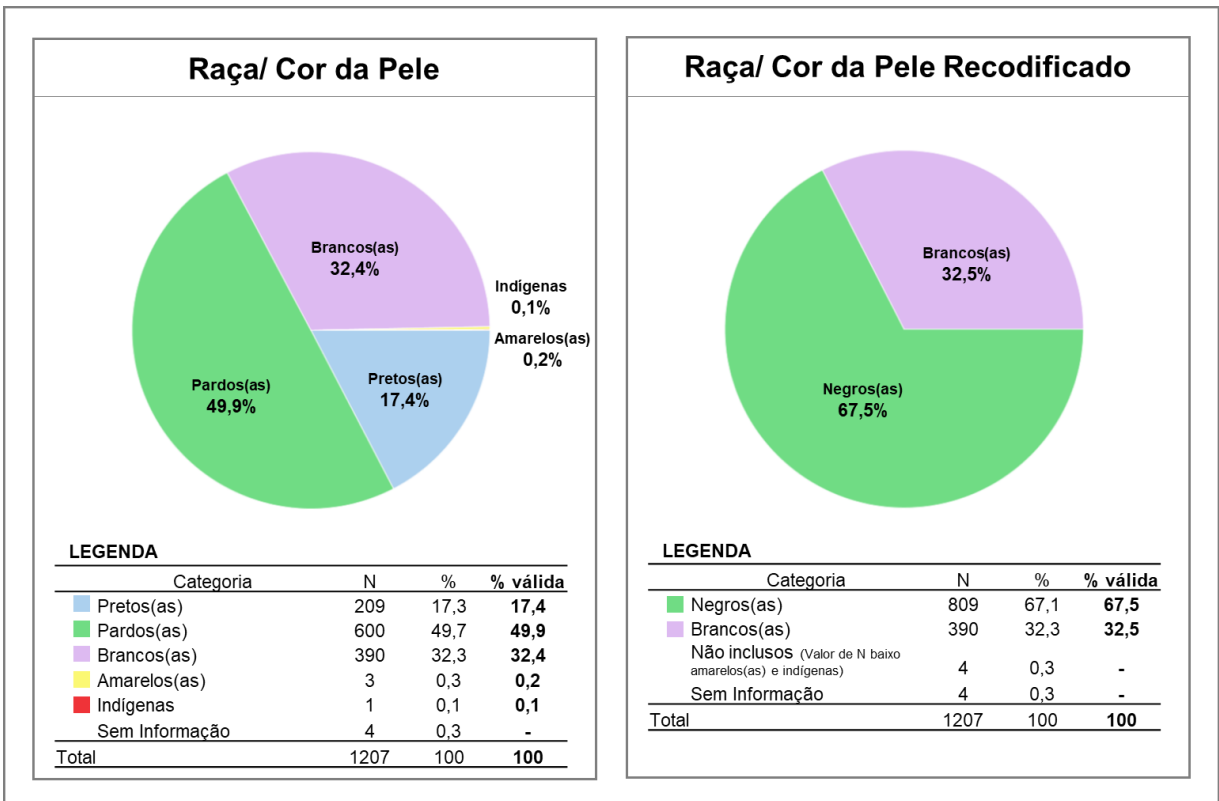
Interessando-se pelos 1.207 pacientes assistidos pelo CAPS AD III CRATOD entre 01 de março de 2022 e 28 de fevereiro de 2023, foi possível identificar o perfil sociodemográfico da maioria dos usuários do serviço: homens (85,4%), pardos(as) (49,9%), com idade entre 30 e 49 anos (60,5%), solteiros(as) (77,7%), com até 11 anos de escolaridade (91,2%), sem atividade remunerada (93,2), brasileiros(as) (98,4%) e referindo possuírem alguma religião (99,0%). As porcentagens apresentadas **acima** são concernentes ao total válido de pacientes, e referem-se às variáveis independentes **sem** a recodificação apresentada na Figura 18. A mediana da idade foi de 43 anos, o 1º Quartil de 36 anos e o 3º Quartil de 52 anos. As Figuras 25 a 32 apresentam de forma mais detalhada as frequências encontradas em cada variável independente sociodemográfica.



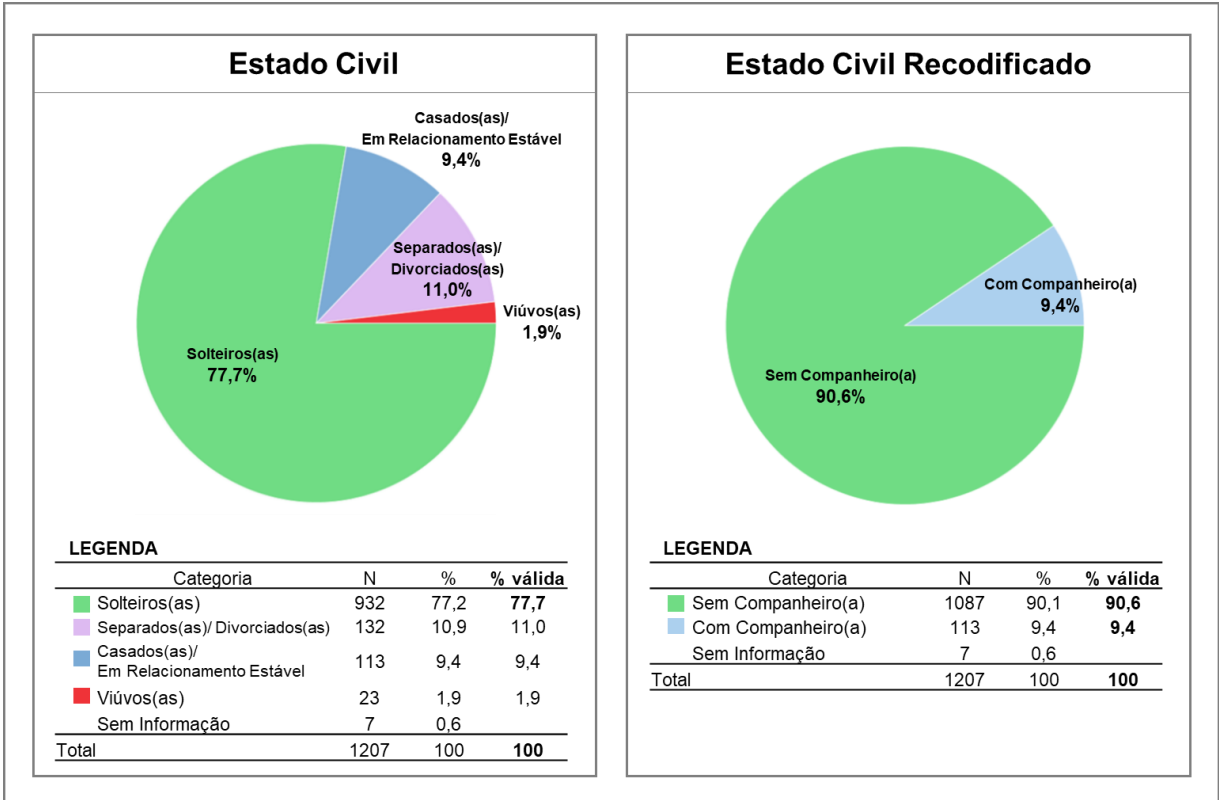
**Figura 25: Distribuição dos pacientes segundo Idade em Anos e Faixa Etária**



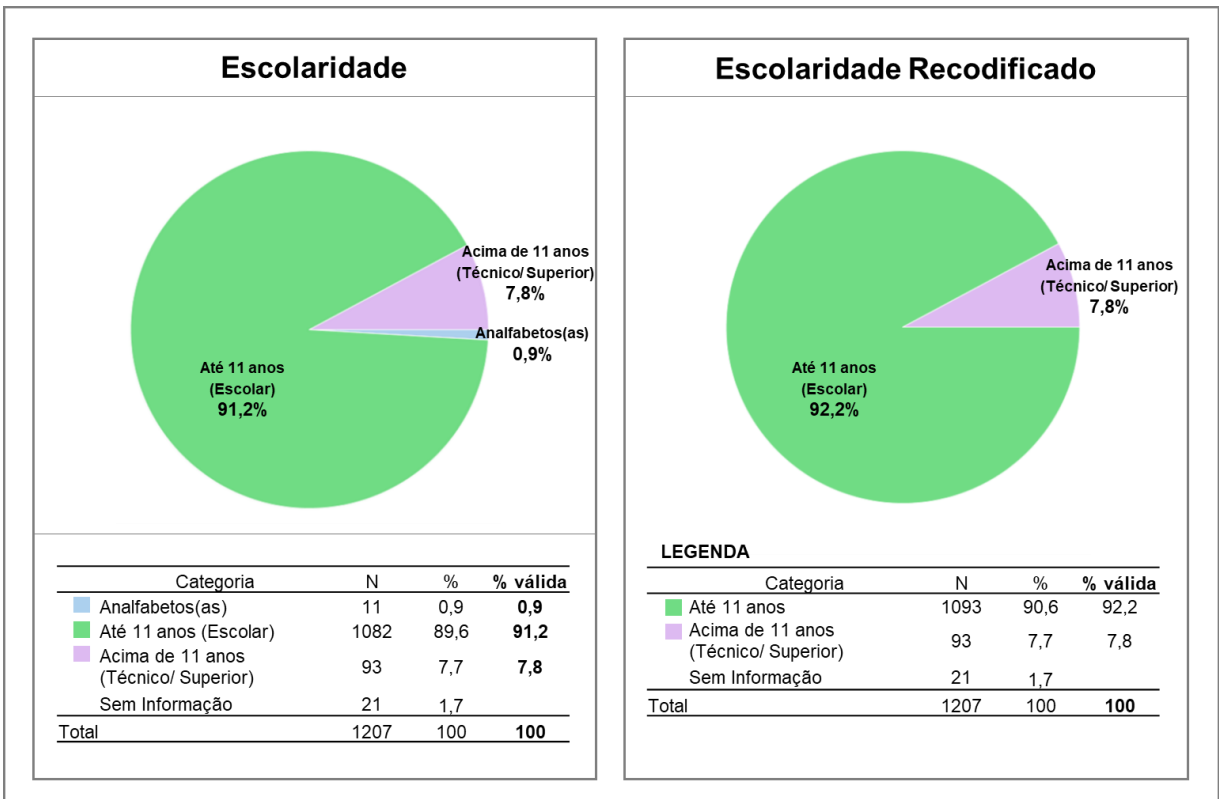
**Figura 26: Distribuição dos pacientes segundo Identidade de Gênero**



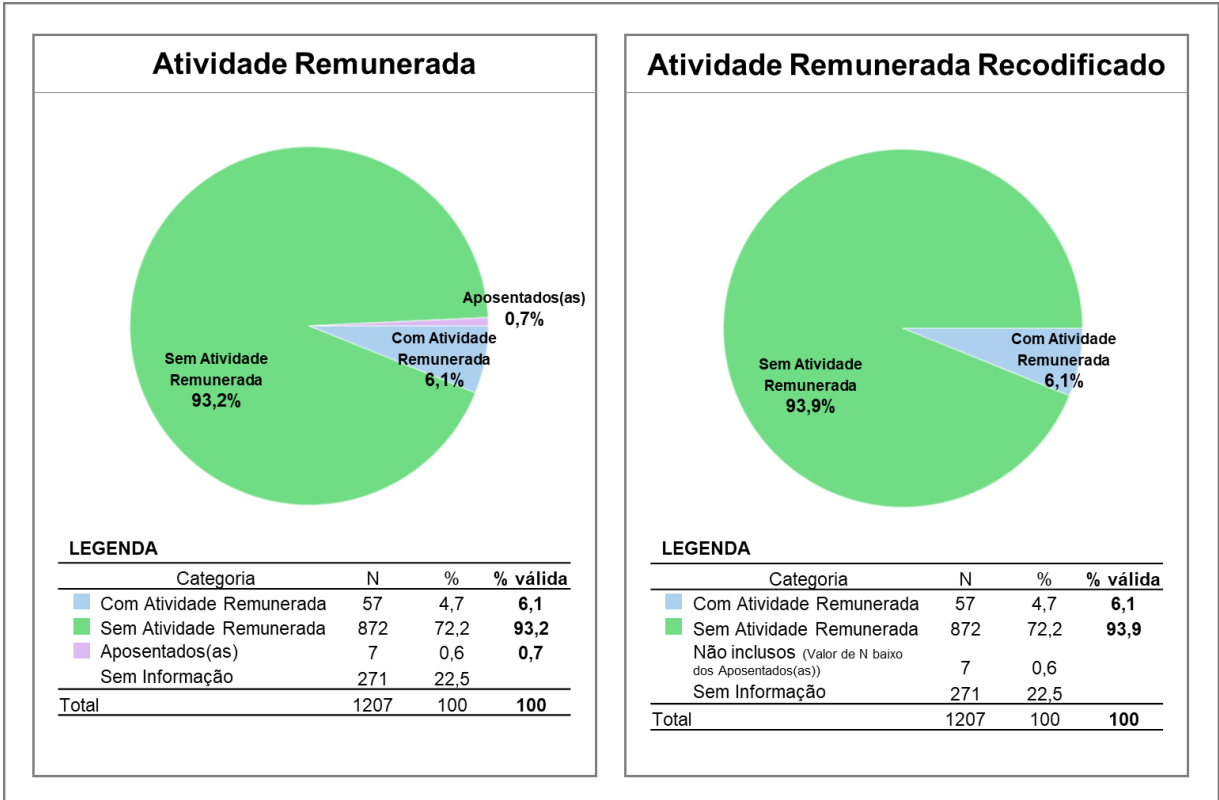
**Figura 27: Distribuição dos pacientes segundo Raça/ Cor da Pele**



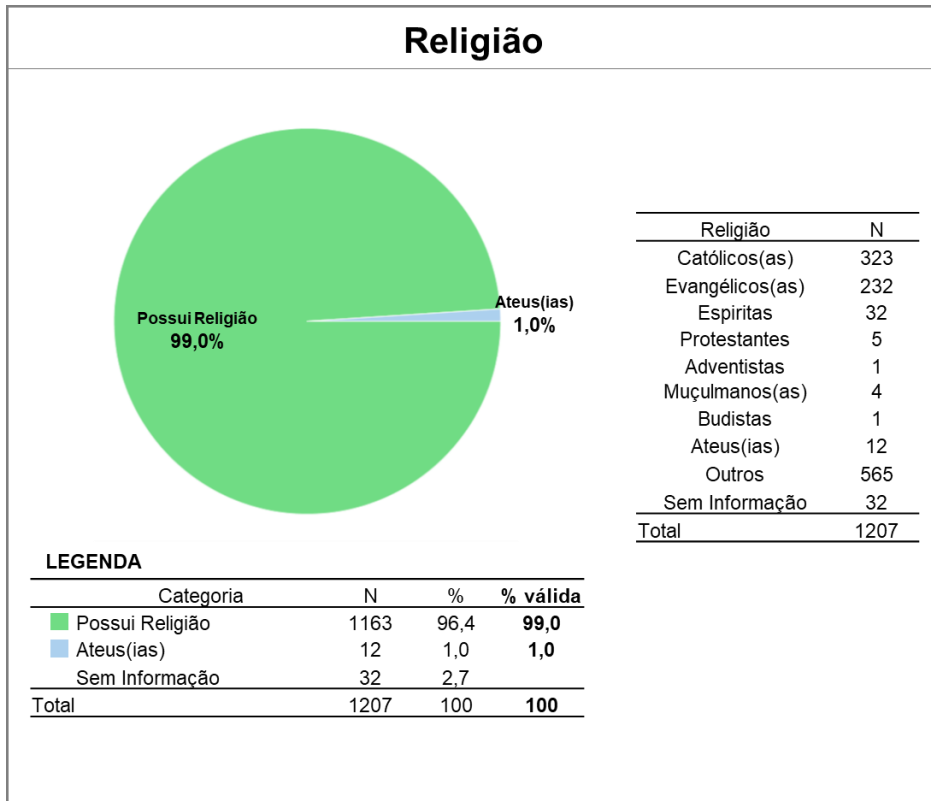
**Figura 28: Distribuição dos pacientes segundo Estado Civil**



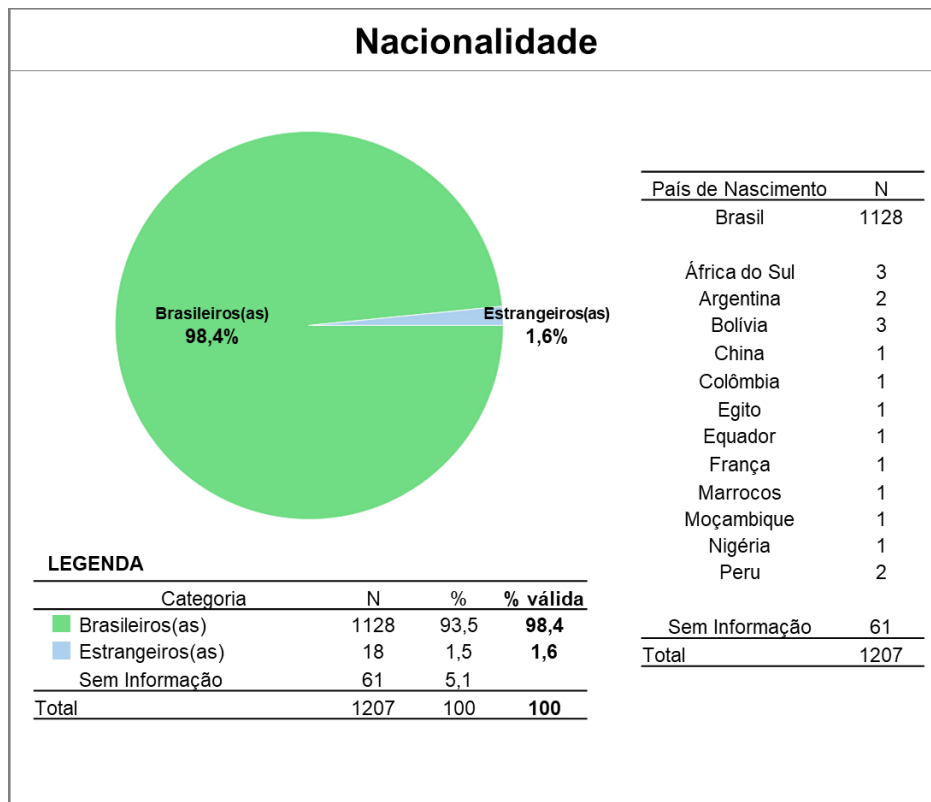
**Figura 29: Distribuição dos pacientes segundo Escolaridade**



**Figura 30: Distribuição dos pacientes segundo Atividade Remunerada**



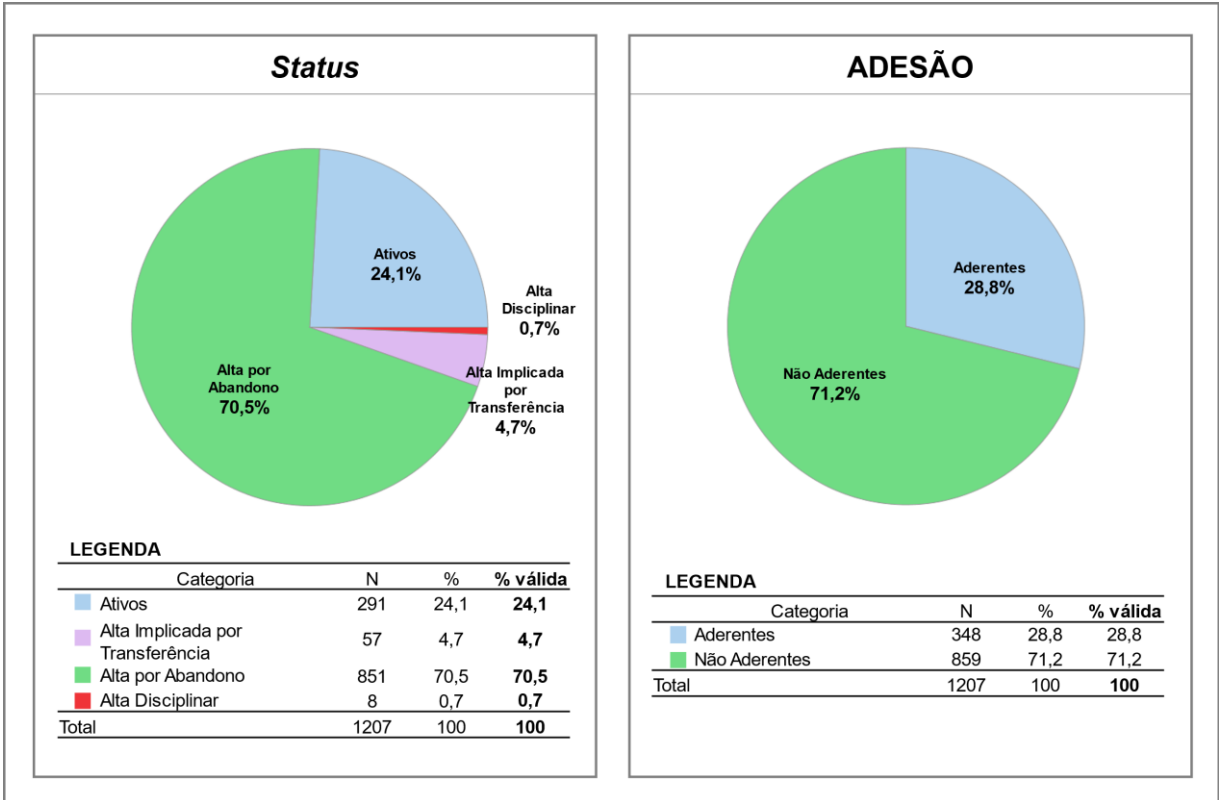
**Figura 31: Distribuição dos pacientes segundo Religião**



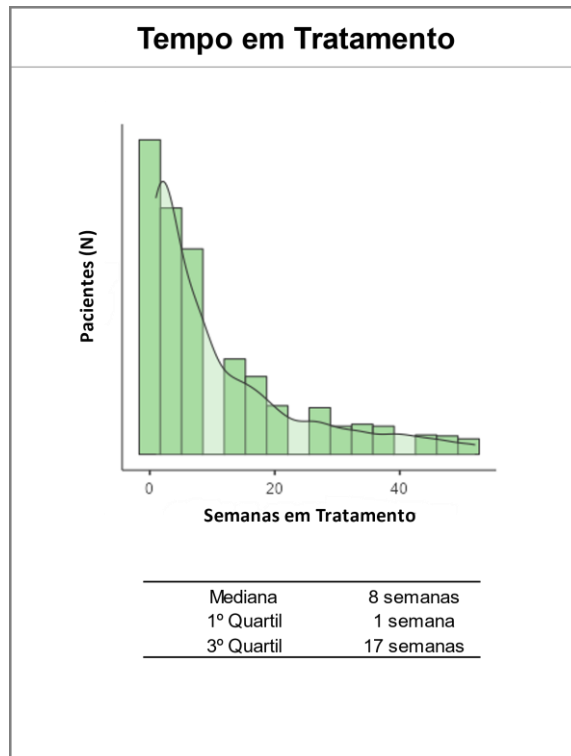
**Figura 32: Distribuição dos pacientes segundo Nacionalidade**

A Figura 25 apresenta duas representações gráficas alusivas à idade a distribuição por faixa etária, em caráter categorial à esquerda e a ordenação por idade em anos, em âmbito quantitativo, através de um histograma, à direita. Nas Figuras 26 a 29, os gráficos de setores à sestro referem-se à distribuição em todas as categorias encontradas, ao passo que os gráficos de setores à destro apresentam a reorganização explicada na Figura 18. No tocante às Figuras 31 e 32, o gráfico apresenta as variáveis reorganizadas e a tabela ao lado a especificação das distribuições. Isso se deve ao grande número de categorias existentes, impossibilitando uma visualização adequada no diagrama.

No que diz respeito à assistência ofertada, a maioria dos pacientes possuía *Status* de Alta por Abandono (70,5%) e era Não Aderente (71,2%). A mediana das semanas em tratamento era de 8 semanas, o 1º Quartil de 1 semana e o 3º Quartil de 17 semanas. As Figuras 33 e 34 apresentam mais detalhadamente esses dados.



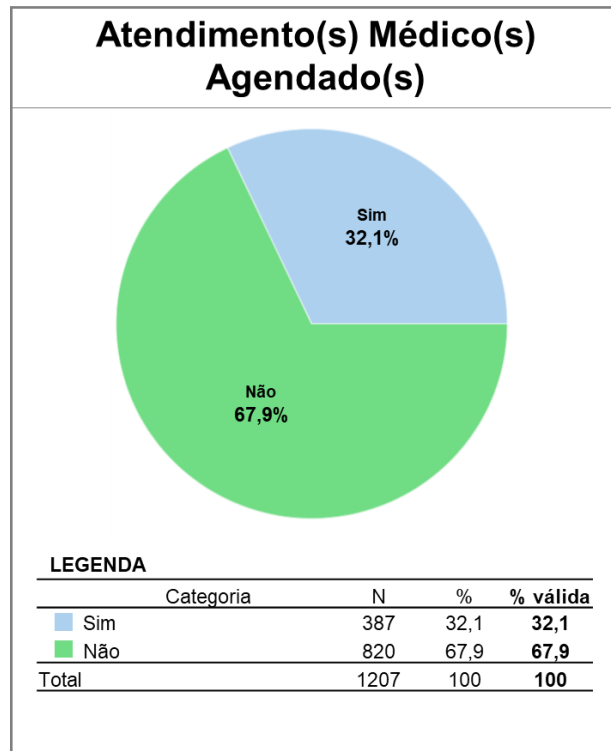
**Figura 33: Distribuição dos pacientes segundo Status e ADESÃO**



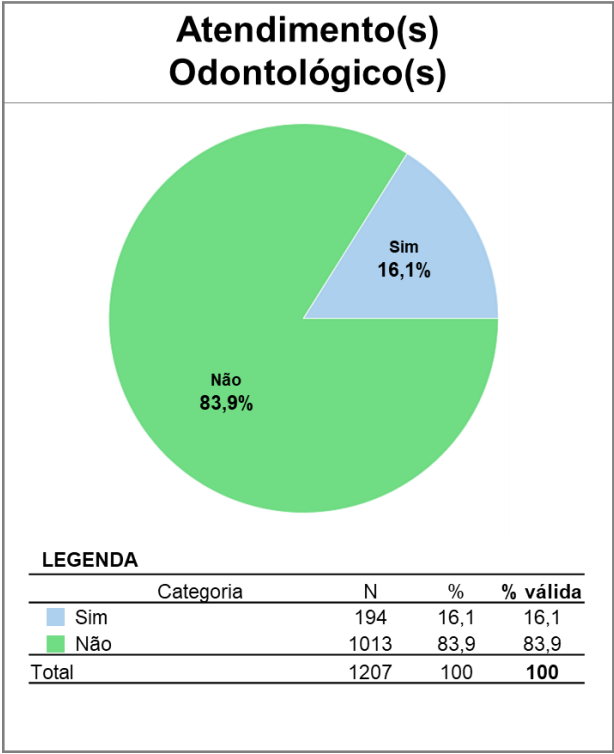
**Figura 34: Distribuição dos pacientes segundo Tempo em Tratamento**



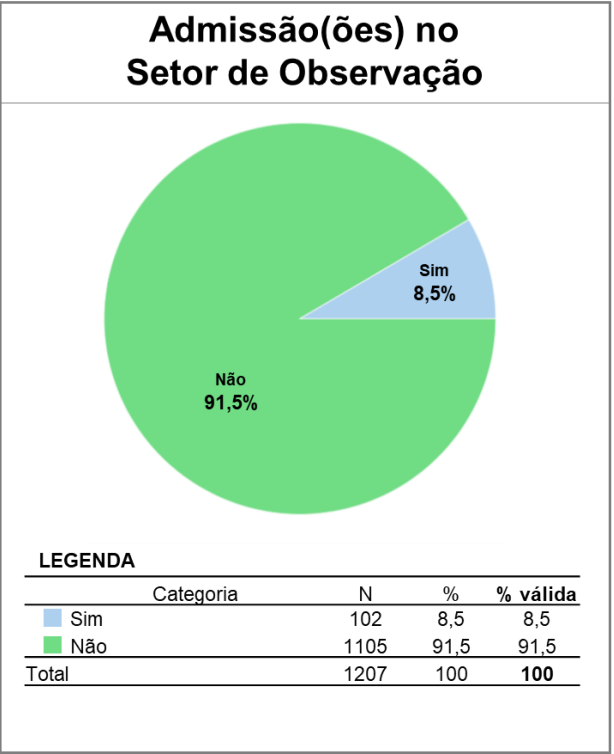
Sobre a densidade de tratamento, 32,1% dos pacientes passaram por pelo menos um atendimento médico agendado, 16,1% passaram por pelo menos um atendimento odontológico, 8,5% foram admitidos na Unidade de Observação pelo menos uma vez durante o período de acompanhamento no CAPS AD III CRATOD e 65,2% participaram, em média, de até 1 grupo por semana ao longo do seu tratamento. As Figuras 35 a 38 sintetizam as frequências encontradas em cada variável



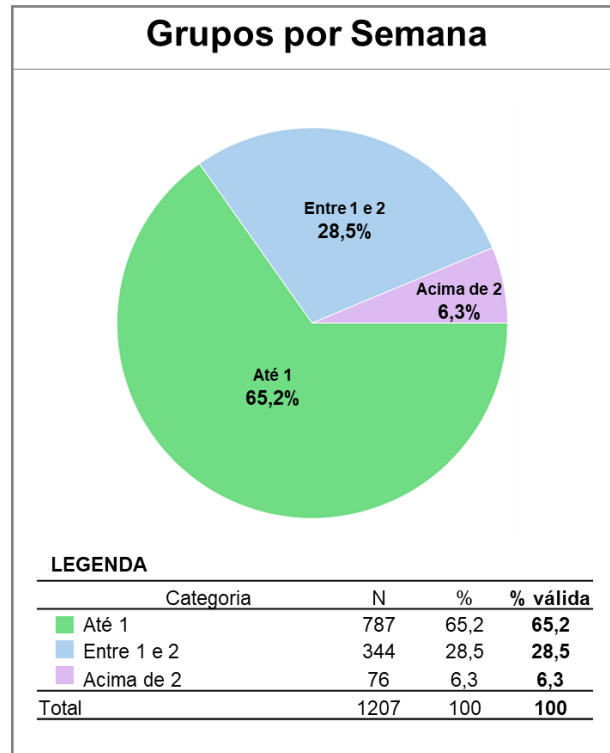
**Figura 35: Distribuição dos pacientes segundo Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s)**



**Figura 36: Distribuição dos pacientes segundo Atendimento(s) Odontológicos(s)**



**Figura 37: Distribuição dos pacientes segundo Admissão(ões) no Setor de Observação**



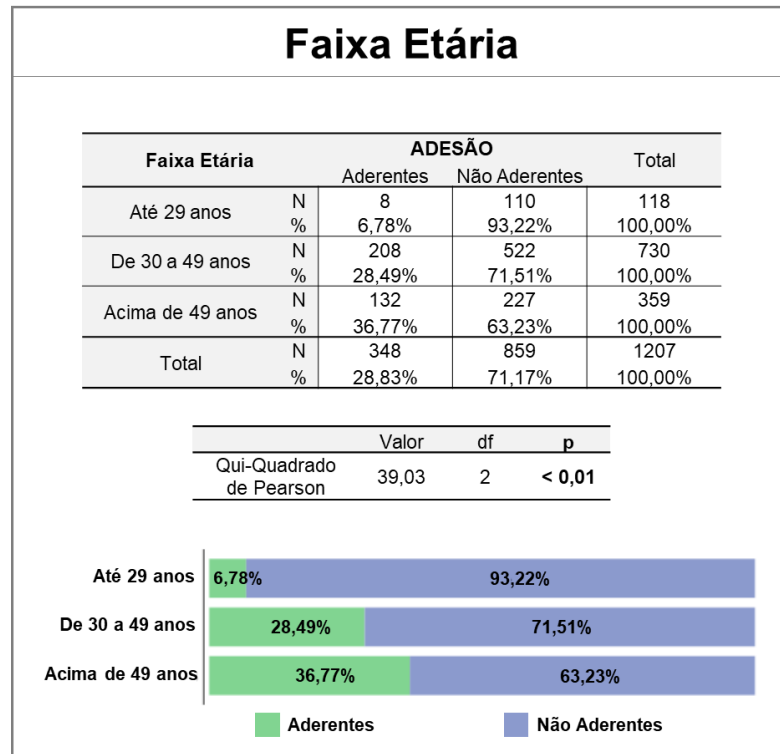
**Figura 38: Distribuição dos pacientes segundo a média de participações em grupos por semana**

## 5.1.2. AVALIAÇÃO ANALÍTICA

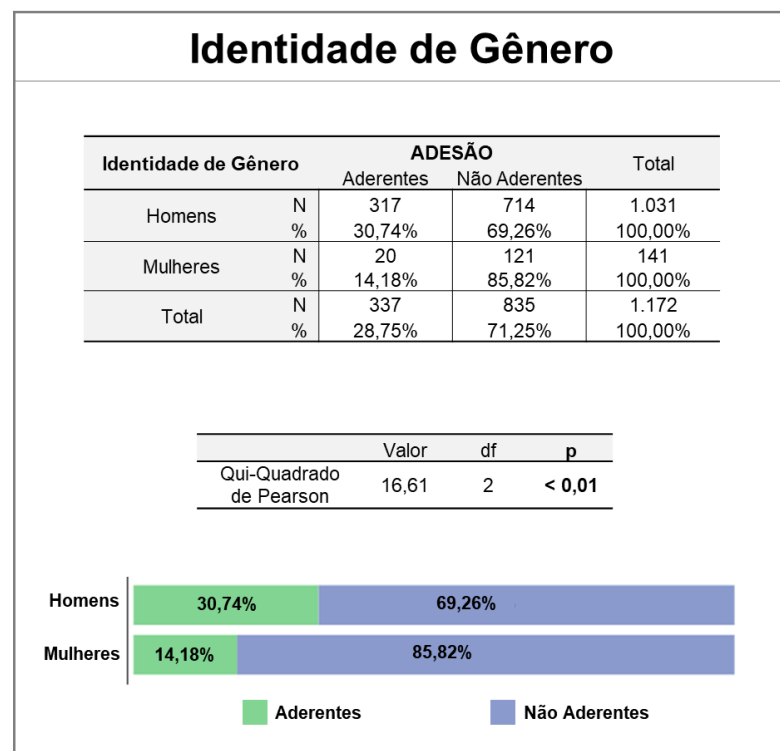
### 5.1.2.1. Primeira vertente

Conforme descrito no item 4.1.6.2. Análise Estatística Analítica, a primeira vertente considerou a ADESÃO como variável dependente. Pela sua natureza qualitativa nominal binária, foi arquitetada uma sequência de processos a fim de averiguar as influências das variáveis independentes, sociodemográficas e sobre densidade de tratamento, no tocante ao desfecho do paciente no CAPS AD III CRATOD. Portanto o efeito em análise é **ser não aderente**.

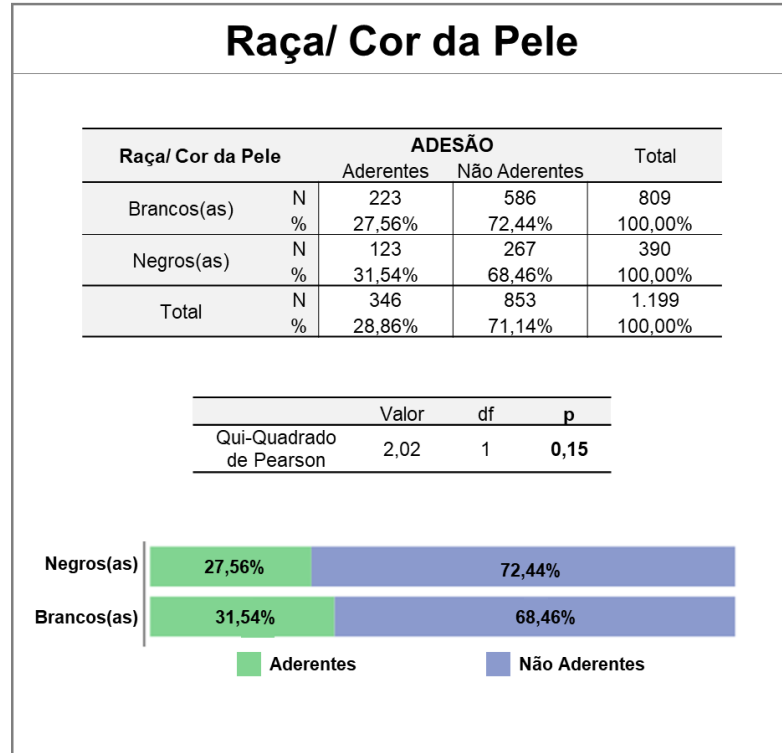
Seguindo o Quadro 5, o primeiro processo foi a aplicação do Teste de Qui-Quadrado de Pearson aos cruzamentos entre a variável dependente e cada uma das variáveis independentes. As Figuras 39 a 43 detalham os resultados encontrados através da Tabela de Contingência, valor de p e representação gráfica.



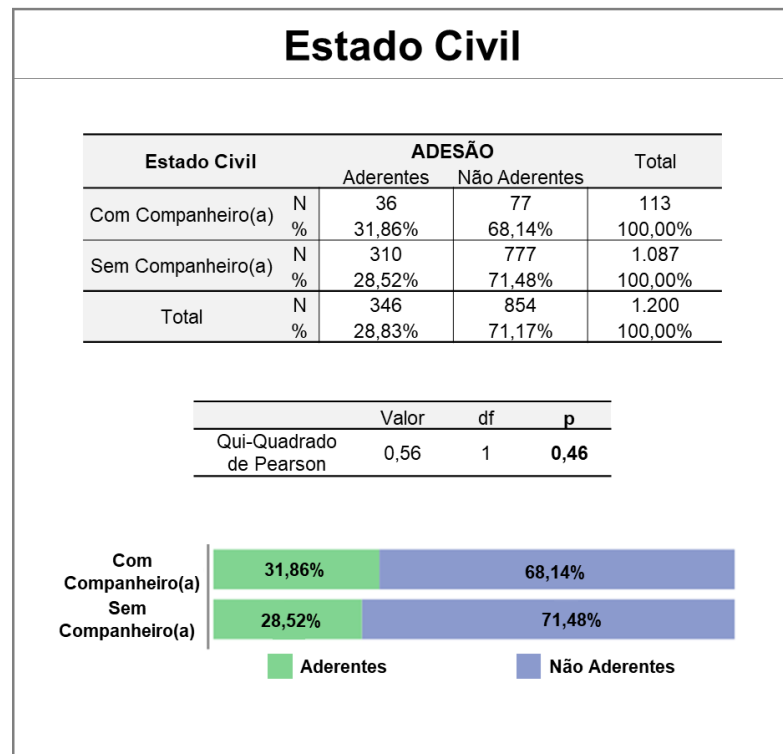
**Figura 39: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável Independente Faixa Etária e variável dependente ADESÃO**



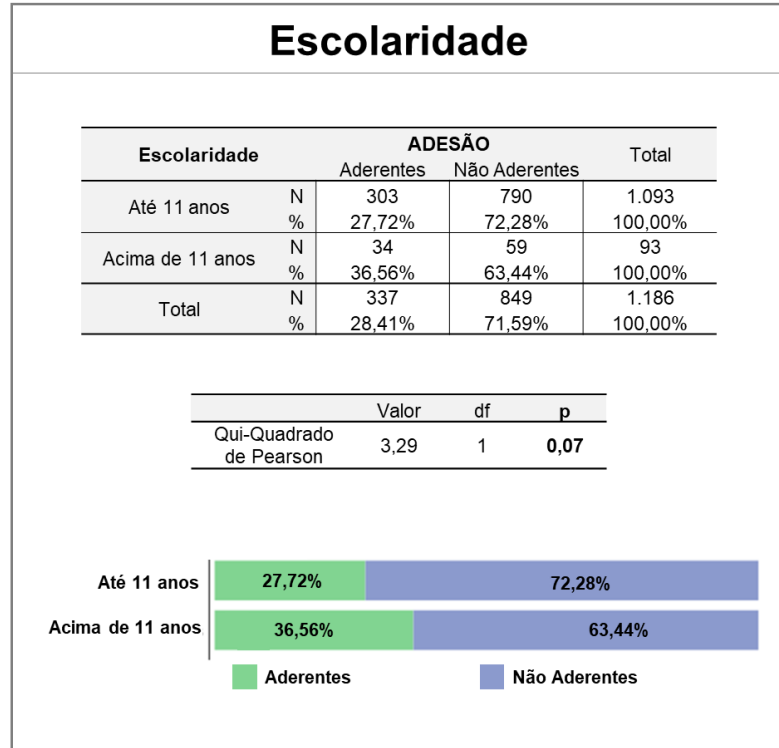
**Figura 40: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Identidade de Gênero e variável dependente ADESÃO**



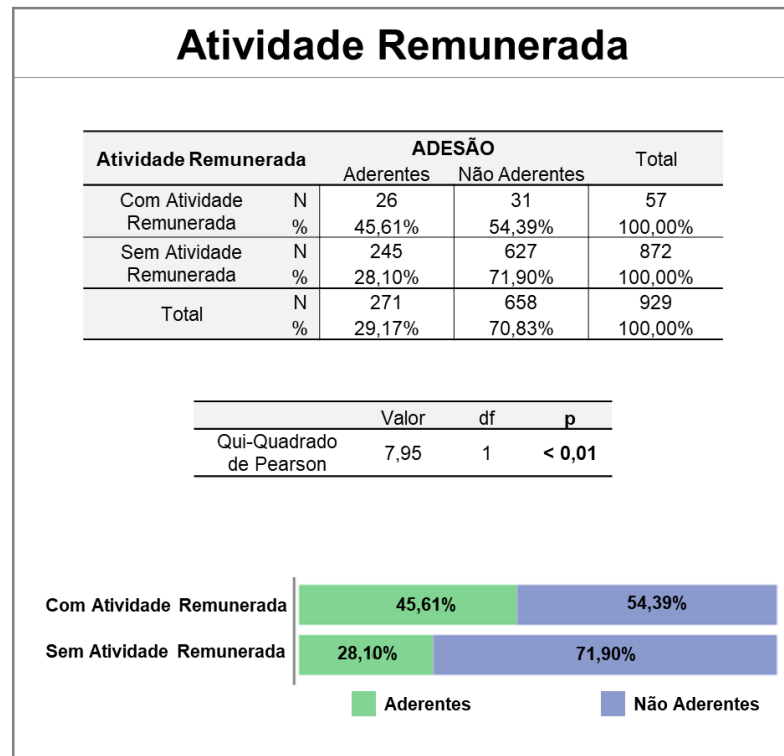
**Figura 41: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Raça/ Cor da Pele e variável dependente ADESÃO**



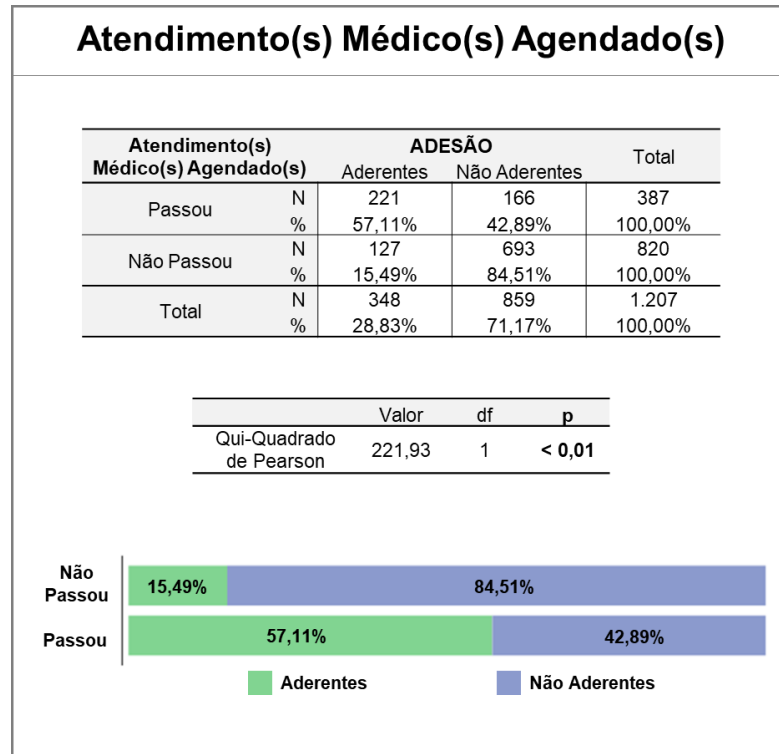
**Figura 42: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Estado Civil e variável dependente ADESÃO**



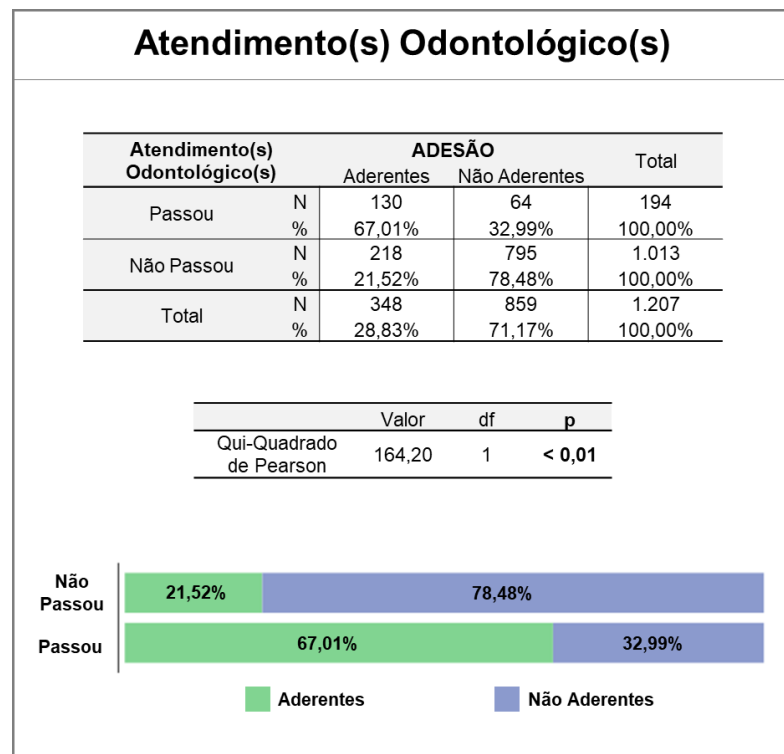
**Figura 43: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Escolaridade e variável dependente ADESÃO**



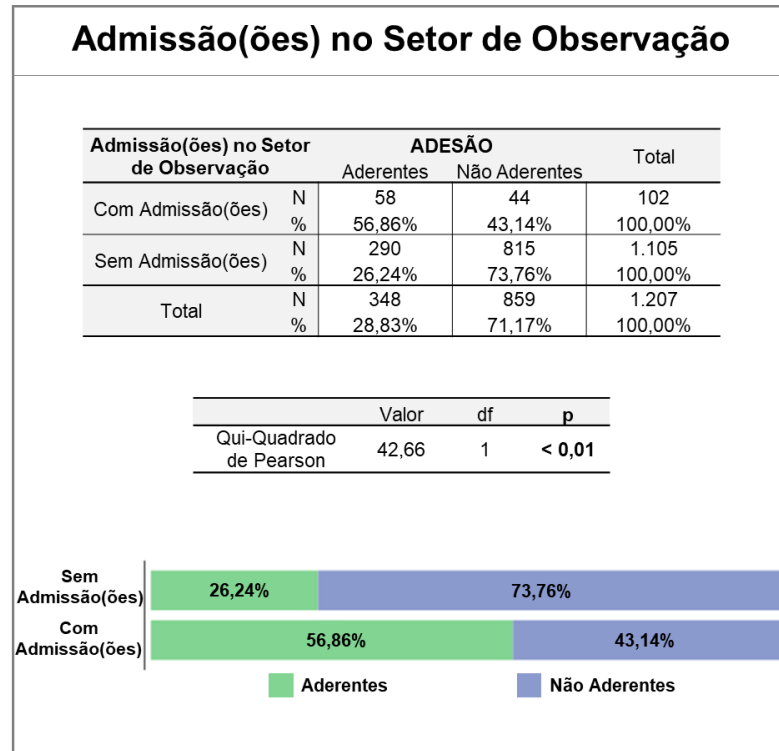
**Figura 44: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Atividade Remunerada e variável dependente ADESÃO**



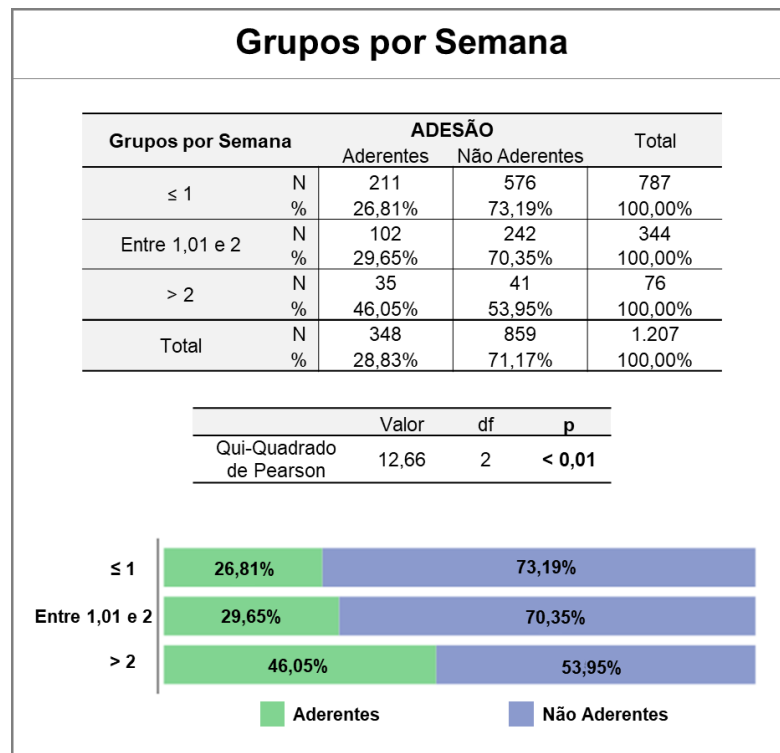
**Figura 45: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s) e variável dependente ADESÃO**



**Figura 46; Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Atendimento(s) Odontológico(s) e variável dependente ADESÃO**



**Figura 47: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Admissão(ões) no Setor de Observação e variável dependente ADESÃO**



**Figura 48: Teste de Qui-Quadrado de Pearson com variável independente Grupos por Semana e variável dependente ADESÃO**



Dentre as variáveis independentes, foi constatada relevância estatística para a Faixa Etária ( $p < 0,01$ ); Identidade de Gênero ( $p < 0,01$ ); Atividade Remunerada ( $p < 0,01$ ); Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s) ( $p < 0,01$ ); Atendimento(s) Odontológico(s) ( $p < 0,01$ ); Admissão(ões) no Setor de Observação ( $p < 0,01$ ); e Grupos por Semana ( $p < 0,01$ ). Assim sendo, existe relação entre essas variáveis e a ADESÃO. Associando o valor de  $p$  com as representações gráficas, percebe-se sugestões acerca do comportamento de cada categoria em relação à ADESÃO.

As variáveis Raça/ Cor da Pele ( $p=0,15$ ) e Escolaridade ( $p=0,07$ ) foram selecionadas, juntamente com as variáveis elencadas acima, para integrarem os testes de Regressão Logística por apresentarem  $p < 0,20$ , mesmo não havendo significância estatística com a variável dependente ADESÃO. Já a variável Estado Civil ( $p=0,46$ ) foi a única que, além de não apresentar relevância estatística na relação com a ADESÃO, não foi incorporada para os próximos processo de análise.

A Tabela 1 apresenta os resultados encontrados na aplicação dos testes de Regressão Logística Univariada e Regressão Logística Multivariada. Os modelos anteriores da Regressão Logística Multivariada, obtidos através do método de seleção de variáveis de *stepwise backward*, não foram incluídos na Tabela 1, significando que as variáveis Raça/ Cor da Pele e Admissão(ões) no setor de Observação foram eliminadas ao logo do processo.

**Tabela 1: Resultados encontrados após realização das Regressões Logísticas Univariada e Multivariada**

Variável Independente	Categorias	REGRESSÃO LOGÍSTICA Pacientes Não Aderentes em relação aos Pacientes Aderentes					
		Regressão Logística Univariada			Regressão Logística Multivariada*		
		p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%
Faixa Etária	> 49 anos	< 0,01	1		< 0,01	1	
	De 30 a 49 anos	< 0,01	1,46	[1,12 - 1,91]	0,09	1,36	[0,95 - 1,96]
	≤ 29 anos	< 0,01	8,00	[3,78 - 16,92]	< 0,01	5,33	[1,92 - 15,79]
Identidade de Gênero	Homens	< 0,01	1		0,02	1	
	Mulheres	< 0,01	2,69	[1,64 - 4,39]	0,02	2,14	[1,13 - 4,05]
Raça/ Cor da Pele	Branco(s)	0,15	1		-	-	
	Negro(s)	0,15	1,21	[0,93 - 1,57]	-	-	
Estado Civil	Com Companheiro(a)	0,46	-		-	-	
	Sem Companheiro(a)		-		-	-	
Escolaridade	Acima de 11 anos (Técnico/ Superior)	0,07	1		0,09	1	
	Até 11 anos	0,07	1,50	[0,96 - 2,34]	0,09	1,71	[0,92 - 3,16]
Atividade Remunerada	Com Atividade	< 0,01	1		< 0,01	1	
	Sem Atividade	< 0,01	2,15	[1,25 - 3,69]	< 0,01	2,48	[1,31 - 4,71]
Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s)	Passou	< 0,01	1		< 0,01	1	
	Não Passou	< 0,01	7,27	[5,51 - 9,58]	< 0,01	4,68	[3,28 - 6,69]
Atendimento(s) Odontológico(s)	Passou	< 0,01	1		< 0,01	1	
	Não Passou	< 0,01	7,41	[5,30 - 10,35]	< 0,01	3,98	[2,56 - 6,19]
Admissão(ões) no Setor de Observação	Com Admissão(ões)	< 0,01	1		-	-	
	Sem Admissão(ões)	< 0,01	3,71	[2,45 - 5,60]	-	-	
Grupos por Semana	> 2	< 0,01	1		0,07	1	
	Entre 1 e 2	< 0,01	2,03	[1,22 - 3,36]	0,02	2,27	[1,13 - 4,56]
	≤ 1	< 0,01	2,33	[1,44 - 3,76]	0,06	1,90	[0,98 - 3,68]

\* Realizado método de Razão de Verossimilhança para escolha do melhor modelo para a execução da Regressão Logística Multivariada

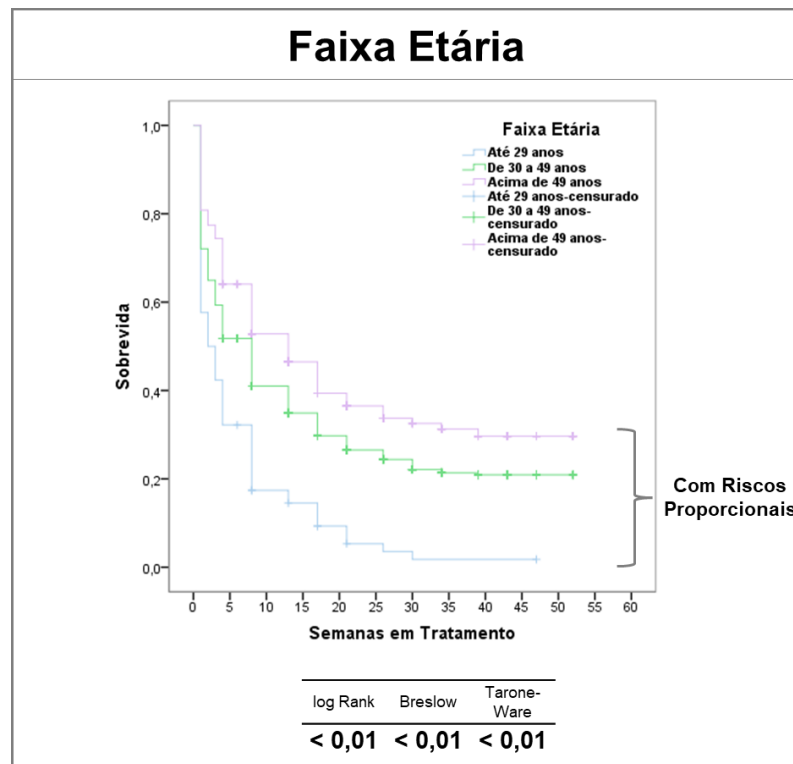
Após a Regressão Logística Multivariada, e ajuste com as covariáveis, foi possível encontrar as relações estatisticamente significativas com  $p < 0,05$ , entre cada categoria das variáveis independentes e a variável dependente ADESÃO, cujo efeito em análise é ser **não aderente**:

- Faixa Etária ( $p < 0,01$ ): Os pacientes com menos de 30 anos têm 5,33 vezes mais chance de serem não aderentes ao tratamento quando comparados aos pacientes com mais de 49 anos.
- Identidade de Gênero ( $p = 0,02$ ): As mulheres têm 2,14 vezes mais chance de serem não aderentes ao tratamento do que os homens.
- Atividade Remunerada ( $p < 0,01$ ): Os pacientes sem atividade remunerada têm 2,48 vezes mais chance de serem não aderentes ao tratamento quando comparados aos pacientes com atividade remunerada.
- Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s) ( $p < 0,01$ ): Os pacientes que não passaram por ao menos um atendimento médico agendado durante o tratamento têm 4,68 vezes mais chances de serem não aderentes quando comparados aos pacientes que passam por esta avaliação.
- Atendimento(s) Odontológico(s) ( $p < 0,01$ ): Os pacientes que não passaram por ao menos um atendimento odontológico durante o tratamento têm 3,98 vezes mais chances de serem não aderentes quando comparados aos pacientes que passam por esta avaliação.
- Grupos por Semana II ( $p < 0,01$ ): Os pacientes que participaram, em média, entre 1,01 e 2 grupos por semana têm 2,27 vezes mais chances de serem não aderentes quando comparados aos pacientes que tiveram participação, em média, em mais de 2 grupos por semana.

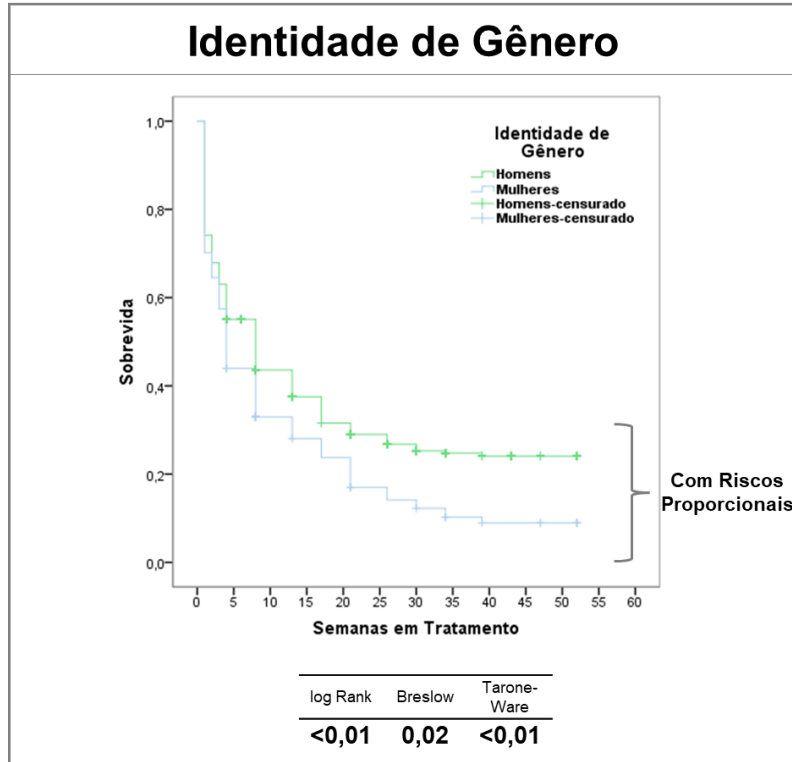
### 5.1.2.1. Segunda vertente

Reiteradamente, retomando o descrito no item 4.1.6.2. Análise Estatística Analítica, a segunda vertente, estruturada como Análise de Sobrevida, considerou como variável dependente a combinação entre a variável ADESÃO e a variável Tempo em Tratamento. O efeito em análise é **tornar-se não aderente ao logo das semanas**.

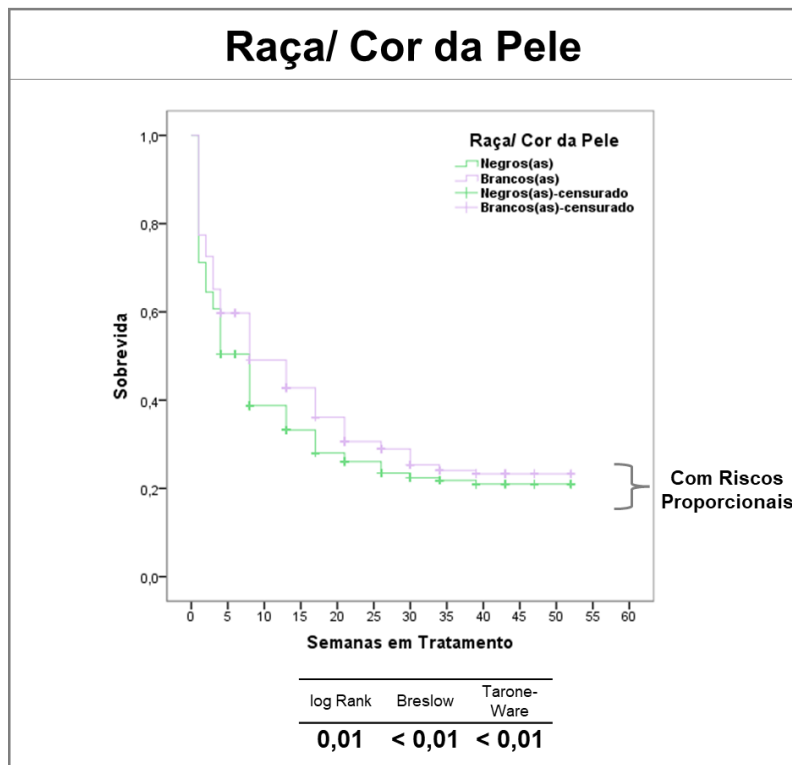
De forma símile à primeira vertente, foi necessário esboçar uma sequência de processos para viabilizar a análise completa de sobrevida. Seguindo o apresentado no Quadro 1, iniciou-se com a aplicação do método de Kaplan-Meier para cada uma das variáveis independentes. As Figuras 49 a 58 apresentam a junção da representação gráfica de Kaplan-Meier com os resultados dos testes comparativos de *Log-Rank*, *Gehan* e *Tarone-Ware* entre as categorias das variáveis independentes.



**Figura 49: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Faixa Etária**



**Figura 50: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Identidade de Gênero**



**Figura 51: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Raça/ Cor da Pele**

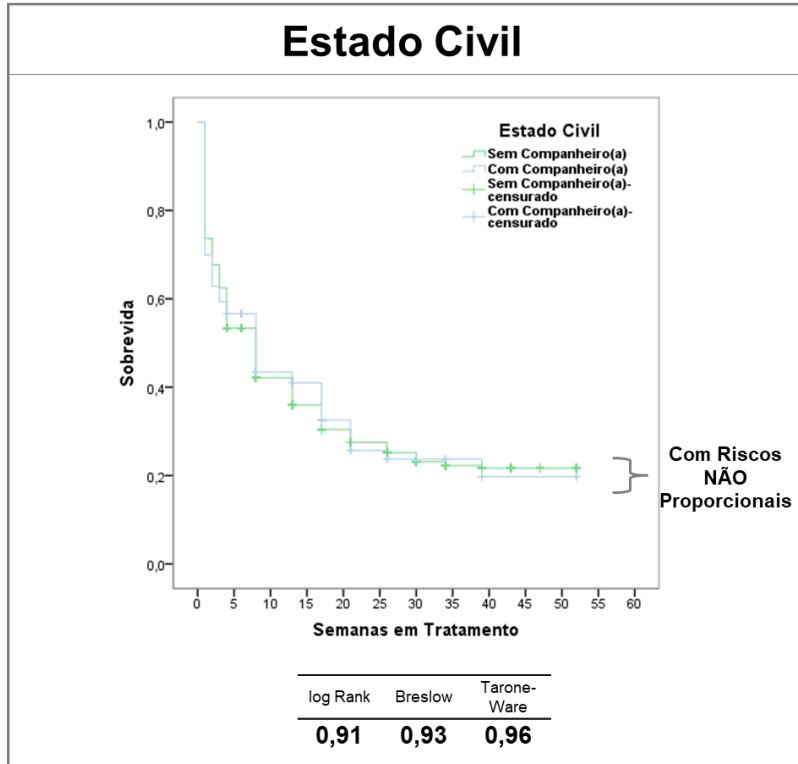


Figura 52: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Estado Civil

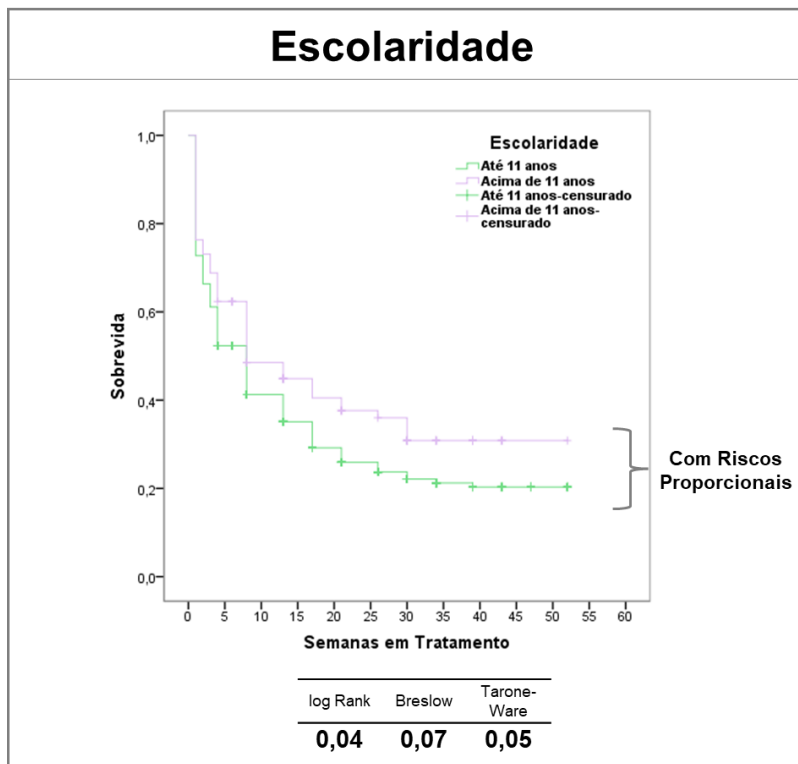
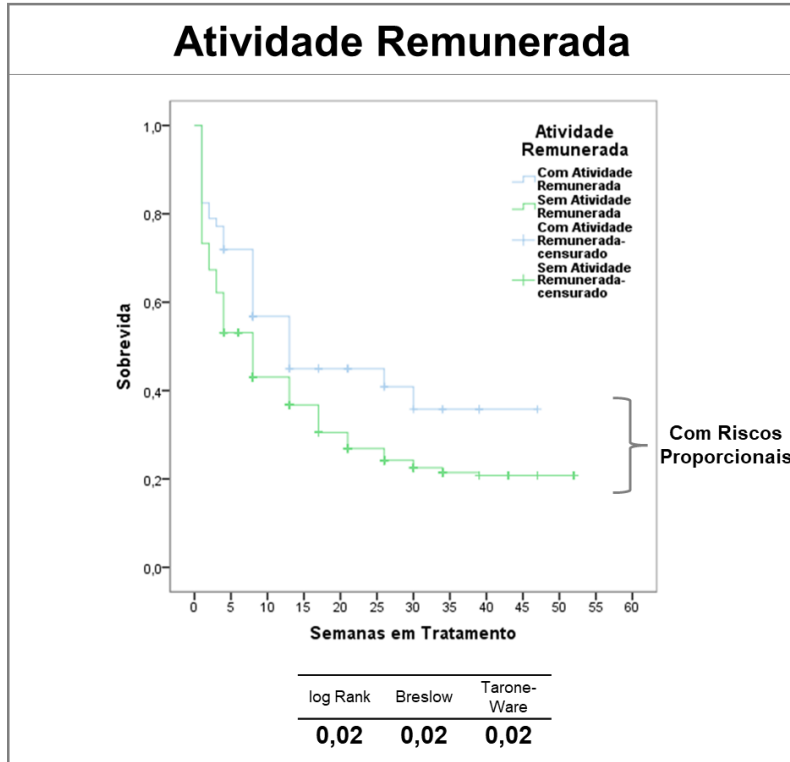
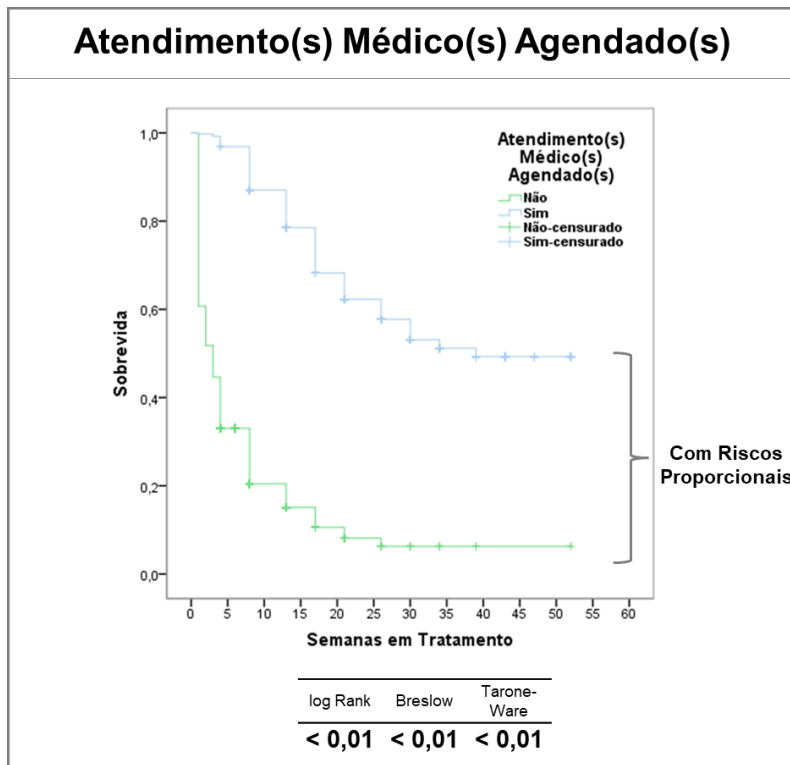


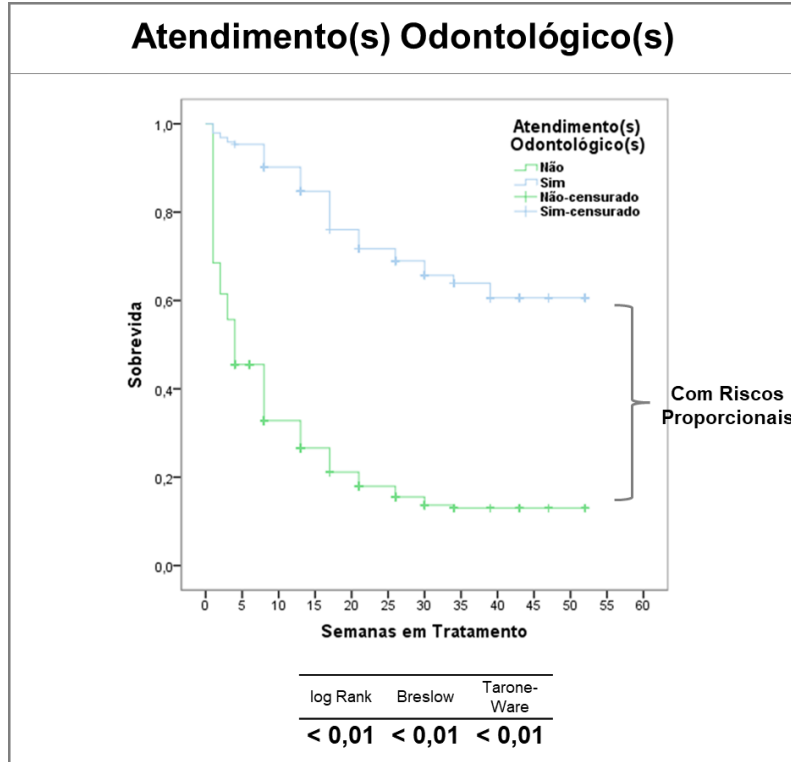
Figura 53: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Escolaridade



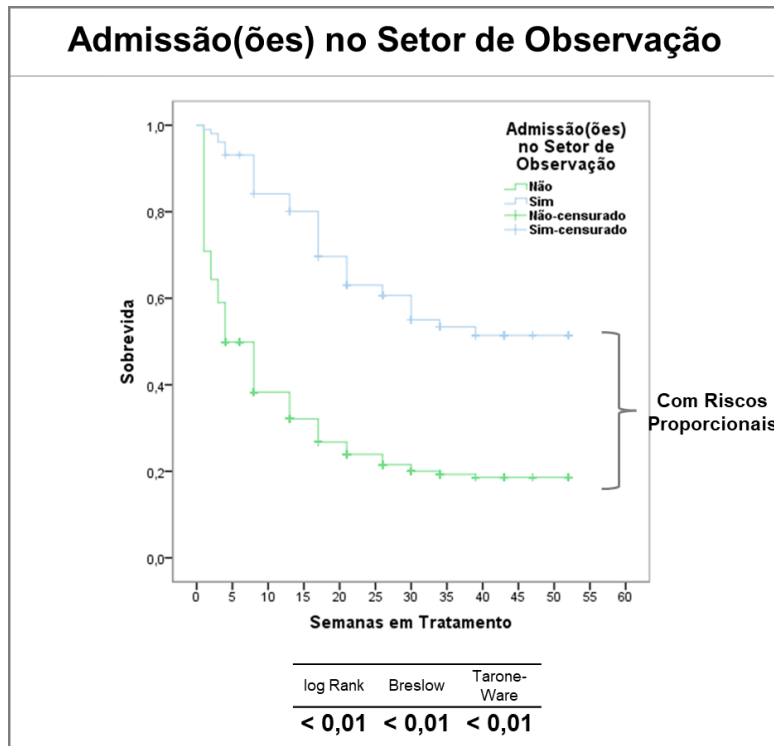
**Figura 54: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Atividade Remunerada**



**Figura 55: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s)**

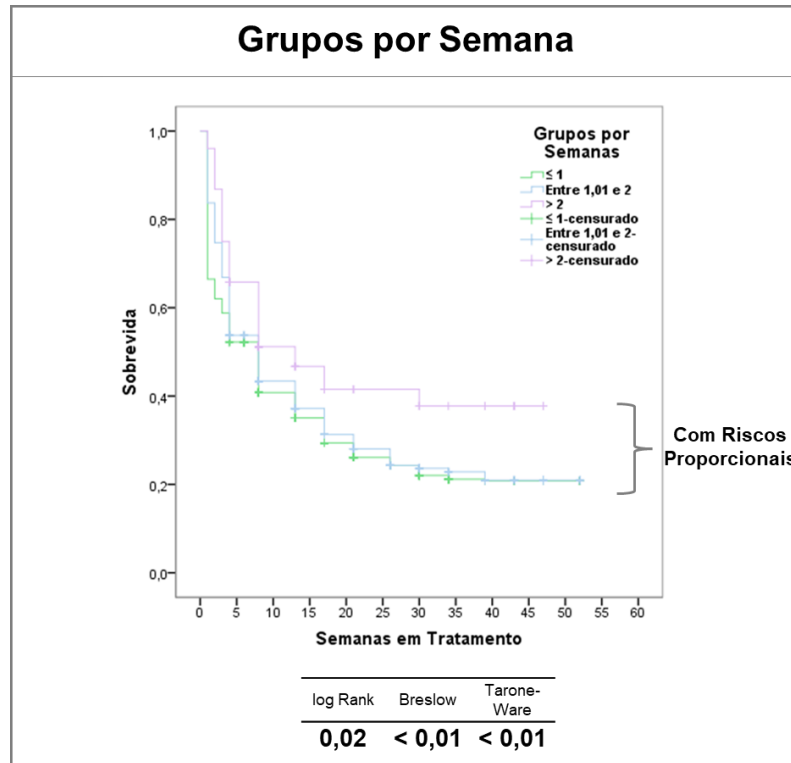


**Figura 56: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Atendimento(s) Odontológico(s)**



**Figura 57: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Admissão(ões) no Setor de Observação**





**Figura 58: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Grupos por Semana**

Após avaliação da Curva de Kaplan-Meier, selecionaram-se as variáveis com riscos proporcionais e com  $p < 0,20$  nos três testes comparativos para participarem dos próximos processos. As variáveis Faixa Etária, Identidade de Gênero, Raça/ Cor da Pele, Escolaridade, Atividade Remunerada, Atividade Remunerada, Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s), Atendimento(s) Odontológico(s), Admissão(ões) no Setor de Observação e Grupos por Semana preencheram os critérios de seleção.

A variável Estado Civil, assim como na primeira vertente, não foi selecionada. Além dos seus resultados nos três testes comparativos não indicarem relevância estatística, suas categorias apresentaram Riscos Não Proporcionais visto que foram detectados cruzamentos em suas curvas, invertendo as probabilidades de sobrevida. Vale observar que na Figura 58: Curva de Kaplan-Meier para variável independente Grupos por Semana, as curvas representantes das categorias  $\leq 1$  e entre 1,01 e 2 estão quase sobrepostas, porém não houve cruzamento em nenhum ponto, por esta razão admitiu-se que os riscos foram proporcionais.

A Tabela 6 apresenta os resultados encontrados na aplicação dos testes de Regressão de Cox Univariada e Regressão de Cox Multivariada. Os modelos anteriores da Regressão de Cox Multivariada, obtidos através do método de seleção de variáveis de *stepwise backward*, não foram incluídos na Tabela 2, significando que as variáveis Identidade de Gênero, Raça/ Cor da Pele, Escolaridade e Grupos por Semana foram eliminadas ao longo do processo.

**Tabela 2: Resultados encontrados após realização das Regressões de Cox Univariada e Multivariada na Análise de Sobrevida**

Variável Independente	Categorias	ANÁLISE DE SOBREVIDA (com efeito temporal)					
		Pacientes Não Aderentes em relação aos Pacientes Aderentes					
		Regressão de Cox Univariada			Regressão de Cox Multivariada*		
		p	HR	IC 95%	p	HR	IC 95%
Faixa Etária		<0,01			<0,01		
	> 49 anos		1			1	
	De 30 a 49 anos	<0,01	1,34	[1,15 - 1,57]	<0,01	1,31	[1,09 - 1,58]
	≤ 29 anos	<0,01	2,31	[1,83 - 2,90]	<0,01	1,85	[1,38 - 2,47]
Identidade de Gênero		<0,01					-
	Homens		1				-
	Mulheres	<0,01	1,35	[1,11 - 1,63]			-
Raça/ Cor da Pele		0,02					-
	Branco(as)		1				-
	Negro(as)	0,02	1,19	[1,03 - 1,37]			-
Estado Civil		0,91					-
	Com Companheiro(a) Sem Companheiro(a)			-			-
Escolaridade		0,06					-
	Acima de 11 anos (Técnico/ Superior) Até 11 anos		1				-
		0,06	1,29	[0,99 - 1,68]			-
Atividade Remunerada		0,03			0,02		
	Com Atividade Sem Atividade		1			1	
		0,03	1,49	[1,04 - 2,14]	0,02	1,55	[1,06 - 2,25]
Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s)		<0,01			<0,01		
	Passou		1			1	
	Não Passou	<0,01	5,92	[4,91 - 7,14]	<0,01	4,69	[3,74 - 5,88]
Atendimento(s) Odontológico(s)		<0,01			<0,01		
	Passou		1			1	
	Não Passou	<0,01	4,79	[3,70 - 6,21]	<0,01	2,86	[2,10 - 3,88]
Admissão(ões) no Setor de Observação		<0,01			<0,01		
	Com Admissões Sem Admissões		1			1	
		<0,01	2,97	[2,19 - 4,03]	<0,01	1,88	[1,32 - 2,68]
Grupos por Semana		0,04					-
	> 2		1				-
	Entre 1 e 2	0,06	1,38	[0,99 - 1,92]			-
	≤ 1	0,01	1,49	[1,09 - 2,05]			-

\* Realizado método de Razão de Verossimilhança para escolha do melhor modelo para a execução da Regressão de Cox Multivariada

Após a execução da Regressão de Cox Multivariada, e ajuste com as covariáveis, foi possível encontrar as relações estatisticamente significativas com  $p < 0,05$ , entre cada categoria das variáveis independentes e a variável dependente formada pela junção da ADESÃO com TEMPO EM TRATAMENTO, cujo efeito em análise é tornar-se **não aderente**:

- Faixa Etária ( $p < 0,01$ ): Os pacientes com menos de 30 anos têm 1,85 vezes mais chance de tornarem-se não aderentes ao longo das semanas em tratamento quando comparados com os pacientes com mais de 49 anos. E os pacientes entre 30 e 49 anos têm 1,31 vezes mais chance de tornarem-se não aderentes ao longo das semanas em tratamento quando comparados com os pacientes com mais de 49 anos.
- Atividade Remunerada ( $p < 0,01$ ): Os pacientes sem atividade remunerada têm 1,55 vezes mais chance de tornarem-se não aderentes ao longo das semanas em tratamento quando comparados com os pacientes com atividade remunerada.
- Atendimento(s) Médico(s) Agendado(s) ( $p < 0,01$ ): Os pacientes que não passaram por ao menos um atendimento médico agendado durante o tratamento têm 4,69 vezes mais chances de tornarem-se não aderentes ao longo das semanas em tratamento quando comparados com os pacientes que passam por esta avaliação.
- Atendimento(s) Odontológico(s) ( $p < 0,01$ ): Os pacientes que não passaram por ao menos um atendimento odontológico durante o tratamento têm 2,86 vezes mais chances de tornarem-se não aderentes ao longo das semanas em tratamento quando comparados com os pacientes que passam por esta avaliação.
- Admissão(ões) no Setor de Observação ( $p < 0,01$ ): Os pacientes que não foram admitidos no Setor de Observação ao menos uma vez durante o tratamento têm 1,88 vezes mais chances de tornarem-se não aderentes ao longo das semanas em tratamento quando comparados com os pacientes que foram admitidos neste setor.

## **5.2. ETAPA 2**

A fim de apresentar os resultados encontrados a partir da realização do TALP, optou-se por dividir esta seção conforme os termos indutores SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO QUE O CRATOD ESTÁ PASSANDO, TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD e DEPENDENTE QUÍMICO.

### **5.2.1. SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO QUE O CRATOD ESTÁ PASSANDO**

O cenário de incertezas a respeito do destino do CRATOD e seus profissionais, durante a aplicação do TALP, impeliu o acréscimo do termo indutor SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO QUE O CRATOD ESTÁ PASSANDO. Como essa proposta abarcou apenas a intenção de caracterizar o contexto na qual as respostas para os demais indutores eram dadas, o tratamento das evocações voltou-se exclusivamente para a Representação Dendrítica, presente no Quadro 7.

**Quadro 7: Representação Dendrítica das palavras/expressões evocadas através do indutor SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO QUE O CRATOD ESTÁ PASSANDO**

<b>EVOCAÇÕES</b>	<b>APROXIMAÇÃO SEMÂNTICA</b>	<b>RAÍZ SEMÂNTICA</b>	<b>SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO QUE O CRATOD ESTÁ PASSANDO (425)</b>
Tristeza(40), Desesperança(4), Desânimo(6), Depressão(1), Melancolia(1), Luto(5), Angústia(1), Sofrimento(1), Desmotivação(1), Dor(6), Abatimento(1), Desamparo(2), Desamparada(1), Choque(1)	<b>Tristeza(71)</b>	<b>ESFERA DA TRISTEZA(137)</b>	
Sem futuro(1), Sem rumo(1), Perda(1)	<b>Pessimismo(3)</b>		
Frustração(1), Decepção(2), Desilusão(1), Ilusão(1), Fracasso(1), Incapacidade(1)	<b>Frustração(7)</b>		
Desmonte(5), Desmanche(1), Desfazer(1), Desconstrução(1), Desarticulação(1), Descontinuidade(5), Desestruturação(1), Ruptura(1), Quebra(2), Abandono(4), Ruína(1), Perda(8)	<b>Interrupção (31)</b>		
Fim(6), Término(4), Fim de um sonho(1)	<b>Término(11)</b>		
Indiferença(1)	<b>Indiferença(1)</b>		
Incômodo(2), Desconforto(1)	<b>Incômodo(3)</b>		
Negação(1), Incredulidade(1)	<b>Negação(2)</b>		
Demissão(1), Desemprego(3)	<b>Demissão(4)</b>		
Difícil(1), Complicado(1), Horrível(2)	<b>Difícil(4)</b>		
Raiva(10), Ódio(1)	<b>Raiva(11)</b>	<b>ESFERA DA AGRESSIVIDADE (156)</b>	
Revolta(9), Indignação(1), Resistência(1), Luta(2)	<b>Insatisfação (13)</b>		
Desrespeito(19), Desumano(1), Desvalorização(6), Atropelo(2), Falta de humanização(1), Falta de respeito(3), Falta de diálogo(1), Falta de empatia(4), Irresponsabilidade(4), Descaso(6), Vergonha(5), 18 anos(1), História(2), Desassistência(2), Desdem(1), Pilantragem(1), Desserviço(8), Safadeza(1), Violação(1), Violência(1), Injustiça(4), Injusto(1), Inversão de valores(1), Humilhação(1), Ignorar a história do CRATOD(1), Memória(1), Imposição(1), Destruição(4), Rapidez(1), Maldade(1), Irrelevância(1), Retrocesso(1)	<b>Desrespeito(88)</b>		
Desorganização(4), Zona(1), Bagunça(4), Confusão(3), Turbilhão(2), Desinformação(2), Ausência de políticas públicas(1), Desgoverno(2), Ignorância(1), Desunião(1), Desconhecimento(1)	<b>Desorganização (22)</b>		
Novamente(1), Retrabalho(1), Trabalho jogado no lixo(5), Desperdício(1), Rercomeço(1)	<b>Repetição(9)</b>		
Politicagem(5), Política(1), Político-Partidário(1), Disputa(1), Interesse Político(1), Dinheiro(1), Ideologia(2), Interesse(1)	<b>Politicagem (13)</b>		
Alegria(1)	<b>Alegria(1)</b>	<b>ESFERA DA ALEGRIA(44)</b>	
Amizade(1), União(1)	<b>Amizade(2)</b>		
Torcida(1), Oportunidade(2), Possibilidade(1), Esperança(7), Expectativa(1), Fé(2), Novo capítulo(1), Caminho(1), Curiosidade(2), Superação(1), Vida(1), Vivência(1), Continuidade do CAPS(1), Resiliência(1)	<b>Expectativa (23)</b>		
Novo(5), Novidade(2), Recomeço(6), Recomeçar(1), Renovação(1), Revisão(3)	<b>Começos(18)</b>		
Medo(11), Preocupação(1)	<b>Medo(12)</b>	<b>ESFERA DA ANSIEDADE (86)</b>	
Incerteza(12), Dúvida(10), Desconhecido(2), Receio(9), Insegurança(16), Instabilidade(2), Silêncio(3), Escuridão(2)	<b>Incerteza(56)</b>		
Ansiedade(1), Nervoso(1), Pânico(1), Estresse(1)	<b>Ansiedade(4)</b>		
Mudança(7), Mudanças(1), Diferente(1), Adaptação(5)	<b>Mudança(14)</b>		
Médico(1), Psicóloga(1)	<b>Profissionais (2)</b>	<b>PROFISSIONAIS (2)</b>	

O quadro acima pode ser avaliado em uma perspectiva orbital, análoga ao modelo atômico de Rutherford-Bohr (FELTRE, 2000), conforme Figura 59. Em liberdade comparativa, o contexto representa o átomo; o termo indutor equivale ao núcleo; cada órbita corresponde às raízes; e as aproximações semânticas equiparam-se aos elétrons.



**Figura 59: Representação metafórica do contexto na qual o TALP foi aplicado**

Vale destacar que em química inorgânica, as órbitas mais distantes do núcleo são as mais energéticas, por conseguinte, as raízes com maior número de evocações possuem trajetórias com raio maior, ficando mais distantes do núcleo.

### **5.2.2 TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD**

O indutor TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD evocou 170 palavras/expressões diferentes, de um total de 425 termos conjurados. O Quadro 8 apresenta a Distribuição Dendrítica com os agrupamentos em níveis.



**Quadro 8: Representação Dendrítica das palavras/expressões evocadas através do indutor TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD**

EVOCAÇÕES	APROXIMAÇÃO SEMÂNTICA	RAÍZ SEMÂNTICA	
Grupos (5), Grupo (13), Jomal (1), Artesanato (1), Bioma (1), Psicoterapia (1), Cidadania (1), Atividade (1), Atividades(2), Oficinas(2), Lúdico (1), Diversidade(1)	GRUPO (30)	FOCO NO PROCESSO DE TRABALHO (89)	
PTS (11), Projeto (2), Projeto Terapêutico (1), Proposta (1), Individualizado (1), Monitoramento (1), Encaminhamento (1), Redução De Danos (1), Objetivo (1), Organização (1)	PTS* (21) *projeto terapêutico singular		
Medicações (1), Medicamento (1)	MEDICAMENTO (2)		
Atendimento (6), Atender (1), Consulta (1), Manejo (3), Crise (1), Conduta (1), Entrevista (1), Assistência (6)	ATENDIMENTO (20)		
Acolhimento (9), Ambientação (1), Entrada (Porta) (1)	ACOLHIMENTO (11)		
Centro Terapêutico (3), Serviço (1), Instituição (1)	CENTRO TERAPÊUTICO (5)		
Oportunidade (2), Chance (3), Começo (1), Mudança (2), Possibilidade (3)	CHANCE (11)	AÇÕES RELACIONADAS AO TRATAMENTO (109)	
Recomeço (8), Reerguer (1), Recuperação (2), Reinserção (1), Reinserção Social (1), Renascimento (1), Regeneração (1), Fortalecimento (2)	RECOMEÇO (17)		
Evolução (1), Avanço (1), Progresso (1), Melhora (2), Rumo (5), Futuro (3), Ganho? (1)	EVOLUÇÃO (14)		
Responsabilidade (4), Ética (1), Compromisso (1)	RESPONSABILIDADE (6)		
Bom (1), Funciona (6), Excelência (2), Sucesso (1), Potência (4), Qualidade (1), Eficiente (5), Eficiência (1), Essencial (1), Importante (2)	QUALIDADE (24)		
Pensar (1), Sabedoria (1), Perspectiva (1), Travessia (1), Discussão (1)	REFLEXÃO (5)		
Saída (4), Solução (2), Salvação (1), Cura (3)	SÁIDA (10)		
Acabou (1), Fim (1), Gratidão (1)	TÉRMINO DO CRATOD (3)		
Enrolação (1), Muvuca (1), Desencontro (1), Sorte? (1), Diversão (Jocosos) (1), Divergência (2)	CONOTAÇÃO NEGATIVA (7)		
Tratamento (12)	TRATAMENTO (12)		
Assistente Social (4), Serviço Social (1), Enfermeiro (2), Enfermeira (1), Enfermagem (1), Psicólogo (9), Psiquiatra (1), Médico (5), Natali (1), Dentista (1), Especialidade (1), Multiprofissional (1), Equipe (10), Reunião (1), Conjunto (3), Profissional (4), Profissionais (2), Referência (4)	EQUIPE (52)	PROFISSIONAIS (69)	
Parceria (1), União (6), Amizade (5), Amigos (1), Compartilhado(1), Compartilhar(1)	PARCERIA (15)		
Trabalho (2) - Significando Ação Dos Trabalhadores	TRABALHO (2)		
Apoio (4), Ajuda (8), Ajudar (2), Incentivo (1)	AJUDA (15)	PACIENTE (109)	
Cuidado (20), Acolhida (1), Atenção? (6)	CUIDADO (27)		
Diálogo (2), Escuta (3), Compreender (1)	DIÁLOGO (6)		
Humanizado (1), Humanização (2)	HUMANIZADO (3)		
Empatia (1), Solidariedade (3)	SOLIDARIEDADE (4)		
Adesão (10), Vínculo (4)	VÍNCULO (14)		
Saúde (9), Vida (4)	SAÚDE (13)		
Auxílio (Benefício) (2), Necessidade (2), Demanda (1)	NECESSIDADE (5)		
Dependente (1), Usuário (1)	PACIENTE (2)		
Opção (5), Autonomia (2), Independência (Sentido De Escolha) (1), Liberdade (De Escolha) (2), Busca (1), Procura (1), Querer (2)	OPÇÃO (14)		
Pertencimento (1), Identificação (1), Reconhecimento (2), Participativo? (1), Valorização (1)	PERTENCIMENTO (6)		
Amor (1), Alegria (1), Carinho (2), Afeto (1)	AFETO (5)	SENTIMENTOS (25)	
Paz (1)	PAZ (1)		
Fé (3), Esperança (14)	ESPERANÇA (17)		
Tristeza (2)	TRISTEZA (2)		
Persistência (1), Força (4), Guerra (1), Vontade (1), Batalha (1), Foco (5), Dedicção (2)	ESFORÇO (15)	DUBIEDADE ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE (24)	
Difícil (2), Paciência (3), Impaciência (1), Frustração (1), Problema (1)	DIFÍCIL (8)		
Capacidade (1)	CAPACIDADE (1)		

TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD (425)

No Quadro 8, identifica-se um número ao lado de cada termo, na primeira coluna, equivalendo às vezes que esta palavra/expressão foi evocada. Nas colunas seguintes, este número corresponde à somatória dos totais do nível imediatamente anterior.

Foram encontradas, partindo do universo, 37 aproximações semânticas convergindo para 6 raízes: (1) Foco no processo de trabalho; (2) Ações relacionadas ao tratamento; (3) Referente aos profissionais; (4) Pacientes; (5) Sentimentos; e (6) Dubiedade entre profissional e paciente. Fez-se lógica organizar o Quadro 9, cotejando as raízes encontradas e os elementos que compõem o procedimento em análise, visto que o termo indutor TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD representa um sistema com diversas partes constituintes.

**Quadro 9: Equivalência entre as raízes semânticas e os elementos que compõem o procedimento em análise**

<b>RAÍZES SEMÂNTICAS</b>	<b>ELEMENTOS QUE COMPÕEM O PROCEDIMENTO EM ANÁLISE</b>
AÇÕES RELACIONADAS AO TRATAMENTO	As ações envolvidas no procedimento
FOCO NO PROCESSO DE TRABALHO	A estrutura e as etapas das ações do procedimento
PROFISSIONAIS	Quem executa as ações do procedimento
PACIENTES	Quem recebe as ações do procedimento
SENTIMENTO	O contexto na qual ocorre o procedimento
DUBIEDADE ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE	A perda de contorno entre os fatores da ação

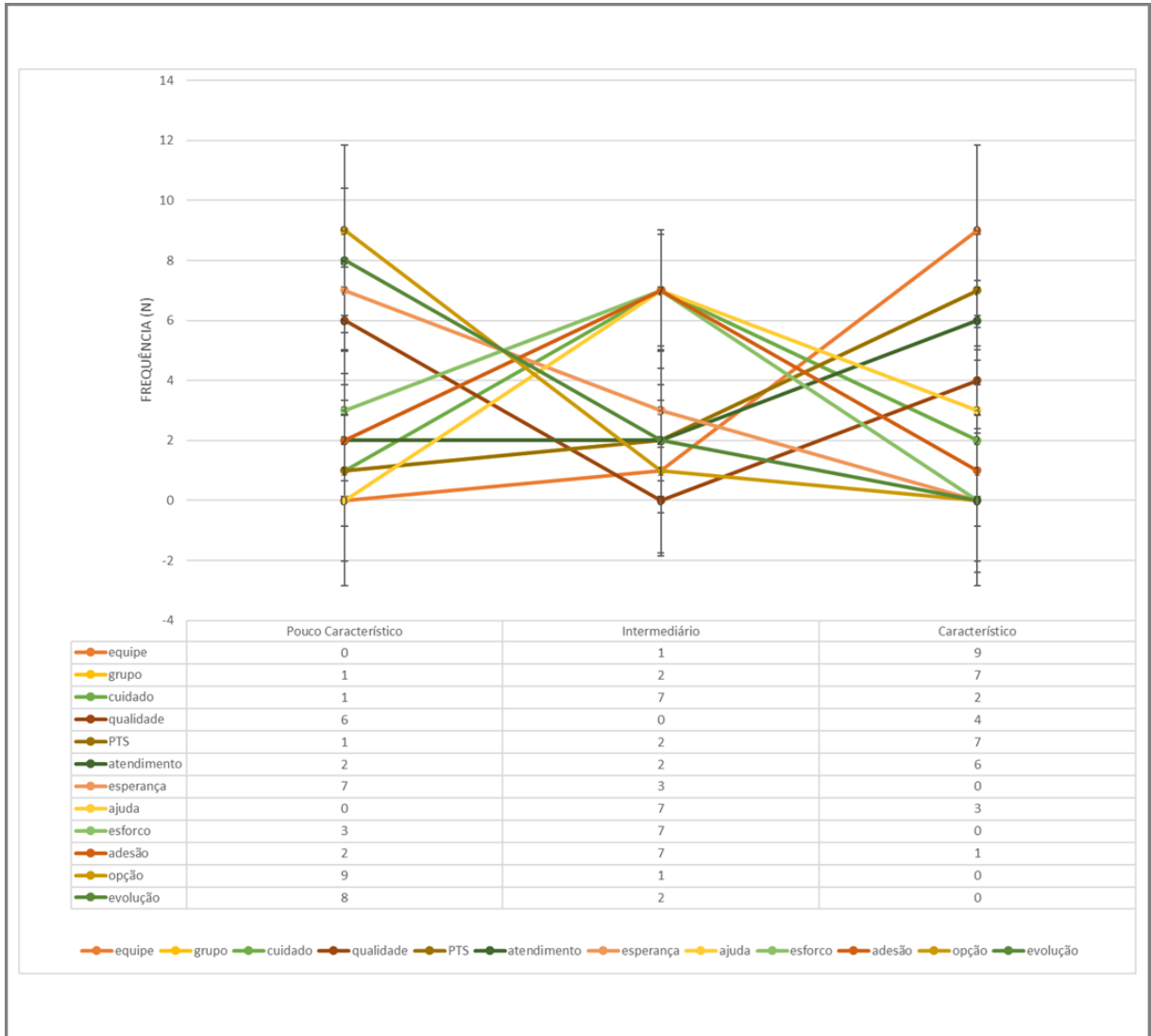
A partir das aproximações semânticas, foi elaborado o Quadro de Quatro Casas, presente no Quadro 10, para encontrar as palavras que provavelmente estariam no Núcleo Central das representações sociais que os profissionais possuem acerca do TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD.

**Quadro 10: Quadro de Quatro Casas para o termo indutor TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD**

Frequência $\geq 2.6 /$ F(%)    Ordem Média de Evocação $< 3.3$ OME			Frequência $\geq 2.6 /$ F(%)    Ordem Média de Evocação $\geq 3.3$ OME		
<b>PROVÁVEL NÚCLEO CENTRAL</b>			<b>PROVÁVEL SISTEMA PERIFÉRICO PRÓXIMO</b>		
12.24%	EQUIPE	3.04			
7.06%	GRUPO	3.23			
6.35%	CUIDADO	3			
5.65%	QUALIDADE	2			
4.94%	PTS	2.62	4.24%	RECOMEÇO	3.89
4.71%	ATENDIMENTO	3	3.53%	PARCERIA	3.53
4%	ESPERANÇA	2.41	3.06%	SAÚDE	3.85
3.53%	AJUDA	3.13	2.82%	TRATAMENTO	3.58
3.53%	ESFORÇO	3.2			
3.29%	ADESAO	2.79			
3.29%	OPÇÃO	3.07			
3.29%	EVOLUÇÃO	3.29			
Frequência $< 2.6 /$ F(%)    Ordem Média de Evocação $< 3.5$ OME			Frequência $< 2.6 /$ F(%)    Ordem Média de Evocação $\geq 3.5$ OME		
<b>PROVÁVEL SISTEMA PERIFÉRICO PRÓXIMO</b>			<b>PROVÁVEL SISTEMA PERIFÉRICO DISTANTE</b>		
2.59%	CHANCE	2.73			
2.35%	ACOLHIMENTO	1.8			
2.35%	SAÍDA	2.1			
1.88%	DIFÍCIL	2.75	1.18%	AFETO	4
1.65%	CONOTAÇÃO NEGATIVA	3.14	1.18%	NECESSIDADE	4
1.41%	DIALOGO	2	0.94%	SOLIDARIEDADE	4
1.41%	PERTENCIMENTO	3	0.47%	DEPENDENTE	4.5
1.41%	RESPONSABILIDADE	3.33	0.24%	PAZ	4
1.18%	CENTRO TERAPEUTICO	2.4	0.24%	CAPACIDADE	4
1.18%	REFLEXÃO	3.2			
0.71%	TERMINO DO CRATOD	3			
0.71%	HUMANIZADO	3.33			
0.47%	TRABALHO	1			
0.47%	TRISTEZA	2.5			
0.47%	MEDICAMENTO	3			
<b>LEGENDA</b>					
F(%)	Frequência				
OME	Ordem Média de Evocação				





As palavras/expressões presentes no quadro superior à esquerda, Provável Núcleo Central, foram listadas e apresentadas para 10 profissionais que atuaram no

CRATOD a fim de aplicar o Questionário de Caracterização. A Figura 60 apresenta a junção da tabela de frequências das respostas com a sua representação gráfica.



**Figura 60: Tabela e Representação Gráfica do Questionário de Caracterização referente ao termo indutor TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD**

A avaliação dos traçados expostos na figura acima permitiu conferir quais palavras prováveis do Núcleo Central eram **as mais representativas** do TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD pelo olhar dos profissionais do CRATOD. Uma observação válida indica uma sobreposição entre as linhas equivalentes aos termos grupo e PTS. A Figura 61 sintetiza esses achados.

DESENHO	FORMA	SIGNIFICADO	APROXIMAÇÃO SEMÂNTICA
	<b>J OU J INVERTIDO</b>	Elementos do Núcleo Central de fato	<b>EQUIPE GRUPO PTS* ATENDIMENTO</b>
	<b>DESCENDENTE</b>	Indicativo de não pertencimento do Núcleo Central	<b>ESPERANÇA OPÇÃO EVOLUÇÃO</b>
	<b>SINO</b>	Importância Média. Necessita de avaliação pormenorizada do contexto para elaboração de hipótese	<b>CUIDADO AJUDA ESFORÇO ADESÃO</b>
	<b>U</b>	Existência de diferenças no grupo. Possibilidade de subgrupos dentro do universo de participantes	<b>QUALIDADE</b>

\*PTS: Projeto Terapêutico Singular

Elaborado com base em POLLI e WACHELKE 2013 e ABRIC 2013

**Figura 61: Classificação dos termos de aproximação semântica a partir do traçado da Representação Gráfica do Questionário de Caracterização**

Como resultado, encontraram-se as aproximações semânticas com maior relevância: EQUIPE, GRUPO, PTS E ATENDIMENTO. Voltando à Representação Dendrítica, três desses termos pertencem a raiz Foco no processo de trabalho e um à raiz Profissionais.

### 5.2.3. DEPENDENTE QUÍMICO

Para o indutor DEPENDENTE QUÍMICO foram obtidas 159 palavras/expressão diferentes em um total de 425 evocações. O Quadro 11 apresenta a divisão dessas palavras/termos por níveis de agrupamento semântico.

### Quadro 11: Representação Dendrítica das palavras/expressões evocadas através do indutor DEPENDENTE QUÍMICO

EVOCÇÕES	APROXIMAÇÃO SEMÂNTICA	RAÍZ SEMÂNTICA	
Manipulador(2), Malandro(1), Xavequeiro(1), Noia(2), Drogado(4), Bandido(1), Viciado(2), Falta De Deus(1), Perdido(1), É Um Problema(2), Desajustado(1), Falta De Vontade(1), Fraco(1)	<b>CONOTAÇÃO NEGATIVA (20)</b>	<b>VISÃO ESTIGMATIZADA (106)</b>	
Coitado(7), Juiçação(1), Necessitado(8), Pena(2), Pena (1)	<b>COITADISMO (17)</b>		
Vítima(3), Refém(2), Esoravo(1)	<b>VÍTIMA (6)</b>		
Cracolândia(2), Fluxo(1)	<b>CRACOLÂNDIA (3) (local como definidor)</b>		
Drogas(35), Crack(3), Cocaína(4), Maconha(4), Álcool(5), Metanfetamina(1), Cigarro(1)	<b>DROGAS (como definidoras) (53)</b>		
Doença(4), Doente(3)	<b>DOENÇA (7)</b>		
Tratamento(9), Tratar(1), Melhora(3), Cura(2), Recuperação(2)	<b>TRATAMENTO(17)</b>	<b>RELATIVO A TRATAMENTO (91)</b>	
CRATOD(4)	<b>CRATOD(4)</b>		
CAPS(1), Grupo(4), Terapia(2), Projeto(1)	<b>CAPS(8)</b>		
Psicologia(1), Equipe(1), Médico(2), Assistência Social(1), Serviço Social(1)	<b>EQUIPE (6)</b>		
Medicamento(2), Remédio(1), Medicação(1), Internação(2), Hospital(1)	<b>TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR (7)</b>		
Cuidado(11), Acolhimento(3), Ajuda(9), Apoio(1), Atenção(2)	<b>CUIDADO(26)</b>		
Dedicação(1), Determinação(1), Foco(3), Vocação(2), Persistência(1)	<b>DEDICAÇÃO(8)</b>		
Pesquisa(1), Estudo(1), Ciência(1), Saber(1)	<b>PESQUISA (4)</b>		
Paciente(9), Usuário(1), Cliente(1)	<b>PACIENTE(11)</b>		
Amor(1), Alegria(1), Carinho(1)	<b>AFETO(3)</b>	<b>DUBIEDADE ENTRE PROFISSIONAL E DEPENDENTE QUÍMICO (74)</b>	
Esperança(2), Sonho(1), Solução(1), Novo Futuro(1), Recomeço(1), Mudança(1)	<b>ESPERANÇA(7)</b>		
Tristeza(12), Magoa(1)	<b>TRISTEZA(13)</b>		
Vergonha(2), Arrependimento(1)	<b>VERGONHA(3)</b>		
Frustração(2), Decepções(1)	<b>FRUSTRAÇÃO (3)</b>		
Sofrimento(12), Agonia(1), Angústia(5), Desespero(1), Medo(5), Dor(8), Impaciência(1), Machucado(1)	<b>SOFRIMENTO (34)</b>		
Sem Solução(2), Impotência(3), Difícil(5)	<b>PESSIMISMO(10)</b>		
Raivoso(1)	<b>RAIVA (1)</b>		
Vulnerabilidade(4), Desorientação(3), Perda De Autonomia(1), Desequilíbrio(1)	<b>VULNERABILIDADE (9)</b>	<b>ADVERSIDADES (62)</b>	
Abandono(3), Ausência(1), Isolamento(1), Excluído(10), Solidão(11), Desamparo(3), Descaso(1), Carência(3), Falta De Oportunidade(1), Falta De Chance(2)	<b>ABANDONO(35)</b>		
Roubo(1), Tráfico(3), Furto(1), Crime(1)	<b>CRIME(6)</b>		
Violência(3), Insegurança(1), Perigo(1)	<b>VIOLÊNCIA(5)</b>		
Luta(4), Desafio(2), Sobrevivência(1)	<b>LUTA (7)</b>		
Baixo Perfil Socioeconômico(2), Problema Social(1)	<b>BAIXO PERFIL SOCIOECONÔMICO (3)</b>	<b>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO (46)</b>	
Miséria(1), Desemprego(3), Pobreza(5), Fome (2)	<b>POBREZA (11)</b>		
População De Rua(1), Sem Abrigo(1), Rua(17), Morado De Rua(1)	<b>RUA (20)</b>		
Homens(1), Sexo Masculino (1)	<b>SEXO MASCULINO (2)</b>		
População Negra(3), Racial(1), Negros(6)	<b>POPULAÇÃO NEGRA (10)</b>		
Pessoa(2), Ser Humano(2), Uma Vida(3), Humano(1)	<b>SER HUMANO (8)</b>	<b>RECONHECIMENTO COMO PESSOA (38)</b>	
Saúde(10)	<b>SAÚDE (10)</b>		
Família(5), Mãe(1), Filhos(1)	<b>FAMÍLIA (7)</b>		
Companheirismo(1), Necessidade De União(1), Comunidade(1)	<b>UNIÃO (3)</b>		
Modo De Viver(1), Liberdade(2), Escolha(1), Direito(1)	<b>AUTONOMIA (5)</b>		
Moradia(5)	<b>MORADIA(5)</b>		
Mito(1), Pejorativo(1), Preconceito(2), Potencialidades(1), Estigma(2), Correnteza (1)	<b>VISÃO CRÍTICA (8)</b>	<b>VISÃO CRÍTICA (8)</b>	

DEPENDENTE QUÍMICO (426)

Assim como no Quadro 8, o Quadro 11 identifica o número de evocações de cada palavra/expressão através do valor entre parênteses.

Ademais, observam-se 40 aproximações semânticas, apresentadas na 2ª coluna, para retratar as evocações obtidas. Após novo agrupamento, no nível seguinte, chegou-se em 7 raízes para o termo indutor. A raiz com maior número de evocações foi Visão Estigmatizada (106), seguida por Relativo a Tratamento (91), Dubiedade entre profissional e dependente químico (74), Adversidades (62), Perfil Sociodemográfico (46), Reconhecimento como pessoa (38) e Visão Crítica (8).

Diferentemente do indutor TRATAMENTO NO CAPS AD II CRATOD, o termo DEPENDENTE QUÍMICO não alude a uma ação, mas a um sujeito. Por consequência, viabiliza-se uma configuração distinta àquela montada para o indutor anterior, com outros elementos associados às raízes encontradas. O Quadro 12 resume essa composição.

**Quadro 12: Equivalência entre as raízes semânticas e os elementos que compõem o sujeito em análise**

<b>RAÍZES SEMÂNTICAS</b>	<b>ELEMENTOS RELACIONADOS AO SUJEITO</b>
RECONHECIMENTO COMO PESSOA	Formas de definir o sujeito
VISÃO ESTIGMATIZADA	
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
RELATIVO A TRATAMENTO	Ação recebida pelo sujeito
ADVERSIDADES	Dificuldades enfrentadas pelo sujeito
DUBIEDADE ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE	A perda de contorno entre os fatores da ação
VISÃO CRÍTICA	Análise da forma como se define o sujeito

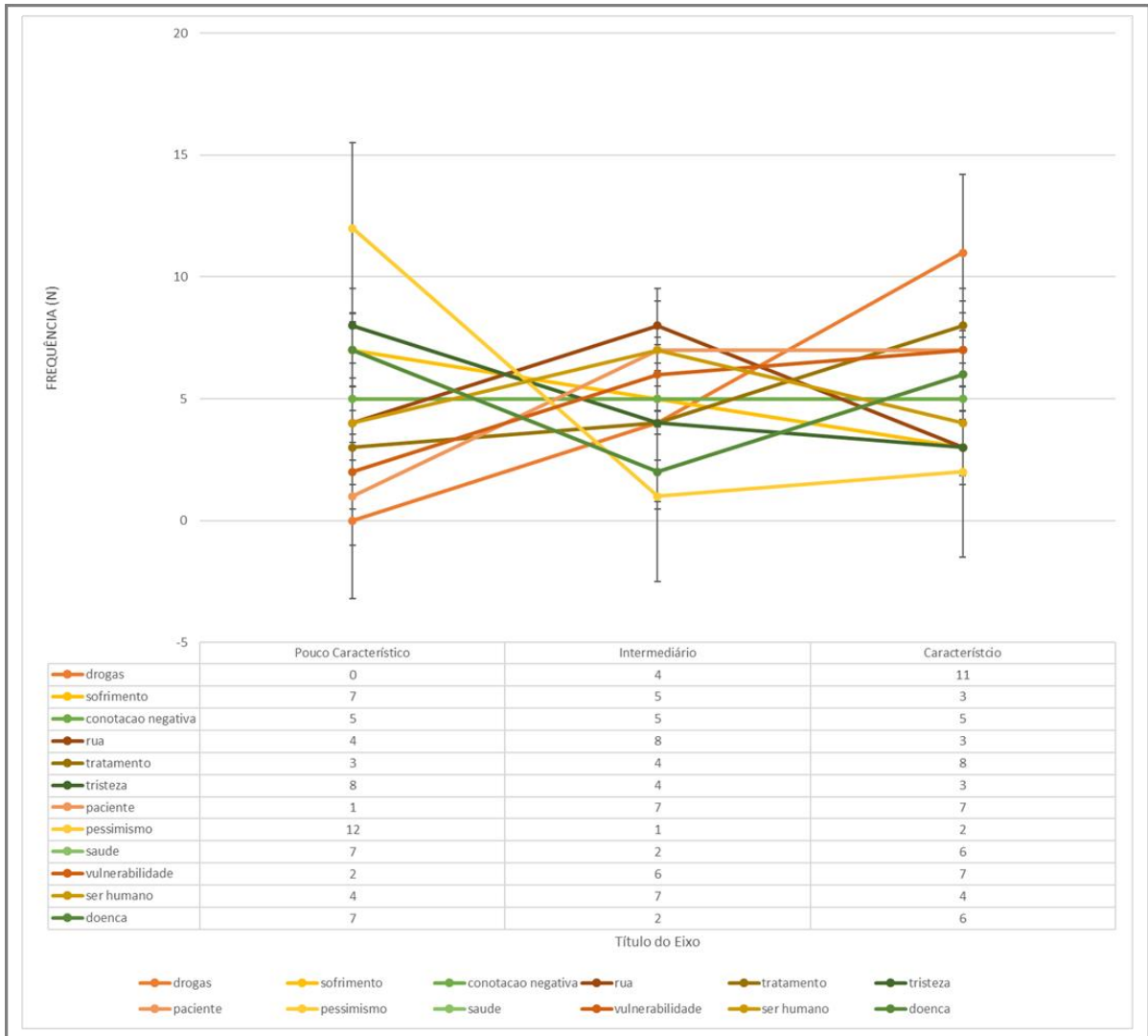


A partir das aproximações semânticas, foi elaborado o Quadro de Quatro Casas, presente no Quadro 13, para encontrar as palavras que provavelmente estariam no Núcleo Central das representações sociais que os profissionais possuem acerca do termo DEPENDENTE QUÍMICO.

**Quadro 13: Quadro de Quatro Casas para o termo indutor DEPENDENTE QUÍMICO**

Frequência $\geq 1.65$ /			Frequência $\geq 1.65$ /		
F(%)	Ordem Média de Evocação $< 3.08$	OME	F(%)	Ordem Média de Evocação $\geq 3.08$	OME
<b>PROVÁVEL NÚCLEO CENTRAL</b>			<b>PROVÁVEL SISTEMA PERIFÉRICO PRÓXIMO</b>		
12.47%	DROGAS	2.85	8.24%	ABANDONO	3.23
8%	SOFRIMENTO	2.74	6.12%	CUIDADO	3.08
4.71%	CONOTAÇÃO NEGATIVA	2.9	4%	COITADISMO	3.41
4.71%	RUA	2.95	2.59%	POBREZA	3.18
4%	TRATAMENTO	2.71	2.35%	POPULAÇÃO NEGRA	3.6
3.06%	TRISTEZA	2.54	1.88%	VISÃO CRÍTICA	3.25
2.59%	PACIENTE	1.91	1.88%	CAPS	3.75
2.35%	PESSIMISMO	2.9	1.88%	DEDICAÇÃO	3.88
2.35%	SAÚDE	3	1.65%	FAMÍLIA	3.29
2.12%	VULNERABILIDADE	2.33	1.65%	ESPERANÇA	3.43
1.88%	SER HUMANO	2.88	1.65%	LUTA	3.57
1.65%	DOENÇA	1.86	1.65%	TRATAMENTO MÉDICO HOSPITALAR	3.71
Frequência $< 1.65$ /			Frequência $< 1.52$ /		
F(%)	Ordem Média de Evocação $< 3.08$	OME	F(%)	Ordem Média de Evocação $\geq 3.08$	OME
<b>PROVÁVEL SISTEMA PERIFÉRICO PRÓXIMO</b>			<b>PROVÁVEL SISTEMA PERIFÉRICO DISTANTE</b>		
1.18%	VIOLÊNCIA	2.6	1.41%	CRIME	3.17
0.94%	PESQUISA	1.5	1.41%	VÍTIMA	3.17
0.94%	CRATOD	2.5	1.41%	EQUIPE	3.33
0.71%	BAIXO PERFIL SOCIOECONÔMICO	2	1.18%	MORADIA	4
0.71%	UNIÃO	2.33	1.18%	AUTONOMIA	4
0.71%	VERGONHA	2.67	0.71%	AFETO	4
0.71%	CRACOLÂNDIA	3	0.71%	FRUSTRAÇÃO	4
0.24%	RAIVA	3	0.47%	SEXO MASCULINO	3.5
<b>LEGENDA</b>					
F(%)	Frequência				
OME	Ordem Média de Evocação				

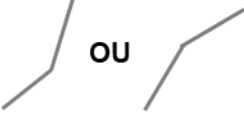



As palavras/expressões presentes no quadro superior à esquerda, Provável Núcleo Central, foram listadas e apresentadas para 15 profissionais que atuaram no CRATOD a fim de aplicar o Questionário de Caracterização. A Figura 62 apresenta a junção da tabela de frequências das respostas com a sua representação gráfica.



**Figura 62: Tabela e Representação Gráfica do Questionário de Caracterização referente ao termo indutor DEPENDENTE QUÍMICO**

A avaliação dos traçados expostos na figura acima permitiu conferir quais palavras prováveis do Núcleo Central eram **as mais representativas** do DEPENDENTE QUÍMICO pelo olhar dos profissionais do CRATOD. Uma observação

válida indica uma sobreposição entre as linhas equivalentes aos termos doença e saúde. A Figura 63 sintetiza esses achados.

DESENHO	FORMA	SIGNIFICADO	ESCOLHA SEMÂNTICA
	J OU J INVERTIDO	Elementos do Núcleo Central de fato	DROGAS VULNERABI- LIDADE TRATAMENTO PACIENTE
	DESCENDENTE	Indicativo de não pertencimento do Núcleo Central	PESSIMISMO TRISTEZA SOFRIMENTO
	SINO	Importância Média. Necessita de avaliação pormenorizada do contexto para elaboração de hipótese	RUA SER HUMANO
	U	Existência de diferenças no grupo. Possibilidade de subgrupos dentro do universo de participantes	DOENÇA SAÚDE

**CONOTAÇÃO NEGATIVA: LINHA HORIZONTAL**

Elaborado com base em POLLI e WACHELKE 2013 e ABRIC 2013

**Figura 63: Classificação dos termos de aproximação semântica a partir do traçado da Representação Gráfica do Questionário de Caracterização**

Como resultado, encontraram-se as aproximações semânticas com maior relevância: DROGAS, VULNERABILIDADE, TRATAMENTO e PACIENTE. Voltando

à Representação Dendrítica, dois desses termos pertencem a raiz Relativo a tratamento; um à raiz Visão Estigmatizada; e um à raiz Adversidade.

Merece menção a aproximação semântica CONOTAÇÃO NEGATIVA por possuir linha praticamente horizontal, indicando uma divisão igualitária na forma como os profissionais classificam este termo.

## 6. DISCUSSÃO

O cerne desta seção abarca as reflexões acerca dos fatores que podem ser identificados, a partir dos resultados apresentados neste estudo, como potenciais contribuidores na adesão dos pacientes ao tratamento ofertado pelo CAPS AD III CRATOD. Entende-se que o desenho empregado busca aclarar possíveis associações, e não tem o intuito de apontar causalidades diretas e estanques.

Aderir a um tratamento vai além do ato de seguir, satisfatoriamente, as orientações dadas por algum profissional a fim de se conquistar saúde. Ser aderente, neste contexto, é uma relação permeada por vínculo, confiança e troca. Entretanto, este elo não é marcado por uma junção simples entre dois elementos, e, sim, por uma confluência de esferas que se interceptam de forma intrincada. O estudo que está sendo apresentado contribui, portanto, com uma ponderação no que concerne às peças constituintes dessas esferas. Assim, merece ser destacado que os testes empregados nas etapas 1 e 2 foram apenas ferramentas utilizadas para auxiliar a conversão das ações existentes no CAPS AD III CRATOD nesses elementos formadores.

Com a finalidade de apoiar uma melhor inteligência da profusa quantidade de informações contidas na seção RESULTADOS, optou-se por separar a DISCUSSÃO em itens com temáticas centrais: (1) Sobre o perfil sociodemográfico dos pacientes; (2) Sobre a densidade de tratamento ofertado pelo CAPS AD III CRATOD; e (3) Sobre as relações com os pacientes.

### 6.1. Sobre o perfil sociodemográfico dos pacientes

Antes de reconhecermos o grupo de pessoas que são assistidas pelo CAPS AD III CRATOD como *pacientes usuários de drogas*, e dividi-las em subgrupos de acordo com certas características sociodemográficas em comum, é preciso compreender que cada uma dessas pessoas é um indivíduo composto por uma combinação de qualidades que lhe atribuem um caráter único e peculiar. Assim sendo, as conclusões a serem apresentadas, de acordo com os resultados do presente estudo, não têm o intuito de apontar subgrupos rígidos e homogêneos, e sim de constituir uma ideia do todo para facilitar a compreensão de um determinado conjunto. Além disso, as características sociodemográficas não devem ser encaradas como

variáveis diretamente relacionadas com a não adesão ao tratamento, mas como marcadores sociais que podem apontar desigualdades estruturadas socialmente.

#### **6.1.1. Diferenças e semelhanças entre o CAPS AD III CRATOD e os demais serviços**

A concretização do comparativo proposto por esta seção requereu, como etapa basilar, o arrolamento baseado na literatura em cujos estudos era substancializada a **descrição do perfil sociodemográfico de usuários de drogas**. Esse inventário foi organizado por meio da divisão dos trabalhos entre (1) aqueles desenvolvidos com dados provenientes de prontuários pertencentes a pacientes de CAPS AD, e (2) aqueles com informações obtidas em prontuários de pacientes assistidos em outros tipos de serviços e/ou através de questionários realizados diretamente com os usuários de drogas. As listagens podem ser conferidas nos Quadros 14 e 15.

**Quadro 14: Listagem de estudos descritivos realizados por meio da coleta de dados contidos em prontuários dos pacientes assistidos por CAPS AD com suas respectivas variáveis descritivas**

ESTUDO	LOCAL	PACIENTES	VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS - Descritivo do total de pacientes independente do desfecho							
			IDADE/ FAIXA ETÁRIA*	IDENTIDADE DE GÊNERO	RAÇA/ COR DA PELE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	ATIVIDADE REMUNERADA	RELIGIÃO	NACIONALIDADE
Presente Estudo 2023	CAPS AD III CRATOD São Paulo - SP	1.207 prontuários	(FAIXA ETÁRIA) • < 30a.: 9,8% • 30-49a.: 60,5% • > 49a.: 29,7%	** H.: 85,4% HT.: 0,2% M.: 11,7% MT.: 2,7%	Branco: 32,4% Negro: 67,3% Amarelo: 0,2% Indígena: 0,1%	Com Comp. <sup>3*</sup> : 9,4% Sem Comp. <sup>3*</sup> : 90,6%	Analfabetos: 0,9% Até 11a.: 91,2% > 11a.: 7,8%	Aposentado: 0,7% Com: 6,1% Sem: 93,2%	Ateus: 1% Possuem Religião: 99%	Brasileiros: 98,4% Estrangeiros: 1,6%
LIMA e col. 2023	CAPS AD Lages - SC	426 prontuários	(FAIXA ETÁRIA) • 17-30a.: 26,1% • 31-45a.: 41,1% • > 45a.: 32,8%	(SEXO) Masc.: 83,0% Fem.: 17,0%	-	Com Comp. <sup>3*</sup> : 21,8% Sem Comp. <sup>3*</sup> : 73,7% N.I. <sup>5*</sup> : 4,5%	Analfabetos: 2,3% Até 11a.: 85,9% > 11a.: 3,8% N.I. <sup>5*</sup> : 8,0%	Aposentado: 5,6% Com: 29,1% Sem: 55,4% N.I. <sup>5*</sup> : 9,9%	-	-
SANTANA e col. 2020	CAPS AD Pelotas - RS	1.411 prontuários	(FAIXA ETÁRIA) • 11-29a.: 28,6% • 30-49a.: 46,7% • > 49a.: 24,7%	(SEXO) Masc.: 79,7% Fem.: 20,3%	-	-	Analfabetos: 0,0% Até 11a.: 96,3% > 11a.: 3,7%	-	-	-
TREVISAN e CASTRO 2019	CAPS AD região Triângulo Mineiro - MG	369 prontuários	(FAIXA ETÁRIA) • < 21a.: 2,2% • 21-40a.: 40,4% • > 40a.: 55,0% • N.I. <sup>5*</sup> : 2,4%	(SEXO) Masc.: 80,5% Fem.: 18,2% N.I. <sup>5*</sup> : 1,3%	-	Com Comp. <sup>3*</sup> : 37,2% Sem Comp. <sup>3*</sup> : 55,2% N.I. <sup>5*</sup> : 7,6%	Analfabetos: 2,4% Até 11a.: 77,4% > 11a.: 3,1% N.I. <sup>5*</sup> : 17,1%	<sup>6*</sup> Aposentado: 4,9% Com: 32,3% Sem: 34,7% N.I. <sup>5*</sup> : 28,2%	-	-
ALMEIDA e col. 2014	CAPS AD João Pessoa - PB	706 prontuários	(FAIXA ETÁRIA) • 18-30a.: 36,4% • 31-50a.: 48,0% • > 50a.: 15,6%	(SEXO) Masc.: 86,7% Fem.: 13,3%	Branco: 19,2% Negro: 77,5% Amarelo: 2,9% Indígena: 0,4%	Com Comp. <sup>3*</sup> : 26,2% Sem Comp. <sup>3*</sup> : 73,8%	Analfabetos: 4,1% Até 11a.: 91,4% > 11a.: 4,5%	(Trabalha?) Sim: 44,2% Não: 55,8%	-	-
RODRIGUES e col. 2013	CAPS AD Jequié - BA	221 prontuários	(FAIXA ETÁRIA) • < 30a.: 25,4% • 30-49a.: 43,1% • > 49a.: 31,5%	(SEXO) Masc.: 62,0% Fem.: 38,0%	-	Com Comp. <sup>3*</sup> : 46,2% Sem Comp. <sup>3*</sup> : 53,8%	Analfabetos: 4,4% Até 11a.: 88,8% > 11a.: 6,8%	(Renda Familiar em salários mínimos) 0-1: 61,1% 2-3: 33,3% > 3: 5,6%	Católicos: 55,3% Protestantes: 23,7% Outros: 4,7% N.I. <sup>5*</sup> : 38,8%	-
BATISTA e col. 2012	CAPS AD Campos dos Goytacazes - RJ	634 prontuários (apenas ano 2009)	(FAIXA ETÁRIA) • 10-20a.: 26,0% • 21-40a.: 49,5% • > 40a.: 24,5%	(SEXO) Masc.: 86,1% Fem.: 13,9%	-	Com Comp. <sup>3*</sup> : 24,4% Sem Comp. <sup>3*</sup> : 75,6%	Analfabetos <sup>4*~4%</sup> Até 11a. <sup>4*~93%</sup> > 11a. <sup>4*~3%</sup>	-	-	-
MONTEIRO e col. 2011	CAPS AD Teresina - PI	227 prontuários	(FAIXA ETÁRIA) • 15-18a.: 5,7% • 19-59a.: 87,7% • > 59a.: 6,6%	(SEXO) Masc.: 89,9% Fem.: 11,1%	-	<sup>7*</sup> Com Comp. <sup>3*</sup> : 45,4% Sem Comp. <sup>3*</sup> : 53,5%	<sup>7*</sup> Analfabetos: 7,0% Até 11a.: 78,9% > 11a.: 3,9%	Aposentado: 3,5% Com: 48,5% Sem: 35,7% Estudantes: 12,3%	Católicos: 42,7% Evangélicos: 7,0% Outros: 11,4% Sem Religião: 16,3%	-

\* As Faixas Etárias nos diversos trabalhos foram agrupadas para se aproximarem daquelas elencadas no presente estudo

\*\* H: Homens; HT: Homens Transexuais; M: Mulheres; MT: Mulheres Transexuais

<sup>3\*</sup> Comp.: Companheiro(a)

<sup>4\*</sup> Valores aproximados extraídos de gráficos, não há apresentação das porcentagens exatas

<sup>5\*</sup> N.I.: Não Informado

<sup>6\*</sup> As categorias foram agrupadas para se aproximarem daquelas elencadas no presente estudo

<sup>7\*</sup> O estudo apresentou categorias cujas porcentagens somadas aproximaram-se de 100% (excediam ou careciam em X % de 100%), optou-se por manter os valores originais do referido estudo

**Quadro 15: Listagem de estudos descritivos desenvolvidos com dados provenientes de prontuários de outros serviços (excetuando os CAPS AD) e/ou através de entrevistas realizadas com os usuários de drogas, com suas respectivas variáveis descritivas**

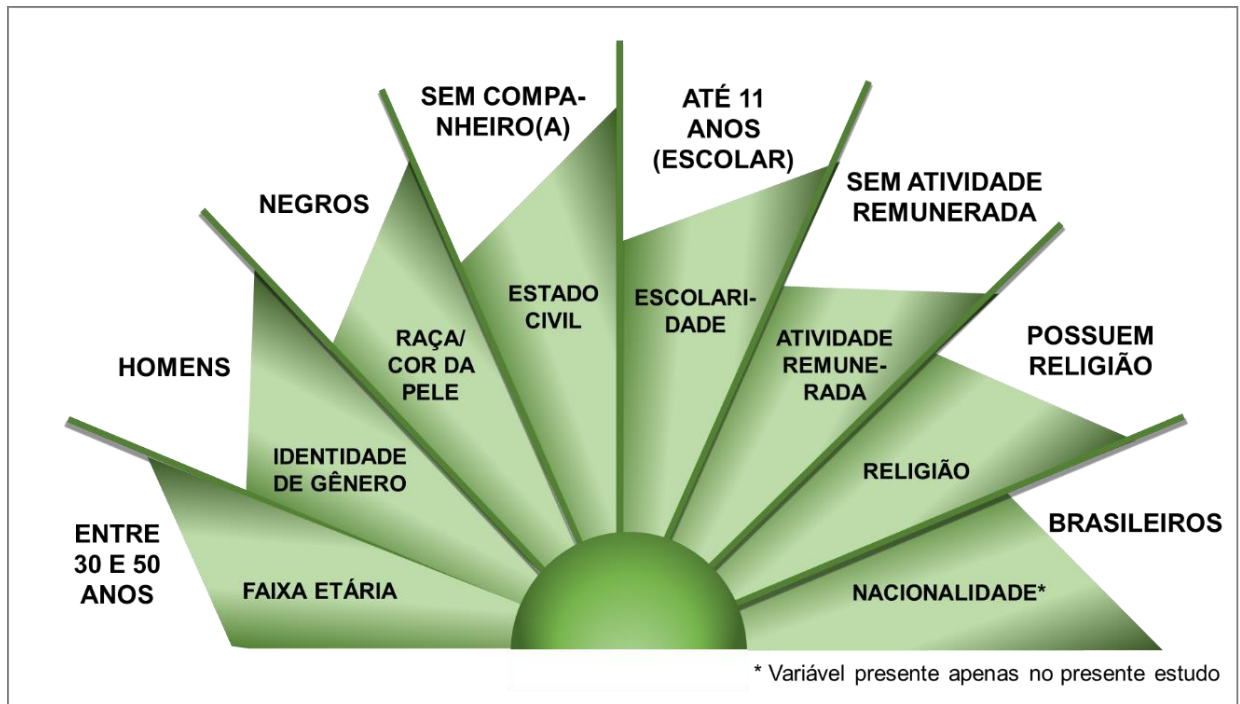
ESTUDO	LOCAL	PARTICIPAN-TEs	VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS - Descritivo do total de pacientes independente do desfecho							
			IDADE/ FAIXA ETÁRIA*	IDENTIDADE DE GÊNERO	RAÇA/ COR DA PELE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	ATIVIDADE REMUNERADA	RELIGIÃO	NACIONALIDADE
VENTURA e col. 2022 Estudo Quali-Quantitativo	CAPS AD Ribeirão Preto - SP	111 pacientes usuários de drogas	-	(SEXO) Masc.: 51,9% Fem.: 48,1%	-	2* Com Comp. <sup>4*</sup> : 10,3% Sem Comp. <sup>4*</sup> : 89,7%	2* ▪ Analfabeto: 0,0% ▪ ≤ 11a.: 71,3% ▪ > 12a.: 28,7%	-	Possuem Religião: 81,5% Não Possuem Religião: 18,5%	
MIGUEL e col. 2018 Estudo Transversal	Ambulatório de Especialidades São Paulo - SP	65 pacientes dependentes de crack	(IDADE) Média: 35,3 anos Desvio Padrão: 8,5 anos	(SEXO) Masc.: 87,7% *	-	2* Com Comp. <sup>4*</sup> : 20,0% Sem Comp. <sup>4*</sup> : 80,0%	▪ < 9a.: 35,4% ▪ ≥ 12a.: 29,2% *	Emprego formal: 4,6% Desempregados: 83,1% *	-	-
CUNHA e col. 2015 Estudo Longitudinal	Hospital Psiquiátrico Porto Alegre - RS	53 pacientes dependentes químicos internados	(IDADE) Média: 27,5 anos Desvio Padrão: 7,3 anos	Unidade aceita apenas pacientes do sexo masculino	-	Sem Comp. <sup>4*</sup> : 81,1% *	▪ Até 8a.: 58,4% *	Com: 39,6% Sem: 45,2%	-	-
SANTOS CRUZ e col. 2013 Estudo Transversal	Cenas abertas de uso de crack Rio de Janeiro - RJ	81 pessoas usuárias de crack entre 18 e 24 anos	18-24 anos (critério de inclusão)	3* (SEXO) Masc.: 67,0% Fem.: 32,0% Trans. <sup>5*</sup> : 1,0%	3* Branco: 10,0% Negros: 88,0% Amarelos: 3,0% Indígenas: 0,0%	2* 3* Com Comp. <sup>4*</sup> : 14,0% Sem Comp. <sup>4*</sup> : 87,0%	3* ▪ Sem <sup>6*</sup> : 3,0% ▪ Até 11a.: 92,0% ▪ > 11a.: 6,0%	-	-	-
	Cenas abertas de uso de crack Salvador - BA	79 pessoas usuárias de crack entre 18 e 24 anos	18-24 anos (critério de inclusão)	3* (SEXO) Masc.: 89,0% Fem.: 12,0% Trans. <sup>5*</sup> : 0,0%	3* Branco: 6,0% Negros: 87,0% Amarelos: 4,0% Indígenas: 1,0%	2* 3* Com Comp. <sup>4*</sup> : 28,0% Sem Comp. <sup>4*</sup> : 72,0%	3* ▪ Sem <sup>6*</sup> : 0,0% ▪ Até 11a.: 88,0% ▪ > 11a.: 13,0%	-	-	-
CAPISTRANO e col. 2013 Estudo Longitudinal	Unidade de reabilitação em hospital psiquiátrico Curitiba - PR	350 prontuários de pacientes dependentes químicos internados	(IDADE) Média: 35,8 anos Desvio Padrão: 11,9 anos	Unidade aceita apenas pacientes do sexo masculino	-	2* Com Comp. <sup>4*</sup> : 36,6% Sem Comp. <sup>4*</sup> : 63,4%	▪ Analfabetos: 4,1% ▪ Até 11a.: 88,7% ▪ > 11a.: 7,2%	Afastados: 5,2% Com: 49,6% Sem: 45,2%	-	-
RIBEIRO e col. 2006 Estudo Longitudinal	Acompanhamento, durante 5 anos, de pacientes que foram internados em serviço de desintoxicação São Paulo - SP	131 pacientes usuários de crack	7* (FAIXA ETÁRIA) 10-29a.: 80,9% 30-45a.: 19,1%	(SEXO) Masc.: 88,5% Fem.: 11,5%	Branco: 74,6% Negros: 25,4%	2* Com Comp. <sup>4*</sup> : 26,9% Sem Comp. <sup>4*</sup> : 73,1%	▪ Até 8a.: 55,9% ▪ > 8a.: 44,1%	Com <sup>8*</sup> : 30,6% Sem <sup>8*</sup> : 69,4%	-	-

\* Estudo não apresentou o percentual de outras categorias, dentro desta variável  
<sup>2\*</sup> As categorias foram agrupadas para se aproximarem daquelas elencadas no presente estudo  
<sup>3\*</sup> O estudo apresentou categorias cujas percentagens somadas aproximaram-se de 100% (excediam ou careciam em 0,1% de 100%), optou-se por manter os valores originais do referido estudo  
<sup>4\*</sup> Comp.: Companheiro(a)  
<sup>5\*</sup> Trans.: Transsexuais  
<sup>6\*</sup> Sem = Sem estudo formal  
<sup>7\*</sup> Idades dos pacientes internados variavam entre 10 e 45 anos  
<sup>8\*</sup> Com: estava trabalhando/ estava estudando na escola Sem: não estava trabalhando/ não estava estudando na escola

Optou-se por apresentar os quadros acima a fim de colaborar com a melhor inteligência das acareações realizadas e a valorização dos estudos revisitados para o desenvolvimento da discussão.



Em linhas gerais, e encetando pelas semelhanças, observa-se uma preponderância de determinadas características entre os participantes dos trabalhos, que converge para os resultados encontrados pelo presente estudo. Tendo como base essas variáveis independentes, foi criada a Figura 64 ressaltando esse perfil.



**Figura 64: Perfil predominante dos usuários de drogas participantes dos estudos elencados nos Quadros 14 e 15**

No que tange a Faixa Etária dos pacientes assistidos pelos CAPS AD, foi decidido adotar uma postura mais complacente para não perder a oportunidade de tecer uma interação com os demais trabalhos, cujas distribuições paramétricas diversas dificultaram relativamente as confrontações. Isto posto, o CAPS AD III CRATOD apresentou a menor parcela de pacientes na faixa referente aos mais jovens (18-29 anos: 9,8%), em contrastante com os resultados apresentados pelos autores identificados no Quadro 14, nos quais as porcentagens orbitaram entre duas e quatro dezenas. É relevante considerar que, divergindo do CAPS AD III CRATOD, alguns CAPS AD citados atendiam pacientes com idade inferior a 18 anos, ampliando a faixa etária mais imberbe. Também vale realçar que a distribuição etária das cidades onde os CAPS AD estavam inseridos, bem como a época quando os estudos foram

desenvolvidos, poderiam ter influenciado na disposição de porcentagens. Uma reflexão mais aprofundada no tocante ao perfil dos usuários de drogas que de fato acessam os serviços será explanada na vindoura seção 6.1.2. Reflexões e formulação de questões norteadoras.

Outra tendência a se observar, baseando-se no tipo de serviço no qual os estudos foram desenvolvidos, diz respeito a média de idade e a faixa etária hegemônica dos pacientes frequentadores de CAPS AD, incluindo o CAPS AD III CRATOD, serem ligeiramente mais altas quando comparadas com os dados dos pacientes admitidos em unidades de internação. Por mais que essa variação não seja tão expressiva, pode-se especular que os tratamentos em caráter aberto atraíam pacientes ligeiramente mais velhos, exigindo comprometimento para a sustentação da modalidade assistencial aberta. Outro fator que merece ser lembrado diz respeito aos participantes selecionados. Considerando os trabalhos desenvolvidos com base em dados de pacientes internados em Hospitais Psiquiátricos (CUNHA e col., 2015; CAPISTRANO e col., 2013; RIBEIRO e col., 2006), é perceptível a predominância de usuários de crack em detrimento àqueles usuários de outras substâncias psicoativas. VARGENS e colaboradores (2011) ao compararem o perfil sociodemográfico de pacientes com uso de crack e sem uso de crack, assistidos por setor especializado em Hospital Universitário, concluíram que o primeiro grupo era significativamente mais jovem. Além disso, para aprofundar a análise e desenvolver cotejos substanciais com os demais estudos, teria sido fundamental esmiuçar a coleta de dados do presente estudo, descrevendo os padrões de uso e hipóteses diagnósticas dos pacientes do CAPS AD III CRATOD, situação que não foi possível.

Direcionando-se para as singularidades do CAPS AD III CRATOD, e desenvolvendo algumas conjecturas, não se pode negar que a mediana de idade (43 anos), o 1º quartil (36 anos), o 3º quartil (52 anos) e a porcentagem da faixa etária mais velha (>49 anos: 29,7%) encontrados nos pacientes indicaram, quando se estabelece uma comparação com outros CAPS AD, um público com perfil menos jovem.

Uma observação factual a ser feita é que os estudos citados, com exceção do trabalho de SANTOS CRUZ e colaboradores (2013) que encontrou 01 pessoa transexual em sua amostra, nomearam a variável Identidade de Gênero como Sexo, com duas categorias reconhecíveis (Homens – sexo masculino e Mulheres – sexo feminino), não havendo menção a demais classificações. Uma hipótese levantada diz

respeito aos registros em prontuário seguirem o sexo biológico referindo-se às diferenças fisiológicas entre corpos masculino e feminino (OKA e LAURENTI, 2018). Como é possível observar na Figura 26: Distribuição dos pacientes segundo Identidade de Gênero, o CAPS AD III CRATOD contava com dois Homens Transexuais e 33 Mulheres Transexuais, e por mais que sejam responsáveis por parcelas pequenas do total, 0,2% e 2,7% respectivamente, foi considerado notável indicá-los. Essa ponderação permitiu pensar em duas possíveis situações sobre os outros CAPS AD mencionados: (1) ausência de pessoas transexuais; ou (2) registro em prontuário sem essa especificação. Na situação 2 ainda é admissível dissecar outras nuances como relacionar os pacientes entre aqueles que se identificam como Homens e aqueles que se identificam como Mulheres, ou ainda, agrupar de acordo com o Documento de Identificação, aproximando-se mais do conceito de Sexo, ao invés do conceito de Identidade de Gênero. De qualquer forma não se percebe uma preocupação em fazer este discernimento.

Uma das reflexões a ser feita incorpora pareceres condizentes com o território onde o CRATOD esteve presente, e suas particularidades como serviço. Segundo o mapeamento realizado pelo CENTRO DE ESTUDOS DE CULTURA CONTEMPORÂNEA (CEDEC) em 2021, que entrevistou 1.788 pessoas trans moradoras da cidade de São Paulo, foi possível identificar que 56% não eram paulistanas, levantando-se a ideia de que existia um fluxo migratório proveniente de outros municípios. Acrescenta-se o fato de que desses 56%, 42% eram de outros municípios do Sudeste, 56% eram de outras regiões do Brasil e 2% de outros países. Ademais a maioria das pessoas entrevistadas morava na região central do município de São Paulo. Ou seja, encontrou-se uma parcela mais significativa de pessoas transexuais no local onde existia o CRATOD. Por conseguinte, esses achados possivelmente corroboraram a presença de transexuais no CAPS AD III CRATOD, diferentemente dos serviços elencados acima, localizados nos estados da Bahia, Minas Gerais, Paraíba, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

A busca infrutífera por trabalhos com abordagem descritiva a respeito do perfil sociodemográfico dos pacientes usuários de CAPS AD dentro da capital paulista dificultou o desenvolvimento de conjecturas complementares. Além disso, todos os profissionais do CRATOD, independente do setor no qual atuaram ou do grupo a qual pertenciam, eram orientados e estimulados a respeitarem a identidade de gênero e o nome informados pelos próprios pacientes. Outra circunstância a ser lembrada é a

presença da Casa Florescer nas proximidades do CRATOD. Este equipamento, inaugurado em 2016, foi o primeiro centro de acolhida latino-americano voltado exclusivamente às mulheres transexuais e travestis (FERREIRA, 2019). Em sua dissertação, GOTARDI (2021) explana sobre o fato das grandes cidades como São Paulo possuírem maior tolerância e terem ambientes mais propícios para que as pessoas possam assumir uma nova identidade de gênero, realidade com poder de contribuir para essa migração interna.

Todos os estudos relacionados apresentaram maior porcentagem de pacientes sem companheiro(a), sabidamente solteiros, separados, divorciados ou viúvos. Conforme os usuários de drogas cronificam seu padrão de uso, muitas de suas ações tornam-se pautadas pela obtenção e consumo de uma quantidade crescente de drogas, estreitando seu repertório social e escalonando o ato de dilapidar seus recursos materiais e financeiros para efetuar essa aquisição. A situação que se desenvolve degrada os laços relacionais e familiares culminando em um isolamento do sujeito através do afastamento de pessoas que antes pertenciam ao seu círculo social.

Poucos estudos descritivos trouxeram um olhar voltado para a Religião dos pacientes. RODRIGUES e colaboradores (2013), ao se debruçarem sobre o CAPS de Jequié, Bahia, concluíram que 16,3% dos pacientes não possuíam religião, e que os demais poderiam ser divididos entre católicos, protestantes e espíritas. Optou-se por não realizar comparação com a porcentagem de ateus(ias) do CAPS AD III CRATOD, que foi de 1%, porque definir um grupo como não possuidor de religião engloba não apenas ateus(ias) como também agnósticos(as) e os(as) sem-religião (FERNANDES, 2018). Meramente é possível presumir que os pacientes dos CAPS AD citados neste parágrafo seguiam, majoritariamente, alguma religião. Já o serviço teresinense estudado por MONTEIRO e colaboradores (2011) possuía amostra de pacientes que se dividia entre católicos, evangélicos e outros, não havendo especificação das religiões que compunham a categoria outros. Além disso há menção que 38,8% não informaram se possuíam ou não alguma religião. Não há sinalização sobre o número de pessoas que afirmaram não seguirem nenhuma religião, presumivelmente, deveriam estar diluídos nos 38,8%.

SANCHES e NAPPO (2007), em sua revisão da literatura, trouxeram reflexões acerca do papel da religiosidade no tratamento e na prevenção do uso de drogas. Cada vez mais a possível influência positiva da religiosidade na adesão ao tratamento

vem sendo considerada, proporcionando um suporte valioso para a jornada de recuperação. A religiosidade, muitas vezes manifestada através da participação em práticas religiosas, orações, ou mesmo em comunidades espirituais, oferece uma estrutura moral e valores que podem servir como guias essenciais durante o processo de cuidado. A crença em algo superior pode inspirar esperança e fortalecer a determinação do indivíduo em buscar uma melhor qualidade de vida.

Além disso, a religiosidade muitas vezes fornece um senso de pertencimento a uma comunidade de apoio. O apoio social é reconhecido como um fator crucial na adesão ao tratamento, e as comunidades religiosas frequentemente oferecem um ambiente solidário onde os indivíduos podem compartilhar suas lutas, receber incentivo e encontrar compreensão sem julgamento. É necessário um entendimento equilibrado, reconhecendo a diversidade de crenças e preferências dos pacientes. Deve-se considerar a individualidade de cada pessoa ao desenvolver planos de tratamento, oferecendo opções que respeitem as convicções espirituais, mas sem impor uma única perspectiva.

No que diz respeito a Nacionalidade, nenhum trabalho levantado apresentou descritivamente o país de origem dos pacientes em análise. Isso pode ser decorrente do número de estrangeiros ser muito baixo ou nulo, e por consequência, a especificação da nacionalidade não ter sido valorizada diante da maioria absoluta de brasileiros(as). Reforçando o fato de o CRATOD ter pertencido a um território multiétnico e multicultural (VIGGIARI JÚNIOR, 2016), a escolha por discriminar a pátria de cada paciente pareceu coerente.

No intervalo de tempo em análise, o CAPS AD III CRATOD contou com 18 estrangeiros, vindos de 12 países diferentes. Destrinchando este número, foram encontradas 9 pessoas de países sul-americanos (Bolívia, Argentina, Colômbia, Equador e Peru); 2 pessoas da África Setentrional (Egito e Marrocos); 5 pessoas da África Subsaariana (África do Sul, Moçambique e Nigéria); 1 pessoa de origem europeia (França); e 1 pessoa do leste asiático (China). Não obstante serem responsáveis por apenas 1,6% do total de pacientes, é peremptória a responsabilidade do serviço em acolher e ofertar cuidado, desempenhando seu papel como parte integrante do SUS e empregando seus preceitos.

Por mais que exista um perfil predominante no universo de pacientes assistidos pelos CAPS AD (homens, negros, entre 30 e 50 anos, sem companheiro(a), com menor escolaridade), é inegável que o serviço ambulatorial do CRATOD contava com

um considerável número de grupos específicos minoritários em comparação aos demais serviços, e por mais que esses grupos tenham sido responsáveis pela menor parcela de atendimentos totais, ainda se mostravam significativos e merecedores de atenção. Sabendo-se que particularizar as suas demandas influencia na qualidade com a qual se presta cuidado e culmina na maior adesão ao tratamento prestado, utilizou-se uma abordagem analítica a fim de observar possíveis associações entre características sociodemográficas e permanência no tratamento e suscitar sugestões sobre o cuidado a grupos diversos.

Conjuntamente com a avaliação descritiva das variáveis, o atual estudo desenvolveu uma **avaliação analítica comparativa visando investigar a influência do perfil sociodemográfico na adesão ao tratamento**. Entretanto, trabalhos com delineamento próximo ao do presente estudo são escassos na literatura. As comparações tornaram-se mais intrincadas diante das diversas formas como os autores balizaram os grupos aderentes. Não há consenso para realizar esta classificação, visto que as particularidades de cada serviço, população e localidades são heterogêneas. Além disso, é recorrente a utilização de termos como longitudinalidade do cuidado, permanência, manutenção e retenção, que não necessariamente são sinônimas e/ou fazem alusão a definição de adesão, explicitada no segundo parágrafo da seção *Discussão*. Também é importante pontuar que, excetuando o artigo de PEIXOTO e colaboradores (2010), os trabalhos examinados, cujo desenho incluiu Análise de Sobrevida, símil ao atual estudo, foram desenvolvidos em outros países e voltados, principalmente, aos dependentes de derivados de opioides. Ainda que haja desconformidades nas populações avaliadas, considerou-se profícua a elaboração de comparações dos artigos, valorizando características e comportamentos análogos entre os usuários de drogas. Para apoiar o desenrolar desta discussão decidiu-se sistematizar a apresentação dos artigos antepostos sobre a temática no Quadro 16.

**Quadro 16: Listagem de estudos com análise comparativa investigando fatores relacionados à adesão ao tratamento**

ESTUDO	FONTE DE DADOS/ LOCAL	PARTICIPANTES	OBJETIVO ESPECÍFICO DE INTERESSE	RESULTADOS DE INTERESSE PARA ESTA SEÇÃO
BUSCH e col. 2021 Estudo Coorte Prospectivo (Análise de Sobrevida com Regressão Proporcional de Cox)	Sistema eSuchmittel 9 Estados Federados - Austria	4.778 dados cadastrais de dependentes de opióides	Identificar as características dos pacientes associadas à permanência no tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>A permanência dos pacientes após 2 anos de tratamento foi de 61,0%</li> <li>Os pacientes com 30 anos ou mais apresentaram 1,15 vezes mais chances de permanecerem no tratamento ao longo do tempo do que aqueles com 29 anos ou menos</li> <li>Os homens apresentaram 19,0% mais chances de abandonarem o tratamento do que as mulheres</li> </ul>
O'CONNOR e col. 2020 Revisão Sistemática	4 Ensaio Clínicos Randomizados 63 Estudos de Coorte	Dados referentes a 294.592 pacientes usuários de opióides	Explorar os fatores relacionados a manutenção e abandono de tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>A permanência dos pacientes após 6 meses de tratamento foi de 58,0%</li> <li>Idade mais jovem, uso associado de cocaína, envolvimento em atividades criminosas parecem estar associados à redução da permanência no tratamento</li> </ul>
BUKTEN e col. 2014 Estudo Coorte Retrospectivo (Análise de Sobrevida com Regressão Proporcional de Cox)	Nationwide registers in Statistics Norway 14 centros regionais especializados de serviços de saúde - Noruega	2.431 dados cadastrais de dependentes de opióides	Analisar fatores associados a permanência no tratamento de longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>A permanência dos pacientes após 18 meses de tratamento foi de 65,8%</li> <li>O risco de abandono do tratamento diminuiu em 3,0% para cada ano de aumento da idade</li> <li>Ter cometido crimes relacionados a drogas nos 30 dias que antecederam o abandono aumentou o risco de abandono do tratamento em 80%</li> </ul>
REN e col. 2013 Estudo Coorte Retrospectivo (Análise de Sobrevida com Regressão Proporcional de Cox)	Shanghai component of the National Methadone Maintenance Treatment (Shanghai MMT) Shanghai - China	2.463 dados cadastrais de dependentes de opióides	Identificar fatores preditivos que poderiam influenciar na permanência do paciente no tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os pacientes com menos de 30 anos apresentaram 1,41 vezes mais chances de abandonarem o tratamento ao longo do tempo do que aqueles com mais de 50 anos</li> <li>Os pacientes com menos de 8 anos de escolaridade apresentaram 1,48 vezes mais chances de abandonarem o tratamento ao longo do tempo quando comparado àqueles com mais de 11 anos de escolaridade</li> </ul>
PEIXOTO e col. 2010 Estudo Retrospectivo (Análise Estatística Comparativa)	CAPS AD de Campo Grande - Brasil	316 prontuários selecionados por amostragem casual simples de pacientes do CAPS AD Campo Grande	Comparar os perfis dos pacientes que aderiram e que não aderiram ao tratamento ofertado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indivíduos mais jovens, com aparente menor estruturação familiar e usuários de substâncias ilícitas foram significativamente mais propensos a abandonarem o tratamento</li> </ul>
BURNS e col. 2009 Estudo Coorte Retrospectivo (Análise de Sobrevida com Regressão Proporcional de Cox)	Pharmaceutical Drugs of Addiction System (PHDAS) Nova Gales do Sul - Austrália	42.690 dados cadastrais de dependentes de opióides	Determinar os fatores associados ao abandono do tratamento antes da término considerado bem-sucedido	<ul style="list-style-type: none"> <li>A faixa etária apresentou maior impacto no risco de abandono do tratamento: o risco de abandonar o tratamento em seu primeiro episódio diminuiu com o aumento da idade</li> <li>Os homens eram ligeiramente mais propensos a abandonar seu primeiro episódio de tratamento do que as mulheres</li> </ul>
DUALIBI e col. 2008 Revisão da Literatura	Artigos, teses, dissertações e capítulos de livro Unidades Federativas - Brasil	Informações referentes a usuários de crack e cocaína brasileiros	Fatores preditivos para abandono e adesão ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>As evidências sugeriram, como fatores preditivos para abandono do tratamento: dependência de álcool associado, problemas com a lei, prejuízo nas habilidades sociais, perda dos pais na infância.</li> <li>Os homens eram ligeiramente mais propensos a abandonar seu primeiro episódio de tratamento do que as mulheres</li> </ul>

No âmbito das semelhanças entre o presente estudo e os artigos elencados no quadro acima é possível destacar que pacientes mais jovens e com índices baixos socioeconômicos foram mais propensos a abandonarem a proposta assistencial. Com relação a idade, especulou-se que pacientes mais velhos, por terem maiores chances

de possuírem histórico de tratamento vasto, possam apresentar uma maturidade em relação a percepção de suas necessidades de saúde e cuidado, em comparação com pacientes mais jovens (BUKTEN e col., 2014). O baixo perfil socioeconômico pode indicar que uma estruturação além dos domínios diretos da área da Saúde influencia na manutenção do tratamento. A baixa escolaridade associa-se a menores oportunidades de trabalho e apontam para uma marginalização dessa população na sociedade. A forma como essa marginalização possivelmente participa de um mecanismo de retroalimentação para a não melhora dos parâmetros socioeconômicos dos usuários de drogas, dentro de uma perspectiva de estigma social, será abordada na seção 6.3 *Sobre as relações com os pacientes*, e organizada na futura Figura 66: *Círculo vicioso do estigma social*.

As mulheres no CAPS AD III CRATOD apresentaram maiores chances de serem não aderentes ao tratamento, e uma maior tendência de tornarem-se não aderentes ao longo do tempo, quando comparadas aos homens, diferentemente dos artigos de BUSCH e colaboradores (2021) e BURNS e colaboradores (2009). Os estudos austríaco e australiano constataram, ainda que com menor magnitude, que os homens apresentavam maior risco de abandono à proposta terapêutica do que as mulheres. O primeiro trabalho não aprofundou a discussão a respeito desse achado, mas o segundo discorreu sobre um aumento no número de homens que iniciavam tratamento devido a então recente implementação do programa assistencial aos dependentes de opioides nos estabelecimentos prisionais, cujo cuidado possivelmente não se mantinha após término do período de reclusão. Cenário distinto perante o CAPS AD III CRATOD.

CESAR (2006) verificou a adesão de mulheres alcoolistas ao tratamento ambulatorial ofertado por unidade especializada pertencente a uma instituição psiquiátrica carioca. Constatou que a criação de espaços grupais compostos somente por mulheres aumentou a taxa de adesão ao tratamento de 10% para 70%. Associadamente, BLUME (1990) discorreu sobre dados coletados em levantamentos nacionais norte-americanos referentes ao ano de 1987, e observou uma proporção de 2 homens para 1 mulher no que se refere a pessoas com padrão de dependência de álcool, em contraste com a proporção de 4 a 5 homens para 1 mulher em tratamento para esta afecção, concluindo que as mulheres estavam consideravelmente sub-representadas no tratamento da dependência química, particularmente no tratamento do alcoolismo. Em um olhar mais recente para o mesmo país, BRESLOW e



colaboradores (2017) notaram uma tendência de aumento no consumo de álcool entre adultos com 60 anos ou mais, principalmente e significativamente maior entre as mulheres, sugerindo a importância de adequar os planejamentos em saúde pública para atender às necessidades específicas dessa população. Este parágrafo introduz o desenvolvimento do raciocínio na seção a seguir.

### **6.1.2. Reflexões e formulação de questões norteadoras**

Ao direcionar o holofote para o perfil sociodemográfico dos pacientes, tomou-se um cuidado para não sucumbir à falácia de relação causal. A perspectiva a ser avaliada tem o âmago na forma como as circunstâncias que compõem o cuidado ofertado aos usuários de drogas influenciam na adesão ao tratamento realizado, e não como as características dos pacientes devem se moldar aos serviços e às propostas terapêuticas. Esse ponto de vista instaura uma sequência de indagações abstrusas, que imprime a formulação de provocações e apenas esboços de respostas.

Identificar o perfil sociodemográfico das pessoas atendidas pelo CAPS AD III CRATOD trouxe ponderações que podem ser examinadas em camadas diversas. A mais próxima da superfície, sendo a primeira a ser processada, reconhece as características da maioria desses pacientes. Assim como todos os trabalhos descritivos considerados, concluiu-se que a maioria dos pacientes são homens, entre a quarta e quinta décadas de vida, sem companheiros, negros, com baixa escolaridade, sem atividade remunerada. Um questionamento passível de ser feito abrange a relação entre pacientes e serviço: a distribuição de frequências entre as categorias presentes em cada variável reflete diretamente a maioria das pessoas usuárias de drogas no território onde os serviços estão inseridos ou reflete a maneira como as ações dos serviços foram modeladas para atrair e atender de forma mais exitosa determinados grupos de pessoas?

Aprofundada a averiguação acerca do perfil sociodemográfico, a camada sob a mais externa é constituída pelas associações presentes na avaliação analítica, tendo como efeito de interesse a adesão ao tratamento. Foi possível indicar que houve uma tendência de pessoas mais jovens (com menos de 30 anos), mulheres, sem atividade remunerada, com menor escolaridade terem mais chances de serem não aderentes e, também, de tornarem-se não aderentes ao CAPS AD III CRATOD. Mais uma vez surge uma pergunta elementar no tocante ao significado desses resultados,

a fim de se estabelecer cautela nas conclusões a serem feitas, evitando equívocos. Essas análises apontam para o fato de os pacientes pertencentes a esses grupos possuírem feito de seguirem menos o tratamento, ou o serviço ter estrutura com menor potência para assisti-los? Não excluindo a plausível situação na qual as duas situações coexistam e as características apontadas serem transpassadas por um contexto social súpero.

Dando continuidade às reflexões, foi possível acessar uma camada mais fulcral a partir do TALP realizado com os trabalhadores do CRATOD. O emprego da técnica, que promoveu a redução dos filtros de censura, sugeriu a forma como esses profissionais avaliavam e atribuíam significância aos dependentes químicos. Dentre as sete raízes obtidas, uma delas constituiu-se de evocações relacionadas ao perfil sociodemográfico desta população, mais especificamente, as aproximações semânticas apontaram para pessoas do sexo masculino, negras, em situação de rua, associadas a pobreza e com baixo perfil socioeconômico. Esses resultados sugestionam a ideia de que os profissionais concatenam os pacientes a este perfil sociodemográfico da maioria. Uma das possíveis frentes de discussão, dentre diversas que podem ser traçadas, reforça os questionamentos elaborados nos parágrafos anteriores, indicando que os serviços e seus trabalhadores focam suas ações para esses grupos de pacientes. Não existem conclusões fáceis. Por mais que os questionamentos tenham a intenção de tornarem palatáveis as reflexões emergidas, induzindo a formação de respostas praticamente dicotômicas, é sabido que a realidade não condiz com essa simplificação.

Ampliando as elucubrações, cabe mais um questionamento, levando-se em conta a importância de compreender o local onde o CRATOD se localizava, e, por conseguinte, qual o público que acessava seu tratamento. Inicialmente pode-se pensar que as ações devem mesmo ser voltadas à maioria. Mas será que essa maioria é a parcela que mais precisa de cuidado? Esta indagação aproxima-se dos preceitos doutrinários do SUS, e evidencia um paradoxo: a equidade generalizada. Antes de continuar o desenvolvimento da discussão acerca do perfil sociodemográfico dos pacientes, cabe uma breve explanação acerca do paralelo traçado com o SUS.

O acesso à saúde garantido a todos é a pedra angular dos direitos inerentes à condição do ser humano. Desde sua idealização, o SUS reverencia a não distinção entre os indivíduos, distanciando-se do que até então vigorava no país. As discussões e reflexões que permeavam aquele momento retratavam uma realidade de luta para

asseverar ao cidadão cuidado e assistência independente de suas características sociodemográficas, condições de trabalho ou origem (BRASIL, 1990).

Isoladamente, a palavra equidade pode suscitar o entendimento diferente daquele ancorado como um dos princípios doutrinários do SUS. Segundo o Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa da Encyclopaedia Britannica do Brasil (1981b), equidade significa igualdade, justiça, retidão. Aplicando este conceito de forma pouco arraigada à saúde defendida pelo SUS, existe a possibilidade de interpretar que todos têm direito a receber os mesmos recursos e cuidados, em uma divisão igualitária. Todavia, a superficialidade de entregar exatamente o mesmo, genericamente, não atende as necessidades individuais cuja especificidade deve ser o fulcro para proporcionar aquilo que o sujeito carece.

Somando-se ao exposto acima, a importância de não embaralhar o significado de igualdade e equidade é digno de nota, visto que o objetivo geral é garantir que todos os indivíduos consigam atingir o mesmo patamar de bem-estar e qualidade de vida. Em linhas gerais essa diferenciação tem como base a premissa de ofertar mais para quem necessita mais. De modo mais sinóptico, persegue-se a igualdade através da equidade.

Acreditar que os usuários de drogas são um grupo homogêneo que aceitará a mesma proposta terapêutica e responderá uniformemente a ela denota convicção de certa forma incauta. Diretrizes são egrégias norteadoras no cuidado ao paciente, por se basearem em estudos e experiências, impedem que o planejamento e execução da assistência se distanciem do objetivo. Contudo não sedimentam formato férreo e estanque ao processo cuja maleabilidade é fundamental para o encaixe perfeito entre indivíduo e busca pela saúde. Amalgamar os fatores, sem extremas discrepâncias, constrói um caminho promissor para a conquista da equidade.

Voltando à discussão central desta seção, esta autora tem ciência que o atual trabalho possui limitações que impedem a elaboração de sugestões para responder as perguntas feitas, entretanto existe um desejo autêntico em contribuir para vindouros estudos e debates a fim de aprimorar a forma como se pratica o cuidado aos usuários de drogas.

## 6.2. Sobre a densidade de tratamento no CAPS AD III CRATOD

As variáveis independentes referentes à densidade de tratamento buscaram traduzir parte das práticas assistenciais desenvolvidas no CAPS AD III CRATOD. Em um panorama geral, os pacientes que passaram por avaliação psiquiátrica e odontológica apresentaram maiores chances de serem aderentes e permanecerem aderentes ao tratamento ao longo das semanas. Ademais, aqueles com uma média maior de participações em grupos por semana apresentaram maior chance de serem aderentes ao tratamento; e aqueles com pelo menos uma admissão no Setor de Observação apresentaram maiores chances de permanecerem aderentes ao longo das semanas em tratamento.

Os resultados encontrados no presente estudo sugerem que uma assistência multifacetada, respeitando a integralidade do cuidado ao paciente, corroborou uma maior permanência no tratamento. As quatro variáveis estudadas tentaram externar frações dos elementos que compunham as ações realizadas pelos profissionais das mais diversas categorias, ampliando a forma como o paciente era atendido. Assemelhando-se a construção de um mosaico, com peças díspares que conseguem transladar uma imagem quando dispostas associadamente, o sentido maior do tratamento surge diante da somatória dos esforços multiprofissionais, cujo resultado positivo materializa-se com uma maior adesão ao serviço.

BARBOSA e colaboradores (2015) selecionaram pacientes ativos por mais de seis meses em CAPS AD do interior do estado de São Paulo para aplicação da Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) validada para o Brasil por BANDEIRA e colaboradores em 2000. A maior satisfação derivou dos itens que avaliaram o acolhimento recebido e os vínculos estabelecidos com a equipe multiprofissional, valorizando a dinâmica nos grupos terapêuticos. De forma complementar vale expor que a permanência desses pacientes selecionados por mais de seis meses no CAPS AD pôde ser entendida como um dos aspectos ponderosos para caracterizar esta adesão ao tratamento como muito boa (PELISOLI e MOREIRA, 2005). Sinteticamente, uma adesão melhor qualificada concatena-se com um projeto terapêutico alicerçado por atividades grupais.

De forma símile, a importância das oficinas e grupos terapêuticos foi identificada não apenas por intermédio do comportamento dos pacientes do CAPS AD III CRATOD, sugerido pelos resultados quantitativos do presente estudo, como também reconhecida pelos profissionais atuantes no CRATOD. Examinando as

aproximações semânticas mais representativas do Núcleo Central referentes ao termo indutor TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD (Quadro 8: Representação Dendrítica das palavras/expressões evocadas através do indutor TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD), identifica-se *grupo*. Ademais, na representação dendrítica do mesmo termo indutor, a evocação *grupo* é a segunda com maior frequência (7,06%). Tais achados evidenciaram uma convergência do cenário estabelecido no CRATOD com o exposto pelo documento publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde acerca da relevância dos CAPS para a Saúde Mental no SUS (BRASIL, 2004). Segundo esta publicação as oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento nos CAPS visto sua contribuição positiva e destaque no cuidado ao usuário de drogas.

Cabe uma observação no tocante a realização de grupos e oficinas terapêuticas no CAPS AD III CRATOD, e o conseqüente mérito em sua valorização. Seria leviano atribuir uma maior permanência no tratamento apenas ao número de participações dos pacientes nessas atividades, visto que seus atributos e aptidão intervêm fortemente em uma melhor adesão à proposta assistencial. Embora o presente estudo não tenha diferenciado os tipos de grupos quanto a sua natureza, conforme explicitado no documento citado no parágrafo acima (BRASIL, 2004), entre oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda e oficinas de alfabetização, nem classificada a efetividade de cada categoria grupal no universo de pacientes do serviço, é meritório considerar a influência da forma como os profissionais entendiam e conduziam os grupos. HAINZ e COSTA-ROSA (2009), em seu relato acerca da construção de um espaço grupal em CAPS, refletiram sobre a significância de designar uma base teórica que solidificasse a estruturação do grupo e de pensar, a respeito dos pacientes, em termos de sofrimento psíquico e não como diagnósticos definidores. Essas reflexões apontam para uma qualificação das práticas grupais, aproximando-as do significado da palavra *terapêutico* com subjetividade singularizada e afastando-se do conceito de palestras na qual o sujeito (paciente) permanecia na posição de objeto passivo de intervenção, perdendo seu protagonismo (MEXTO e col., 2018).

A valorização da oferta de atendimento odontológico aos pacientes do CRATOD mostrou-se fundamental para o cuidado às PQUD. Diversas pesquisas têm relacionado, dentre os efeitos adversos do uso de drogas à saúde, manifestações orais como deterioração dentária, doenças periodontais e xerostomia, como observado por BAGHAIE e colaboradores (2017) e ROSSOW (2021) em seus

respectivos trabalhos de revisão da literatura. Estudos transversais desenvolvidos com pacientes de um CAPS AD em Salvador no estado da Bahia, identificaram que a cárie dentária (CURY e col., 2017) e as lesões da mucosa oral como úlceras traumáticas, queilite actínica e fissuras da raiz dentária (CURY e col., 2018) associavam-se positivamente com a dependência de crack e cocaína. Para além da atenção à saúde física, é significativo destacar que o sorriso tem vital importância para as relações pessoais, não apenas por princípios estéticos, mas também por ser uma forma de comunicação não verbal que muitas vezes assume um papel de receptividade e cordialidade nas conexões intrapessoais, sendo, ainda, parte marcante nas percepções e impressões em um primeiro contato social.

Considerando o contexto do CRATOD, com atuação de odontologistas e protético dentário, o atual estudo identificou uma maior chance de pacientes que passaram por avaliação odontológica serem aderentes e permanecerem aderentes ao longo do tempo, reforçando o reconhecimento e enaltecimento desta assistência por parte dos próprios usuários do serviço, sendo possível destacar a busca por alívio de dores agudas e/ou crônicas, tratamento de afecções às estruturas bucais e confecção de próteses dentárias. Em linhas gerais, as PQUD carecem de cuidado odontológico para saúde, bem-estar e recursos que possam ajudar no contato e reabilitação sociais.

Em uma revisão integrativa cuja temática abarcava a adesão ao tratamento, publicada em 2020, a prescrição de medicações e o vínculo estabelecido entre paciente e equipe multiprofissional foram pautados como fatores que afetavam positivamente na longitudinalidade do cuidado em CAPS AD (PEREIRA e col., 2020). Desmembrando os achados assentados acima, e refletindo sobre a intervenção medicamentosa, é possível associá-la à avaliação médica. NACAMURA e colaboradores (2022) através de abordagem qualitativa realizada com pacientes e seus familiares em um CAPS AD da região sul do país, encontraram, dentre as palavras mais representativas das ações ofertadas pelo serviço, *remédio* e *medicação*. Acrescenta-se o fato de ter passado por consulta médica agendada e/ou ter sido admitido no setor de Observação sugerirem maiores chances de o indivíduo permanecer no tratamento no CAPS AD III CRATOD, ciente de que esses dois parâmetros estiveram intimamente correlatos à figura médica e à prescrição medicamentosa. Fato também encontrado por FERREIRA e colaboradores (2015) na qual profissionais da área identificaram, no que se refere a fatores intrínsecos, que a

adesão sofre influência da prescrição medicamentosa. Cabe uma reflexão acerca das informações acima, ressaltada a cautela necessária ao se analisar tais achados a fim de evitar possíveis sofismas. É irrefutável que o tratamento não pode ser ancorado meramente ao pilar médico-medicamentoso, entretanto desconsiderá-lo pode privar o usuário de drogas de ser devidamente avaliado em parte de sua complexa gama de carecimentos. Assim sendo, a vertente biomédica é um dos sustentáculos do cuidado ao paciente, mas não o seu eixo axiomático.

Ao nos debruçarmos sobre a literatura, é perceptível a heterogeneidade na forma como a temática do atual estudo é abordada. Mais do que diversa, pode ser vista como colidente em alguns aspectos. Independente da perspectiva adotada, o vetorial resultante da operação, neste caso o cuidado ofertado ao usuário de drogas, torna-se mais consistente e próspero quando as forças envolvidas respeitam os diferentes saberes e, ao invés de focarem nas ideologias próprias diametralmente opostas, estabelecem diálogos saudáveis e complementares construindo uma assistência composta por peculiaridades sem protagonismos em suas práticas, em virtude da primazia do paciente.

Continuamente ao exposto acima, a composição necessária no processo de cuidado, deve ser fundada com peças moldáveis de acordo com as nuances do alicerce estrutural, que neste caso é o paciente. Para o perfeito encaixe, os fragmentos com suas propriedades de adaptabilidade, dependendo do cerne, podem variar em sutilezas no contorno, ângulos e tamanhos, sabendo-se, ainda, da alternância da preponderância no decorrer do momento em questão. O essencial é identificar as reais demandas do protagonista, não se baseando a convicções autocentradas.

Esta preocupação também abarca uma evitável, porém consuetudinária, situação, o paradoxo da integralidade parcial. A integralidade legitima o indivíduo como um sujeito complexo multifacetado com necessidades em seus diversos domínios vitais. O conceito de integralidade abrange o respeito ao significado amplo de saúde, não se limitando a simples condição de ausência de doença mediante ações curativas. Engloba a promoção de saúde, prevenção de doenças, práticas diagnósticas e terapêuticas e programa de reabilitação. Além disso, estima as necessidades pouco atribuídas à saúde nos campos sociais, culturais, econômico, políticos. Por conseguinte, a integralidade define-se como um dos princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 1990).

As afecções relacionadas ao uso de drogas devem ser abalizadas como crônicas. Assim sendo, essa cronicidade convoca o âmago da acepção de integralidade, com dedicação e olhar não apenas para as ações em resposta às situações agudizadas relacionadas, como também para ações que buscam conscientização, educação, preparação, reabilitação física e reinserção na sociedade. O conjunto dessas práticas deve ser fortalecida por meio da contribuição dos atributos de cada categoria profissional e confluência das experiências e dos saberes individuais, buscando uma maior potência e um equilíbrio na sustentação deste objetivo primordial que é alcançar a saúde.

Diante da realidade complexa dos usuários de drogas, esta definição pode adquirir contornos indistintos e obnubilados, proporcionando a existência de disparidades entre as diversas formas de consolidação e de ações voltadas aos pilares assistenciais. Como resultado existe a possibilidade de atribuir uma característica parcial à integralidade. Vale sublinhar que a composição tautócrona de todos os elementos que constituem o cuidado ao indivíduo em suas necessidades é imperiosa e formadora do SUS.

Ademais, e relembando os artigos citados no Quadro 14: *Listagem de estudos com análise comparativa investigando fatores relacionados à adesão ao tratamento*, os autores dos estudos norueguês e austríaco destacaram, em suas discussões, que seus altos índices de permanência no tratamento, respectivamente 61% em 2 anos e 65,8% em 18 meses, quando comparados a demais artigos europeus, foram decorrentes de um tratamento caracterizado por um estímulo ao início precoce, com ações visando facilitar o ingresso ao programa assistencial. Sublinharam, ainda, que sua proposta terapêutica foi orientada, principalmente, para a reabilitação consistindo tanto em intervenções não médicas direcionadas à moradia e outros aspectos psicossociais, quanto aos medicamentos de manutenção. É provável que a dimensão psicossocial valorizada nesses tratamentos possa ter contribuído para as altas taxas de adesão.

### **6.3. Sobre as relações com os pacientes**

O TALP foi ferramenta importante para sugerir, através da redução do filtro de censura, a forma como os profissionais atuantes no CRATOD compreendiam os dependentes químicos e o tratamento ofertado pelo CAPS AD III CRATOD. Essas



sugestões mostraram-se importantes visto que as concepções sobre os elementos com as quais se interage moldam as atitudes relativas a esses elementos.

Essa maneira de acessar o que os termos indutores representavam para os profissionais expôs estereótipos enraizados na forma de pensar coletivamente acerca do tratamento e, principalmente, dos pacientes. Uma explanação sobre o uso do termo paciente mostra-se pertinente. O Quadro de Quatro Casa, em conjunto com o gráfico do Questionário de Caracterização, indicou que a *aproximação semântica paciente* estava no núcleo central das representações sociais que os profissionais possuíam acerca do indutor *DEPENDENTE QUÍMICO*. Antes de problematizar tal indicação, é importante destacar que a perda do contorno nítido entre os conceitos desses termos é compreensível, dada a pesquisa em apresentação ter como base um serviço assistencial relacionado direto à área da Saúde e a sua executora ter formação biomédica. Assim sendo, o viés estabelece-se de forma indelével, sem necessidade de intrincar esta associação como estigmatizada. Sabidamente, a maior parte dos pacientes do CRATOD eram, de fato, dependentes químicos se adotarmos os critérios diagnósticos reconhecidos institucionalmente.

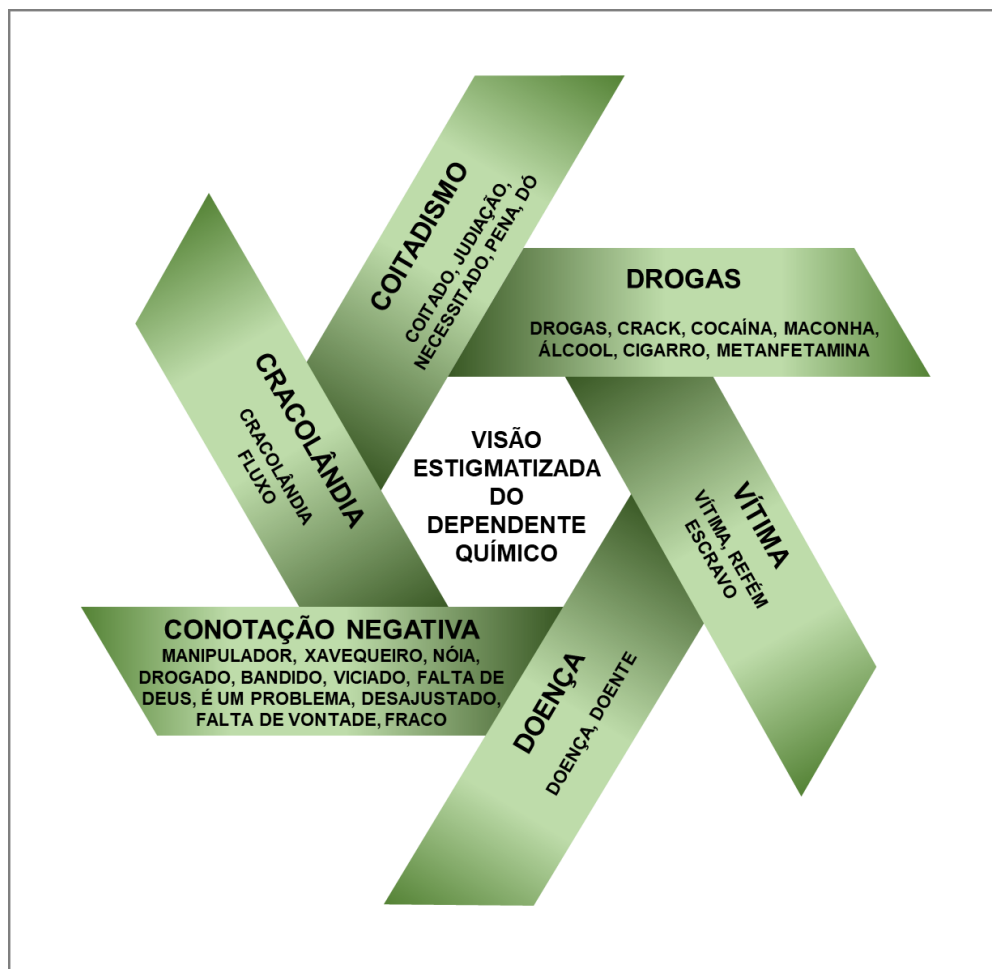
A mesma ponderação não pôde ser aplicada a outros termos evocados no TALP, como “noia”, “xavequeiro”, “manipulador”, “drogado” e “viciado”, dado que refletem, indubitavelmente, uma visão estigmatizada a respeito dos dependentes químicos, e conseqüentemente, de grande parcela das pessoas assistidas pelo CAPS AD III CRATOD. A presença da aproximação semântica *conotação negativa* não foi confirmada como destaque no núcleo central das representações sociais porque, por mais que tenha sido classificada como Provável Núcleo Central no Quadro de Quatro Casas, seu traçado no gráfico do Questionário de Caracterização foi praticamente horizontal. A curva horizontal indica que houve uma divisão igualitária entre o reconhecimento da aproximação semântica *conotação negativa* como pouco característica, intermediária ou característica do indutor *dependente químico*. Uma explicação plausível indica a não compreensão do significado de *conotação negativa* por parte dos participantes do questionário. Talvez a escolha dessa expressão, para representar as palavras listadas acima, não tenha se firmado como acertada.

Outrossim, VARGAS e colaboradores (2013), em seu trabalho sobre as representações sociais que enfermeiros atuantes em 13 CAPS AD do município de São Paulo possuíam sobre o dependente químico, encontraram resultados que convergem com o exposto no parágrafo acima. Evidenciaram que, na representação

social desses profissionais, os dependentes químicos eram manipuladores, responsáveis pela sua condição e sem limites. Os autores concluíram que essas concepções se assemelhavam com a de profissionais de serviços que não prestavam assistência a esta população, configurando um senso comum a toda a categoria profissional independente da sua área de atuação/ especialização. Além disso, completaram afirmando que se esperavam representações mais positivas acerca dos dependentes químicos.

Outra aproximação semântica que merece destaque é a palavra *drogas*. As evocações com essa classificação listavam as diferentes substâncias psicoativas de abuso. No que se refere ao indutor *DEPENDENTE QUÍMICO*, foi a aproximação semântica com o maior número de palavras/evocações. Tal realidade pôde ser entendida como uma objetificação dessas pessoas, estigmatizando-as como drogas. A evocação Cracolândia e fluxo também indicaram uma visão estereotipada sobre o dependente químico, cuja representação acaba o definindo como um local de uso de drogas.

Destacaram-se, ainda, palavras/expressões alusivas à vitimização e ao coitadismo dos dependentes químicos. O contexto no qual foram evocadas, aproxima essa população a uma percepção de passividade, na qual são apenas predicados e não sujeitos. A Figura 63 sintetiza as aproximações semânticas elaboradas com a raiz visão estigmatizada.



**Figura 65: Aproximações semânticas da raiz Visão Estigmatizada**

Mudando o ponto de vista, MELO e MACIEL (2016) publicaram um trabalho sobre as representações sociais que os dependentes químicos possuíam a respeito de usuários de drogas. A visão negativa sobressaiu-se através da evocação de palavras/ expressões que aludiam a duas frentes: (1) mau caráter e não confiável; e (2) vítima, doente, sem capacidade. Também se depararam com o termo drogas, concluindo uma despersonalização do usuário de drogas na perspectiva dos próprios. Identificam-se essas frentes na figura acima.

É inegável a similaridade, no tocante às representações sociais sobre dependentes químicos, entre os próprios e os profissionais que os assistem. A parecença identificada transparece a sociedade da qual todos participam. Ao se atribuir conotações negativas aos dependentes químicos de forma compartilhada, estabelece-se uma categorização que o estigmatiza com profundas raízes sociais.

Ainda sob o olhar dos dependentes químicos, e mantendo um paralelo com o conceito de sociedade, ao realizarem entrevistas e grupos focais com usuários de crack em cenas abertas de uso nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, KRAWCZYK e colaboradores (2015) destacaram como uma das principais temáticas trazidas nas falas desses usuários, o estigma e a marginalização a qual eram submetidos pelos integrantes da sociedade. Em suas elocuições, os usuários reconheceram serem definidos através de palavras com conotação negativa, associados principalmente com a criminalidade.

No TALP realizado com os profissionais do CRATOD, foram identificadas, com relação ao indutor *DEPENDENTE QUÍMICO*, as aproximações semânticas *crime* e *violência*, em uma esfera de adversidades. Achados que corroboram o trabalho citado acima. Em uma abordagem mais quantitativa, RIBEIRO e colaboradores (2006) identificaram, ao acompanharem 131 usuários de crack por 5 anos, que essa população possuía um risco maior de morte em comparação à população geral, e dentre as causas de óbito, apontaram os homicídios como uma das principais. O Quadro 17 sintetiza alguns trabalhos que apresentaram indicadores de marginalização socioeconômica dos usuários de drogas.

### Quadro 17: Listagem de estudos com indicadores de marginalização socioeconômica de usuários de drogas

ESTUDO	LOCAL	PARTICIPANTES	INDICADORES DE MARGINALIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA
RIBEIRO e col. 2006 Estudo Quantitativo Longitudinal	Acompanhamento, durante 5 anos, de pacientes que foram internados em serviço de desintoxicação São Paulo - SP	131 pacientes usuários de crack	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condenados por crime após alta: 49,6%</li> <li>• Mortes após os 5 anos de seguimento: 17,6%, sendo os homicídios a causa mortis mais prevalente</li> </ul>
VENTURA e col. 2022 Estudo Quali-Quantitativo	CAPS AD Ribeirão Preto - SP	111 pacientes usuários de drogas	<p>Maioria dos pacientes concorda em algum grau que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a maior parte da sociedade acredita que os usuários de drogas <b>não são confiáveis</b></li> <li>• a maior parte dos empregadores <b>não contratariam funcionários dependentes químicos</b></li> <li>• a maior parte da sociedade acredita que um homem usuário de drogas <b>é perigoso</b></li> </ul>
SANTOS CRUZ e col. 2013 Estudo Quantitativo Transversal	Cenas abertas de uso de crack Rio de Janeiro - RJ	81 pessoas usuárias de crack entre 18 e 24 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presos pela polícia no último ano*: 28,0%</li> <li>• Envolvidos com atividades criminais, nos últimos 30 dias: 11,0%</li> <li>• Realizaram atividades sexuais em troca de drogas, nos últimos 30 dias: 9,0%</li> </ul>
	Cenas abertas de uso de crack Salvador - BA	79 pessoas usuárias de crack entre 18 e 24 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presos pela polícia no último ano*: 56,0%</li> <li>• Envolvidos com atividades criminais, nos últimos 30 dias: 6,0%</li> <li>• Realizaram atividades sexuais em troca de drogas, nos últimos 30 dias: 11,0%</li> </ul>
MIGUEL e col. 2018 Estudo Quantitativo Transversal	Ambulatório de Especialidades São Paulo - SP	65 pacientes dependentes de crack	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dormiram na rua devido ao uso de crack: 64,6%</li> <li>• Moradores de rua: 23,1%</li> </ul>
KRAWCZYK e col. 2015 Estudo Qualitativo	Bairros pobres dos municípios de São Paulo - SP e Rio de Janeiro - RJ	38 pessoas usuárias de crack	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuários sentiam-se <b>estigmatizados</b>, e destacaram os termos utilizados pela sociedade para designá-los: "cracudo", "craqueiro", "noia"</li> <li>• Usuários destacaram que cresceram em ambientes onde o acesso às drogas era fácil, caracterizados como <b>comunidades pobres entremeadas pelo crime e violência</b></li> <li>• "Se estão no topo, nem nos dão oportunidade de trabalhar"</li> </ul>
OLIVEIRA e NAPPO 2008 Estudo Qualitativo	Amostragem por cadeias no município de São Paulo - SP	48 pessoas usuárias de crack e 17 pessoas ex-usuárias de crack	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistados relataram a realização de diversas <b>atividades ilícitas para que pudessem manter o uso de crack</b>: prostituição, prostituição compulsória, tráfico, roubos sequestros, venda de pertences próprios e de familiares, golpes financeiros</li> </ul>

\* Presos por: crimes relacionados à droga, crimes contra propriedades/ patrimônio, crimes violentos

Focando no quadro acima, três artigos (RIBEIRO e col., 2006; OLIVEIRA e NAPPO, 2008; SANTOS CRUZ e col., 2013) identificaram uma relação entre os usuários de drogas e práticas de atividades ilícitas criminais. VENTURA e colaboradores (2022), assim como KRAWCZYK e colaboradores (2015), destacaram que os usuários de drogas relataram não receber oportunidades de trabalho,

percebendo um movimento de exclusão e dificultando um movimento de melhora socioeconômica e reinserção social.

A Figura 66 apresenta um círculo vicioso cuja impossibilidade de definir uma linearidade causal, provoca uma retroalimentação contínua.



**Figura 66: Círculo vicioso do Estigma Social**

Expandindo as ponderações acerca da ideia de círculos viciosos que se estabelecem na sociedade e na coletividade para além do contexto abordado no

presente estudo, HARARI (2020), em sua obra sobre a história da humanidade, também identifica a formação desses círculos. Entretanto, ao invés de indicar a categorização das pessoas que usam drogas como díspares, observa hierarquias imaginadas com estigmatização de sujeitos segundo características sociodemográficas, econômicas e culturais, aproximando-se do exposto na seção 1. *Introdução*, mais precisamente no item 1.5.2. *Estigma*, no qual é salientado o trabalho de GOFFMAN (1978). Assim sendo, essa discriminação culmina em um rígido sistema social que sublinha a apartação de determinados sujeitos de acordo com desvios do padrão que a própria sociedade impõe sobre seus membros, reforçando sua marginalização com óbices à reabilitação e aceitação sociais.

GJERSING e colaboradores (2011), em seu estudo ecológico com delineamento transversal multicêntrico nacional cujo objetivo foi avaliar as diferenças na organização do tratamento de usuários de opioides entre os 14 centros regionais noruegueses, observaram que aqueles centros que atendiam as pessoas com maior uso de drogas (lícitas e ilícitas), apresentavam os maiores índices de desemprego, dependência de benefícios governamentais e dificuldade de reabilitação social; sugerindo, também, que a forma como o planejamento terapêutico foi organizado interferiu na adesão ao tratamento ofertado. Para além do tratamento, e acrescentando a essa discussão uma reflexão sobre o perfil dos pacientes, é curioso notar que, de forma semelhante ao círculo vicioso brasileiro, o estudo desenvolvido na Noruega também não conseguiu desvencilhar a relação causa e efeito: o baixo padrão socioeconômico, nesta conjuntura abrangendo menor escolaridade e menor capacidade financeira diante de índices significativos de pessoas sem atividade remunerada (SILVA e BRUNI, 2019), foi a raiz ou o fruto do uso mais substancial de drogas? Após releitura deste parágrafo, foi advéncio detectar o emprego de termos relacionados a plantas, especificamente ao ciclo de vida de uma árvore frutífera. Em um primeiro olhar, a raiz pode ser entendida como a origem de tudo, mas para que essa mesma raiz tenha se formado, precisou de uma semente, que é o cerne do fruto.

Sob ótica das relações entre profissionais e pacientes, mostra-se pertinente problematizar circunstâncias que dificultam os usuários de drogas de tornarem-se, de fato, pacientes assistidos pelos equipamentos de saúde. Um profissional que atua em serviços voltados ao cuidado dos usuários de drogas, por integrar, simultaneamente, diversos grupos sociais, é atravessado por valores e costumes compartilhados pela sociedade. O trespasse pode proporcionar entranhamento de valores e conceitos

nesse sujeito, cuja indivisibilidade faculta ações que transparecem certos estigmas internalizados. Esta observação pode contribuir para a percepção de discriminação que as PQUD sentem nesses serviços, afastando-os da oferta de cuidado.

Reconhecer os estigmas e representações sociais descritos até o momento, auxilia na identificação de fatores intervenientes na forma como o CRATOD acolhe, assiste e cuida de seus pacientes. Romper barreiras preconcebidas sobre essas pessoas, reverbera sobre a capacidade de compreensão e empatia dos profissionais, aumentando as chances de as PQUD sentirem-se aceitas sem julgamentos prévios e tornarem-se, de fato, pacientes aderentes ao tratamento.

Mas quebrar concepções são tarefas hercúleas, ainda mais quando realizadas de forma isolada. Faz-se importante os serviços participarem desse processo, estimulando trocas de saberes e novos aprendizados. ZOTESSO e colaboradores (2019) em trabalho quantitativo com profissionais de CAPS AD mineiros identificaram, como um dos temas centrais das entrevistas, a necessidade de qualificação da equipe, afirmando que uma qualificação insuficiente interfere negativamente nas relações terapêuticas, limitando o trabalho.

Reforça as afirmações de ZOTESSO e colaboradores (2019), a revisão integrativa da literatura feita por SANTANA e colaboradores (2018) a respeito da percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada ao dependente químico. Destacaram que os profissionais se sentiam despreparados para atuarem nos CAPS AD e possuíam pouco conhecimento com respeito a temática. Citaram, ainda, a falta de iniciativa dos próprios serviços em ofertar capacitação e treinamento, e a angústia ocasionada pela não valorização do seu trabalho.

Aproveitando a constatação imediatamente anterior sobre a angústia dos profissionais, mostra-se importante discutir outros resultados encontrados no TALP. Em ambos os indutores *DEPENDENTE QUÍMICO* e *TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD*, uma raiz extraída diz respeito a uma dubiedade entre profissionais e pacientes. O Quadro 18 relembra essas raízes.



### Quadro 18: Evocações com raiz semântica dúbia

EVOCAÇÕES	APROXIMAÇÃO SEMÂNTICA	RAÍZ SEMÂNTICA	INDUTOR
Amor(1), Alegria(1), Carinho(1)	AFETO(3)	DUBIEDADE ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE (74)	DEPENDENTE QUÍMICO
Esperança(2), Sonho(1), Solução(1), Novo Futuro(1), Recomeço(1), Mudança(1)	ESPERANÇA(7)		
Tristeza(12), Magoa(1)	TRISTEZA(13)		
Vergonha(2), Arrependimento(1)	VERGONHA(3)		
Frustração(2), Decepções(1)	FRUSTRAÇÃO (3)		
Sofrimento(12), Agonia(1), Angústia(5), Desespero(1), Medo(5), Dor(8), Impaciência(1), Machucado(1)	SOFRIMENTO (34)		
Sem Solução(2), Impotência(3), Difícil(5)	PESSIMISMO(10)		
Raivoso(1)	RAIVA (1)		
Persistência (1), Força (4), Guerra (1), Vontade (1), Batalha (1), Foco(5), Dedicção (2)	ESFORÇO (15)	DUBIEDADE ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE (24)	TRATAMENTO CAPS AD III CRATOD
Difícil (2), Paciência (3), Impaciência (1), Frustração (1), Problema (1)	DIFÍCIL (8)		
Capacidade (1)	CAPACIDADE (1)		

Valorizando o Diário de Campo, foi perceptível uma ambiguidade dos profissionais ao proferirem as evocações listadas no quadro acima. Diante do indutor *TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD*, a aproximação semântica *esforço* pode se referir (1) ao esforço que os pacientes precisavam fazer para se tratarem, ou (2) ao esforço do profissional para executar o tratamento. A mesma divisão aplica-se à *difícil* e *capacidade*. Dentre as aproximações semânticas do indutor *DEPENDENTE QUÍMICO*, optou-se por destacar *sofrimento* visto o número de evocações. Não ficou claro se o sofrimento era alusivo (1) ao dependente químico ou (2) ao profissional diante do dependente químico. Essas divisões obnubiladas sinalizaram que os profissionais estavam precisando de um olhar mais escrupuloso para indicar fragilidades relacionais, de saúde, conceituais e técnicas.

Não se pode esquecer a Representação Dendrítica relacionada aos sentimentos despertados em relação ao que o CRATOD estava passando no momento da realização do TALP. Rememorando o Quadro 7 *Representação Dendrítica das palavras/expressões evocadas através do indutor SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO QUE O CRATOD ESTÁ PASSANDO* e a Figura 59 *Representação metafórica do contexto na qual o TALP foi aplicado*, a predominância de sentimentos na esfera da tristeza, conferiu um ambiente mais propício para evidenciar essas

suscetibilidades. Acrescenta-se a isso um caráter pessimista e incerto que também emergiu naquela época. Durante o TALP com o indutor alusivo aos sentimentos, onze pessoas precisaram ser acolhidas por esta pesquisadora devido à instabilidade emocional que se instaurou durante o teste. Este fato fomentou a retratação do quão intrincado e custoso aquele período estava sendo para os profissionais.

Após o processo de escuta dos profissionais, e compilando as reflexões feitas acerca da falta de conhecimento sobre a temática, moldou-se a sugestão de apoiar e estimular a edificação de espaços de Educação Permanente nos serviços voltados para o atendimento dos usuários de drogas. Neste aspecto, uma experiência exitosa pôde ser vista por SILVA e KNOBLOCH (2016), em um CAPS AD de Campinas, São Paulo. Os autores apresentaram o processo de Educação Permanente dentro do serviço, através da realização de grupos focais com os profissionais. Dentre os benefícios listados destaca-se a influência que as análises coletivas de ideias preconcebidas e valores morais têm para a promoção de uma melhor assistência ao dependente químico.

Associando-se às conclusões de MICCAS e BATISTA (2014), em uma metassíntese da literatura, e as diretrizes divulgadas pelo Ministério da Saúde acerca Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (MS, 2014; MS, 2018), encontrou-se uma espinha dorsal de processos na qual se objetiva uma aprendizagem significativa a partir das vivências reais dos profissionais nos serviços onde atuam. Partindo da identificação de uma dificuldade, segue-se a problematização da circunstância, formulação de questionamentos, busca de informações sobre o assunto, debates entre os profissionais, propostas de soluções para esses problemas e transformação das práticas. Para a efetuação do encadeamento de processos, estimula-se a manutenção de espaços periódicos destinados aos profissionais a este fim. Esses espaços funcionam, também, como locais de compreensão e acolhimento da equipe com uma troca mútua de conhecimento e reflexões acerca de conceitos e atitudes.

Tal ambiente torna possível o desenvolvimento de discussões mais frutíferas beneficiando o grupo e as relações, além de aumentar a autoestima dos trabalhadores que certamente sentirão que o serviço acredita e investe na sua mão de obra, culminando em melhor desempenho e satisfação no trabalho. Em linhas gerais, ambiciona maior regozijo dos trabalhadores e melhor assistência ao paciente.

#### **6.4. Limitações e Dificuldades**

No decorrer do desenvolvimento do presente estudo, mais especificamente durante a coleta de dados, o CRATOD passou por instabilidades administrativas em âmbito governamental que culminou em sua extinção. A continuidade do cuidado aos usuários de drogas sucedeu com outro formato e sob nova coordenação, mas no mesmo prédio onde se situava o CRATOD. Assim sendo, a coleta foi abreviada e o desenho metodológico foi readequado. Nesse sentido, e tendo em vista a Etapa 1 de cunho quantitativo, as informações referentes aos pacientes foram obtidas, principalmente, por meio do Sistema S4SP de cadastro eletrônico, e não por meio dos prontuários físicos. Diante dessa realidade, as variáveis não foram tão precisas como planejado inicialmente, adequando-se aos dados contidos no Sistema S4SP. Foi perceptível a necessidade de maior detalhamento e subdivisões nas categorias das variáveis estudadas. Além disso, outras variáveis deveriam ter sido utilizadas para uma análise mais consistente, sobretudo referentes a parte clínica dos pacientes, destacando o padrão de uso. Considerando a fonte de dados alternativa, merece ênfase, como resultado desta adaptação, a dificuldade em estabelecer a casuística e a definição das variáveis dependentes. Essa adversidade atrasou a realização do projeto e aumentou as chances de imprecisões nos resultados. Independentemente desses infortúnios, houve um esforço extremado para minimizar possíveis vieses e qualificar o estudo em questão.

A Etapa 2 dos Métodos também sofreu mudanças. Além do número de TALPs aplicadas aos funcionários ser inferior ao planejado, as entrevistas com os pacientes não foram realizadas. Durante o período de turbulência, em suas últimas semanas, o CRATOD funcionou com regime de plantão nos setores de Pronto Atendimento e de Observação, significando que não ocorreram as atividades no setor do CAPS. Focando na execução do TALP, a participação dos funcionários também foi afetada. A maioria foi influenciada pelo cenário de incertezas, e diversos sentimentos surgiram durante a evocação das palavras. Para tentar traduzir o cenário que havia se estabelecido, criou-se um termo indutor para ilustrar essa profusão de emoções, não desconsiderando a influência da situação nos demais termos indutores. Entende-se ser impossível para os participantes desassociarem-se das circunstâncias.

Por último, e permitindo-me demonstrar menor academicismo, é ponderoso reconhecer como a substituição do CRATOD interferiu na maneira como eu fui elaborando este projeto. A realização do presente estudo foi possível porque o CRATOD foi o provedor fulcral das ações a serem compreendidas, traduzidas e aperfeiçoadas. Com a sua extinção, o desejo legítimo em contribuir com o serviço pareceu ter desvanecido, desenergizando a força motriz da pesquisa. Uma certa consternação foi esboçada durante a análise dos dados devido às revivescências que os dados despertaram. Mas, paulatinamente, outros sentidos para este estudo foram surgindo, através da possível contribuição com outros tantos serviços que, similarmente ao que o CRATOD fazia, prestam assistência aos usuários de drogas.

## 7. CONCLUSÃO

Afastando-se um pouco do conceito de aquiescência e aproximando-se da concepção de ligação, promover a adesão das PQUD ao cuidado ofertado pelos serviços é uma ação multidimensional que desafia as capacidades assistenciais. Contribuir com o adensamento dos estudos sobre o tema, buscando um beneficiamento da práxis voltada a essa população, consolidou o alicerce para o presente estudo. Assim sendo, por meio das práticas realizadas no CAPS AD III CRATOD e utilizando-se de dados e informações fornecidas pelo serviço e seus profissionais, procuramos contribuir com possíveis reflexões acerca da atenção prestada às PQUD, focando na exploração e avaliação de fatores envolvidos na adesão ao tratamento por meio de análises quantitativa e qualitativa.

No que tange ao perfil sociodemográfico dos pacientes, os resultados encontrados convergem, em parte substancial, com a literatura. O perfil predominante no CAPS AD III CRATOD foi de homens, entre 30 e 50 anos, negros, com baixa escolaridade, sem companheiro(a) e sem fonte de renda, características também identificadas em outros estudos voltados para a população de PQUD. Associadamente, pacientes mais jovens e sem atividade remunerada apresentaram mais chances de serem não aderentes e de se tornarem não aderentes ao longo das semanas em tratamento. As mulheres apresentaram uma tendência a serem não aderentes e a tornarem-se não aderentes ao longo do tratamento quando comparadas com os homens.

Entretanto, é importante destacar que, por mais que exista esse perfil prevaemente no universo de pacientes assistidos pelos CAPS AD, é inegável que o serviço ambulatorial do CRATOD contava com um considerável número de grupos específicos minoritários em comparação aos demais serviços, e por mais que esses grupos tenham sido responsáveis pela menor parcela de atendimentos totais, ainda se mostravam significativos e merecedores de atenção. Sabendo-se que particularizar as suas demandas influencia na qualidade com a qual se presta cuidado e culmina na maior adesão ao tratamento prestado, utilizou-se uma abordagem analítica a fim de observar possíveis associações entre características sociodemográficas e permanência no tratamento e suscitar sugestões sobre o cuidado a grupos diversos. E diante da reflexão sobre esses achados, foi possível eleger a seguinte pergunta: os

serviços são acessíveis e acolhedores a todos os usuários de drogas, ou suas práticas são seletivas para determinados subgrupos?

Tendo em vista a assistência ofertada, foi observado, no CAPS AD III CRATOD, que um projeto terapêutico mais consistente, contando com atendimentos multiprofissionais e com maior média de atividades grupais por semana, contribuiu para uma maior chance de os pacientes serem aderentes e permanecerem aderentes ao longo do tratamento. Ainda que as variáveis tenham representado um recorte de todas as ações realizadas no CAPS AD III CRATOD, foi possível conjecturar que atender as necessidades dos pacientes, valorizando a integralidade do cuidado, ampliou o vínculo das PQUD com os serviços e, conseqüentemente, aumentou a adesão ao tratamento ofertado. Ademais, as afecções relacionadas ao uso de drogas devem ser abalizadas como crônicas. Assim sendo, essa cronicidade convoca o âmago da aceção de integralidade, com dedicação e olhar não apenas para as ações em resposta às situações agudizadas relacionadas, como também para ações que buscam conscientização, educação, preparação, reabilitação física e reinserção na sociedade. O conjunto dessas práticas deve ser fortalecida por meio da contribuição dos atributos de cada categoria profissional e confluência das experiências e dos saberes individuais, buscando uma maior potência e um equilíbrio na sustentação deste objetivo primordial que é alcançar a saúde.

Os profissionais envolvidos na assistência a essas pessoas constituem outro pilar estrutural no processo de cuidado desse público. Para além das técnicas e conhecimento teórico, os estigmas desses profissionais sobre os pacientes e o tratamento influenciaram na forma como as ações e as relações se estabeleceram. Ao realizar a junção dos resultados encontrados no presente estudo com os dados da literatura, foi possível detectar similaridades no tocante às representações sociais sobre dependentes químicos, entre as próprias PQUD e os profissionais que as assistem. A parecença identificada transparece a sociedade da qual todos participam. Ao se atribuir conotações negativas aos dependentes químicos de forma compartilhada, estabelece-se uma categorização que o estigmatiza com profundas raízes sociais. Esse é um exemplo que alimenta o Círculo Vicioso do Estigma Social, que em linhas gerais mantém as PQUD marginalizadas com poucas oportunidades de reabilitação social.

Renteando o exposto no parágrafo anterior, a validação e o respeito à importância do pertencimento das PQUD a um grupo, formando uma égide social

reconhecida como um fator crucial na adesão ao tratamento, podem ser deslindados, dentre outros exemplos, por meio da religiosidade, que muitas vezes fornece um senso de ser integrante de uma comunidade de apoio, frequentemente oferecendo um ambiente solidário na qual os indivíduos podem compartilhar suas lutas, receber incentivo e encontrar compreensão sem julgamento.

Ainda na seara relacional, reconhecer os estigmas e as representações sociais descritos até o momento, auxilia na identificação de fatores intervenientes na forma como o CRATOD acolhe, assiste e cuida de seus pacientes. Romper barreiras preconcebidas sobre essas pessoas, reverbera sobre a capacidade de compreensão e empatia dos profissionais, aumentando as chances de os usuários de drogas sentirem-se aceitos sem julgamentos prévios e tornarem-se, de fato, pacientes aderentes ao tratamento.

Por fim, para mobilizar incipientes mudanças, foi sugerido que os serviços iniciem espaços de Educação Permanente, buscando estabelecer trocas de saberes, espaços de escuta e construção conjunta de reflexões a fim de aprimorar a forma como se faz o cuidado às pessoas que usam drogas.

## 8. REFERÊNCIAS

Abric JC. Specific process of social representation. *Papers on Social Representation*. 1996 [acesso em 13 de julho de 2022];5(1):77-80. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/284667199\\_Specific\\_Processes\\_of\\_Social\\_Representations](https://www.researchgate.net/publication/284667199_Specific_Processes_of_Social_Representations).

Almeira RA, Anjos UU, Vianna RPT, Pequeno GA. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa Saúde em Debate [Internet]. 2014 Jul [acesso em 23 de junho de 2023];38(102):526–38. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140049>.

Amundsen EJ, Jensen ALB, Rossow I. Patients admitted to treatment for substance use disorder in Norway: a population-based case–control study of socio-demographic correlates and comparative analyses across substance use disorders. *BMC Public Health*. 2022 Apr [acesso em 30 de junho de 2022];22(1):792. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13199-5>.

Baghaie H, Kisely S, Forbes M, Sawyer E, Siskind DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction*. 2017 May [acesso em 31 de janeiro de 2024];112(5):765-779. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/add.13754>.

Bandeira M, Silva MA da. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. *J bras psiquiatr [Internet]*. 2012 [acesso em 20 de novembro de 2023];61(3):124–32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000300002>.

Barbosa G, Oliveira M, Moreno V, Padovani C, Claro H, Pinho P. Satisfação de usuários num centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015 Dez [acesso em 20 de novembro de 2023];(14),31-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0103>.

Bardin L. Terceira Parte – Método. In: *Análise de Conteúdo*. 2. ed. São Paulo: Edições 70; 2016a. Páginas 123-171.

Bardin L. A Análise Categorical. In: *Análise de Conteúdo*. 2. ed. São Paulo: Edições 70; 2016b. Página 201.



Bardin L. A Análise da Expressão. In: Análise de Conteúdo. 2. ed. São Paulo: Edições 70; 2016c. Páginas 247-258.

Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional Sobre O Uso De Crack: Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2014 [acessão em 24 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>.

Batista L de SS, Constantino P. Perfil dos Usuários de Substâncias Psicoativas do CAPS AD em 2000 e 2009, Campos de Goytacazes- RJ. Perspectivas Online Biológicas e Saúde. 2012 Out [acesso em 05 de novembro de 2023];7(2):23-38. Disponível em: [https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas\\_e\\_saude/article/view/195](https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/195).

Bezerra E, Dimenstein M. CAPS and networking: constructing matricial support in basic health care. Psicologia: Ciência e Profissão. 2008 Dez [acesso em 12 de julho de 2022];28(3):632-645. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=pt&nrm=iso).

Blume SB. Chemical dependency in women: important issues. Am J Drug Alcohol Abuse. 1990 [acesso em 30 de outubro de 2023];16(3-4):297-307. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/00952999009001591>.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

Brasil. Lei Nº 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/103304/lei-5726-71>.

Brasil. Lei Nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=6368&ano=1976&ato=0e7oXRq50MnRVtd44>.

Brasil. Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

Brasil. Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm).

Brasil. Lei Nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo ministério da saúde, e dá outras providências. [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10409&ano=2002&ato=1eaATVE5ENNpWT620>.

Brasil. Lei Nº 11.754, de 23 de julho de 2008. Dispõe sobre a mudança do Conselho Nacional Antidrogas para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2008/lei/l11754.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/l11754.htm).

Brasil. Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Dispõe sobre aprova a Política Nacional sobre Drogas. [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm).

Breslow RA, Castle IP, Chen CM, Graubard BI. Trends in Alcohol Consumption Among Older Americans: National Health Interview Surveys, 1997 to 2014. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017 May [acesso em 30 de outubro de 2023];41(5):976-986. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acer.13365>.

Bukten A, Skurtveit S, Waal H, Clausen T. Factors associated with dropout among patients in opioid maintenance treatment (OMT) and predictors of re-entry. A national registry-based study. *Addict Behav*. 2014 Oct [acesso em 30 de outubro de 2023];39(10):1504-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.007>.

Burns L, Randall D, Hall WD, Law M, Butler T, Bell J, Degenhardt L. Opioid agonist pharmacotherapy in New South Wales from 1985 to 2006: patient characteristics and patterns and predictors of treatment retention. *Addiction*. 2009 Aug [acesso em 21 de outubro de 2023];104(8):1363-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02633.x>.

Busch M, Klein C, Uhl A, Haltmayer H, Cabanis M, Westenberg JN, Vogel M, Krausz RM. Retention in the Austrian opioid agonist treatment system: a national prospective cohort study. *Harm Reduct J*. 2021 Feb [acesso em 21 de outubro de 2023];18(1):25. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00473-9>.

Capistrano FC, Ferreira ACZ, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovani, MF. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enfermagem*. 2013 [acesso em 21 de outubro de 2023];18(3),468-474. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483649281007.pdf>.

Carlson RG, Sexton R, Wang J, Falck R, Leukefeld CG, Booth BM. Predictors of Substance Abuse Treatment Entry Among Rural Illicit Stimulant Users in Ohio, Arkansas, and Kentucky. *Substance Abuse*. 2010 Jan [acesso em 24 de junho de 2022];3(1);1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856131/>.

CEDEC-Centro de estudo de cultura contemporânea mapeamento das pessoas trans no município de São Paulo: relatório de pesquisa. Janeiro 2021. [acesso em 30 de novembro de 2023]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos\\_humanos/LGBT/A\\_nexoB\\_Relatorio\\_Final\\_Mapeamento\\_Pessoas\\_Trans\\_Fase1.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/LGBT/A_nexoB_Relatorio_Final_Mapeamento_Pessoas_Trans_Fase1.pdf).

Cesar BAL. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. *J bras psiquiatr [Internet]*. 2006 [acesso em 30 de novembro de 2023];55(3):208–11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000300006>.

Cordeiro DC, Laranjeira R. Tratamento Farmacológico e Desintoxicação do Uso Nocivo e Dependência de Álcool. In: Cordeiro DC, Figlie NB, Laranjeira R. *Boas Práticas no Tratamento do Uso e Dependência de Substâncias*. São Paulo (SP): Roca; 2007. Páginas 33-40.

Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002 Feb [acesso em 24 de junho de 2022];1(1):16-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>.

Cunha SM da, Araujo RB, Bizarro L. Profile and pattern of crack consumption among inpatients in a Brazilian psychiatric hospital. *Trends Psychiatry Psychother [Internet]*. 2015 Jul [acesso em 30 de novembro de 2023];37(3):126–32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0043>.

Cury PR, Oliveira MG, de Andrade KM, de Freitas MD, Dos Santos JN. Dental health status in crack/cocaine-addicted men: a cross-sectional study. *Environmental science and pollution research international*. 2017 Jan [acesso em 31 de janeiro de 2024];24(8):7585–7590. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11356-017-8404-z>.

Cury PR, Araujo NS, das Graças Alonso Oliveira M, Dos Santos JN. Association between oral mucosal lesions and crack and cocaine addiction in men: a cross-sectional study. *Environmental science and pollution research international*. 2018 Mai [acesso em 31 de janeiro de 2024];25(20):19801–19807. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11356-018-2120-1>.

Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa Mirador Internacional. 5ª edição. São Paulo (SP): Encyclopaedia Britannica do Brasil; 1981a. ADESÃO. Página 55.

Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa Mirador Internacional. 5ª edição. São Paulo (SP): Encyclopaedia Britannica do Brasil; 1981b. EQUIDADE. Página 698.

Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa Mirador Internacional. 5ª edição. São Paulo (SP): Encyclopaedia Britannica do Brasil; 1981c. ESTIGMA. Página 748.

Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Caderno de Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 23 de junho de 2022];24:S545- S557. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001600007>.

Farias L, Bernardino Í de M, Madruga RCR, d'Avila S, Lucas RS de CC. Atitudes e práticas de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família quanto à abordagem aos usuários de drogas no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019 Oct [acesso em 15 de novembro de 2023];24(10):3867–78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.16772017>

Feltre R. A evolução dos modelos atômicos. In: Feltre R. *Química Geral volume 1*. 5ª edição revisada e ampliada. São Paulo (SP): Editora Moderna; 2000. Páginas 87-91, 103 e 104.

Fernandes AAT, Figueiredo Filho DB, Rocha EC da, Nascimento W da S. Read this paper if you want to learn logistic regression. *Rev Sociol Polit* [Internet]. 2020 [acesso em 17 de novembro de 2023];28(74):006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987320287406en>.

Fernandes S. Trajetórias religiosas de jovens sem religião – algumas implicações para o debate sobre desinstitucionalização. *Interseções*. 2018 Dez [acesso em 20 de outubro de 2023];20(2):369-387. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/intersecoes/article/view/39029/27508>.

Fernandes SS, Marcos CB, Kaszubowski E, Goulart LS. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. *Cadernos Saúde Coletiva* [online]. 2017 Abr/Jun [acesso em 14 de julho de 2022];25(2):131-137, abril/junho, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700020268>.

Ferreira ACZ, Borba LO, Capistrano FC, Czarnobay J, Maftum MA. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. *REME Rev. Min. Enfermagem*. 2015 Jun [acesso em 30 de outubro de 2023];19(2):150-156. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v19n2/v19n2a12.pdf>.

Ferreira SRS, Blum JLR. As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [Internet]. 2000 [acesso em 27 de junho de 2022];21(número especial):5-14. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/23482>.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. II Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2017 [acesso em 23 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>.

Franco MLPB. *Análise de conteúdo*. 3ª edição. Brasília: Líber Livro, 2008.

Gjersing L, Waal H, Røislien J, Gossop M, Clausen T. Variations in treatment organisation, practices and outcomes within the Norwegian Opioid Maintenance Treatment Programme. *Norsk Epidemiologi*. 2011 Dec. [acesso em 30 de outubro de 2023];21(1):113-118. Disponível em: <https://doi.org/10.5324/nje.v21i1.1434>.

Goffman E. *Estigma e Identidade Social*. In: *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª edição. Rio de Janeiro: LTC; 2008. Páginas 11-50.

Grønnestad TE, Sagvaag H, Lalander P. Interaction rituals in an open drug scene. *Nordisk Alkohol Nark*. 2020 Feb [acesso em 05 de junho de 2022];37(1):86-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1455072519882784>.

Hainz CG, Costa-Rosa A. A oficina terapêutica como intercessão em problemáticas de sujeitos constituídos por forclusão. *Psicol Estud* [Internet]. 2009 Apr [acesso em 10 de novembro de 2023];14(2):405–12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/SpzFttHzLvGB6GdRrCJshTr/>.

Harari YN. *Sapiens: uma breve história da humanidade*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2020. Páginas 153-159.

Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride: Are the differences myth or reality? *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 1996 [acesso em 15 de novembro de 2023];276(19):580–1588. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.276.19.1580>.

Jodelet D. Representations sociales: un domaine en expansion. In: *Les Representations Sociales*. Paris: Presses Universitaires de France; 2003. Páginas 45-78.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2010 Mar [acesso em 10 de novembro de 2023];35(1):217–238. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>.

Krawczyk N, Veloso Filho CL, Bastos FI. The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. *Harm Reduction Journal*. 2015 Aug [acesso em 30 de outubro de 2023];12:24. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12954-015-0059-9>.

Latorre MRDO. Comparação entre alguns métodos estatísticos em Análise de Sobrevida: aplicação em uma coorte de pacientes com câncer de pênis. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 1996 [acesso em 27 de outubro de 2023]. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-12112014-153823/publico/DR\\_285\\_Latorre\\_1996.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-12112014-153823/publico/DR_285_Latorre_1996.pdf).

Lima APM, Alcene Leite D, Kaori Iwasaki G, Ellen N. O perfil do usuário do CAPS AD na cidade de Lages - SC: The CAPS AD user profile ad in the city of Lages - SC. *Cad. Bras. Saúde Ment.* [Internet]. 2023 Jun [acesso em 27 de novembro de 2023];15(43):71-93. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/78942>.

Monteiro CF de S, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IE de M, Silva MG da, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 Jan [acesso em 30 de outubro de 2023];15(1):90–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100013>.

Lingford-Hughes AR, Welch S, Nutt DJ; British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2004 Sep [acesso em 29 de outubro de 2023];18(3):293-335. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/026988110401800321>.

Melo JRF. Representações sociais de dependentes químicos acerca do crack, do usuário de drogas e do tratamento. Dissertação [Mestrado em Psicologia Social]. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes; 2013 [acesso em 10 de julho de 2022]. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/71113?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/71113?locale=pt_BR).

Melo JRF, Maciel SC. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. Psicol cienc prof [Internet]. 2016 Jan [acesso em 10 de julho de 2022];36(1):76–87. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000882014>.

Melo LS. Dificuldades para adesão ao tratamento em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: perspectiva do usuário. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado em Ciências]. Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; 2020 [acesso em 24 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-30062020-142819/pt-br.php>.

Mendes RM, Miskulin RGS. A análise de conteúdo como uma metodologia. Cad Pesqui [Internet]. 2017 Jul [acesso em 12 de julho de 2022];47(165):1044–66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198053143988>.

Mesquida MM, Fuente JA, Lorca AMA, Pillasagua IA, Blanco EB, Vidal SG, Reyes SP, Iparraguirre PG, Gombau GS, Monserrat PT. Primary care records of chronic-disease patient adherence to treatment. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 [acesso em 12 de julho de 2022];18(7):3710. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073710>.

Mexko S, Nebelli SJ, Costa-Rosa A. A Oficina Terapêutica como dispositivo de cuidar-se no CAPS. Psicologia, Políticas Públicas e Desafios em Tempos Sombrios. VII Congresso Internacional de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá. Junho 2018.

Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. Escola Anna Nery [online]. 2011 Mar [acesso em 01 de julho de 2022];15(1):90-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100013>.

Moos RH, Moos B S. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. Addiction. 2003 [acesso em 30 de outubro de 2023];98(3):325-338. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00327.x>

Moscovici S. História e a atualidade das representações sociais. In: Representações Sociais: investigações em Psicologia Social. 5ª edição. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007. Páginas 167-212.

MS - Ministério da Saúde. Portaria N° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a criação dos Centros de Atenção Psicossocial [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).

MS - Ministério da Saúde. Portaria N° 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 [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html).

MS - Ministério da Saúde. Portaria N° 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) financeiros [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615\\_15\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html).

MS - Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) financeiros [acesso em 14 de julho de 2022]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html).



MS - Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde. Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. Brasília. 2014.

MS - Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília. 2018.

Miccas FL, Batista SHS da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014 Feb [acesso em 18 de novembro de 2023];48(1):170–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>.

Miguel QCA, Madruga CS, Cogo-Moreira H, Yamauchi R, Simões V, Da Silva CJ, Abdalla RR, McDonell M, McPherson S, Roll JM, Jair J, Mari JJ, Laranjeira RR. Sociodemographic Characteristics, Patterns of Crack Use, Concomitant Substance Use Disorders, and Psychiatric Symptomatology in Treatment-Seeking Crack-Dependent Individuals in Brazil, Journal of Psychoactive Drugs. 2018 [acesso em 20 de julho de 2023];50(4):367-372. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02791072.2018.1436729>.

Miot HA. Análise de Sobrevivência em estudos clínicos e experimentais. Jornal Vascular Brasileiro. 2017 Out/Dez [acesso em 03 de outubro de 2023];16(4):267-269. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.001604>.

Nacamura PAB, Salci MA, Coimbra VCC, Jaques AE, Piratelli Filho MB, Pini J dos S. Avaliação de quarta geração em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Esc Anna Nery [Internet]. 2022 [acesso em 10 de novembro de 2023];26:e20210302. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0302>

Nascimento LA do, Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. Hist cienc saude-Manguinhos [Internet]. 2019 Jan [acesso em 27 de junho de 2022];26(1):103–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>.

Nascimento LEF do, Dantas JMLF, Fonseca IAC da. Factors associated with abandonment of alcohol and other drugs treatment in street residents. RSD [Internet]. 2021 Dec [acesso em 27 de junho de 2022];10(16):e178101623826. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23826>.

O'Connor AM, Cousins G, Durand L, Barry J, Boland F. Retention of patients in opioid substitution treatment: A systematic review. PLoS One. 2020 May [acesso em 20 de junho de 2022];15(5):e0232086. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232086>.

Oka M, Laurenti C. Entre sexo e gênero: um estudo bibliográfico-exploratório das ciências da saúde. Saude soc [Internet]. 2018 Jan [acesso em 23 de outubro de 2023];27(1):238–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170524>.

Oliveira LG de, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Rev Saúde Pública [Internet]. 2018 Ago [acesso em 24 de outubro de 2023];42(4):664–71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000039>

Paiva FS de, Ferreira ML, Martins MZF, Barros SLC de F, Ronzani TM. A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. Psicol Soc [Internet]. 2014 Sep [acesso em 10 de julho de 2022];26(3):696–706. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300018>.

Peixoto C, Prado CH de O, Rodrigues CP, Cheda JND, Mota LBT da, Veras AB. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). J bras psiquiatr [Internet]. 2010 [acesso em 27 de junho de 2022];59(4):317–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400008>.

Pelisoli C da L, Moreira ÂK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. Rev psiquiatr Rio Gd Sul [Internet]. 2005 Sep [acesso em 30 de outubro de 2023];27(3):270–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000300006>.

Pereira MR, Amaral SA, Tigre VA, Batista VS, Brito JR, Santos CR. Adesão ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas: uma revisão integrativa / Adherence to the treatment of users of alcohol and other drugs: an integrative review. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2020 Jun [acesso em 27 de novembro de 2023];3(3):6912-24. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/12195>

Polli G, Wachelke J. Confirmação de Centralidade das Representações Sociais pela Análise Gráfica do Questionário de Caracterização. Temas em Psicologia, Ribeirão Preto (SP). 2013 Jun [acesso em 14 de julho de 2022];21(1):97-104. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-07>.

Possato RAM. Fatores associados à adesão ao tratamento em portadores de transtorno por uso de álcool e/ou outras drogas: um estudo longitudinal. Botucatu. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho” Faculdade De Medicina; 2021 [acesso em 24 de junho de 2022].

Disponível em:

[https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/204184/possato\\_ram\\_dr\\_bot\\_int\\_sub.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/204184/possato_ram_dr_bot_int_sub.pdf?sequence=8&isAllowed=y).

Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *The American Journal Of Cardiology*. 1993 Sep [acesso em 24 de junho de 2022];72(10):68D-74D.

Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(93\)90014-4](https://doi.org/10.1016/0002-9149(93)90014-4).

Reis L F. Adesão aos dependentes de drogas psicoativas ao tratamento em CAPSs Ad. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Ciências]. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2016 [acesso em 24 de junho de 2022].

Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/41871/2016-0014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Ren J, Ning Z, Asche CV, Zhuang M, Kirkness CS, Ye X, Fu J, Pan Q. Trends and predictors in methadone maintenance treatment dropout in Shanghai, China: 2005–2011, *Current Medical Research and Opinion*. 2013 [acesso em 10 de novembro de 2023];29(7):731-738. Disponível em: <https://doi.org/10.1185/03007995.2013.796284>.

Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo SA. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *J bras psiquiatr [Internet]*. 2010 [acesso em 15 de novembro de 2023];59(3):210–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300007>

Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Braz J Psychiatry [Internet]*. 2006 Sep [acesso em 10 de novembro de 2023];28(3):196–202. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300010>.

Ribeiro M, Duailibi S, Frajzinger R, Alonso ALS, Marchetti L, Williams AV, Strang J, Laranjeira R. The Brazilian ‘Cracolândia’ open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. *Addiction*. 2016 Apr [acesso em 10 de junho de 2022];111(4):571-573. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/add.13151>.

Ribeiro M. O território da Luz e a “cracolândia”. In: Zoldan LGV e Ribeiro M. *CRATOD 15 anos: Uma proposta de cuidado ao Dependente Químico*. São Paulo (SP): Imprensa Oficial Governo do Estado de São Paulo; 2017. Páginas 19-26.

Ribeiro M, Perrenoud LO, Frajzinger R, Alonso ALS, Palma, Sonia S, Barbosa AP. Centro de referência de álcool, tabaco e outras drogas: seis anos de uma

intervenção. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2021 [acesso em 20 de novembro de 2023];17(3):27-36. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.169813>

Rodrigues AS, Oliveira JF, Suto CSS, Coutinho MPL, Paiva MS, Souza SS. Cuidado a mulheres envolvidas com drogas: representações sociais de enfermeiras. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. Volume 70, número 1, páginas 71-78, janeiro/fevereiro, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0339>. Acesso em 10 de julho de 2022.

Rodrigues LSA, Sena ELS, Silva MD, Carvalho PL, Amorim CR. Perfil dos usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial-álcool e drogas. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE. 2013 [acesso em 30 de outubro de 2023];7(8):5191-97. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i8a11792p5191-5197-2013>.

Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro. 2010 [acesso em 05 de junho de 2022];59(4):326-332. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400010>.

Rossi CCS, Tucci AM. Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. Psicologia & Sociedade. [Internet]. 2020 [acesso em 10 de julho de 2022];32:e170161. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32i170161>.

Rossow I. Illicit drug use and oral health. Addiction. 2021 Nov [acesso em 31 de janeiro de 2024];116(11):3235–3242. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/add.15360>.

Sá CP. Representações Sociais: Teoria e Pesquisa do Núcleo Central. Temas em Psicologia. 1996 Dez [acesso em 13 de julho de 2022];4(3):19-33. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1996000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1996000300002).

Sant'Anna HC. openEvoc: um programa de apoio à pesquisa em Representações Sociais. In: Anais do VII Encontro Regional da ABRAPSO - Regional Espírito Santo. Psicologia Social: Desafios Contemporâneos. GM Editora. 2012 May [acesso em 09 de julho de 2022];94-103. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/235430651\\_openEvoc\\_UM\\_PROGRAMA\\_DE\\_APOIO\\_A\\_PESQUISA\\_EM\\_REPRESENTACOES\\_SOCIAIS](https://www.researchgate.net/publication/235430651_openEvoc_UM_PROGRAMA_DE_APOIO_A_PESQUISA_EM_REPRESENTACOES_SOCIAIS).

Santana RT, Miralles NCW, Alves JF, Santos V Ávila dos, Vinholes U, Silveira DS da. Perfil dos usuários de CAPS-AD III/ Profile of users of a psychosocial Care Center. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2020 Fev [acesso em 27 de novembro de 2023];3(1):1343-57. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/7228>

Santos JAT, Oliveira MLF de. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico [Public policies on alcohol and other drugs: a brief historical rescue]. Saúde e Transformação Social. [Internet]. 2013 Fev [acesso em 30 de outubro de 2023];4(1):82-9. Disponível em:

<https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1909>.

Santos Cruz M, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Villar LM, Tiesmaki M, Fischer B. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. The International journal on drug policy. 2013 Sep [acesso em 27 de novembro de 2023];24(5):432-8. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.03.012>.

São Paulo. Decreto Nº 46.860, de 25 de junho de 2002. Dispõe sobre a criação do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD [acesso em 20 de junho de 2022]. Disponível em:

<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2002/decreto-46860-25.06.2002.html>.

São Paulo. Decreto Nº 57.775, de 7 de fevereiro de 2012. Dispõe sobre o funcionamento ininterrupto do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD [acesso em 20 de junho de 2022]. Disponível em:

<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2012/decreto-57775-07.02.2012.html>.

São Paulo. Decreto Nº 59.164, de 9 de maio de 2013. Institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas [acesso em 20 de junho de 2022]. Disponível em:

<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2013/decreto-59164-09.05.2013.html>.

São Paulo. Decreto Nº 61.674, de 02 de dezembro de 2015. Dispõe sobre a reorganiza do "Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack - Programa Recomeço", que passa a denominar-se "Programa Estadual de Políticas sobre Drogas - Programa Recomeço: uma vida sem drogas" [acesso em 20 de junho de 2022]. Disponível em:

<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2015/decreto-61674-02.12.2015.html>.

Silva DLS e, Knobloch F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 Apr [acesso em 30 de outubro de 2023];20(57):325–35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0061>.

Silva ED, Camargo BV, Padilha IM. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2011 [acesso em 10 de julho de 2022];64(5):947-951. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500022>.

Silva WA de O, Bruni AL. Variáveis socioeconômicas determinantes para a transparência pública passiva nos municípios brasileiros. Revista De Administração Pública. 2019 Mar [acesso em 06 de fevereiro de 2024];53(2):415–431. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170383>.

Teixeira MTB, Faerstein E, Latorre M do R. Técnicas de análise de sobrevivência. Cad Saúde Pública [Internet]. 2002 May [acesso em 27 de outubro de 2023];18(3):579–94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300003>.

Trevisan ER, Castro S de S. Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas: perfil dos usuários. Saúde debate. 2019 Abr [acesso em 30 de outubro de 2023];43(121):450–63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912113>.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2005 [acesso em 27 de junho de 2022];39(3):507-514. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>.

UNODC – United Nations Office on Drug and Crime. World Drug Report 2021 [acesso em 24 de junho de 2022]. Disponível em: [https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21\\_Booklet\\_2.pdf](https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_2.pdf).

Vargas D de, Bittencourt MN, Rocha FM, Oliveira MAF de. Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 Abr [acesso em 29 de outubro de 2023];17(2):242–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200006>.

Vargens RW, Cruz MS, Santos MA dos. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. Rev

Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 Mai [acesso em 30 de outubro de 2023];19(spe):804–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700019>

Ventura CAA, Carrara BS, Fernandes RHH, Bobbili SJ, Eugênio SJ, de Ávila Domingos SG, Ferreira PS. General Beliefs About Illicit Drug Use and Stigma: Perspective of People Who Use Illicit Drugs. *Community mental health journal*. 2022 [acesso em 30 de outubro de 2023];58(7):1346-1353. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10597-022-00944-8>.

Vergès P. L'analyse des représentations sociales par questionnaires. *Revue française de sociologie*. 2001 Jul/Sep [acesso em 13 de julho de 2022];42(3):537-561. Disponível em: [https://www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_2001\\_num\\_42\\_3\\_5373](https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2001_num_42_3_5373).

Viggiari Júnior E. Bom Retiro: imagens, culturas e identidades. Dissertação [Mestrado em Ciências da Comunicação]. Universidade de São Paulo. Instituto de Matemática e Estatística; 2016 [acesso em 24 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/27/27152/tde-09032017-142226/publico/EDSONVIGGIANIJUNIOR.pdf>.

Vitolins MZ, Rand CS, Rapp SR, Ribisl PM, Sevick MA. Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled clinical trials*. 2000 Oct [acesso em 24 de junho de 2022];21(5 Suppl):188S-94S. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0197-2456\(00\)00077-5](https://doi.org/10.1016/s0197-2456(00)00077-5).

Wachelke J, Wolter R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para representações Sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2011 Dez [acesso em 07 de julho de 2022];27(4):521-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017>.

Wachelke J, Wolter R, Rodrigues Matos F. Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. *Liberabit* [Internet]. 2016 [acesso em 07 de julho de 2022];22(2):153-160. Disponível em: [http://www.scielo.org/pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272016000200003&lng=es&tlng=pt..](http://www.scielo.org/pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272016000200003&lng=es&tlng=pt..)

WHO - World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO, 2003 [acesso em 24 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003>.

Zotesso MC, Marques LO, Paiva SMA. Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas: práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde [Internet]. 2019 Mar [acesso em 30 de outubro de 2023];8(1):8-16. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2220>.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A: Resumo Executivo

Resumo Executivo: Análise da **adesão** dos pacientes usuários de drogas ao tratamento ofertado pelo CAPS AD III CRATOD

Introdução: Garantir o direito à saúde, proporcionando cuidado às pessoas que usam drogas, constitui-se tarefa desafiadora para os equipamentos assistenciais e seus profissionais. Dentre a natureza multifacetada relacionada a este cuidado, a adesão ao tratamento destaca-se como um dos processos mais complexos e difíceis para se alcançar. O Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD) foi uma instituição cujo cerne baseava-se na prestação de assistência qualificada a este público. Mesmo dispondo de estrutura física e humana privilegiadas, o setor ambulatorial do CRATOD (CAPS AD III CRATOD) defrontou-se com indícios da dificuldade em manter a longitudinalidade do cuidado aos pacientes. Assim sendo, esta questão estimulou a elaboração do presente estudo, cujo objetivo foi analisar fatores que pudessem influenciar na adesão e continuidade do tratamento.

Parte 1: Para este propósito, estruturou-se a pesquisa em duas partes, a primeira considerou os dados provenientes dos documentos institucionais, tais como prontuários e relatórios, averiguando: (1) o perfil sociodemográfico dos pacientes, mais precisamente a idade, o gênero, a raça/cor da pele, o estado civil, a escolaridade, a atividade remunerada, a religião e a nacionalidade; (2) a densidade do tratamento ofertado, por meio dos atendimentos médicos, atendimentos odontológicos, necessidade de admissão no setor de Observação e a participação em grupos e atividades terapêuticas; e (3) qual a situação do paciente com relação ao CAPS AD III CRATOD (aderente ou não-aderente). Com essas informações foi possível verificar a associação entre a adesão ao tratamento ofertado pelo CAPS AD III CRATOD e os perfis dos pacientes. Após as análises estatísticas, os resultados apontaram que ser mais jovem, estar sem atividade remunerada, não passar por ao menos um atendimento médico agendado e não passar por ao menos um atendimento odontológico foram características que apresentaram, significativamente, mais

chances de serem não aderentes e de tornarem-se não aderentes em menor tempo ao longo do tratamento.

Parte 2: Os profissionais envolvidos na assistência às pessoas que usam drogas constituem um dos pilares estruturais no processo de cuidado desse público. Para além das técnicas e conhecimento teórico, os estigmas desses profissionais sobre os pacientes e o tratamento influenciam na forma como as ações e as relações se estabeleceram. Dessarte, a segunda parte do estudo esquadrinhou possíveis estigmas desses profissionais acerca de elementos constituintes do trabalho no CAPS AD III CRATOD. Assim sendo, para esta investigação, optou-se por realizar um teste com os trabalhadores do CRATOD (Teste de Associação Livre de Palavras), que visava fazer emergir espontaneamente associações relativas a palavras/expressões apresentadas. As palavras/expressões utilizadas foram *tratamento no CAPS AD III CRATOD* (retratando a ação do trabalho) e *dependente químico* (retratando quem recebe a ação do trabalho). As respostas foram analisadas e sugeriram, dentre outros aspectos, uma visão estigmatizada dos pacientes, associando-os a estereótipos enraizados na sociedade, tais como conotações negativas (“nóia”, “drogado”, “perdido”), “coitadismos” (“coitado”, “pena”, “dó”), vitimização (“vítima”, “refém”, “escravo”) e definindo-os como drogas (“cocaína”, “crack”, “maconha”) e locais de uso “Cracolândia”, “fluxo”).

Conclusões: Foi possível compreender que fatores de natureza diversa contribuíram para a adesão ao tratamento, envolvendo o processo de trabalho e os agentes participantes (pacientes e profissionais). Levantaram-se questionamentos sobre a acessibilidade e acolhimento dos serviços às pessoas que usam drogas, sobre a importância de respeitar a integralidade do cuidado e sobre os estigmas negativos dos profissionais a respeito dos dependentes químicos e do tratamento.

Sugestões: Como sugestão, buscando contribuir para uma melhor assistência às pessoas que usam drogas, foi proposta a criação de espaços (Educação Permanente) nos quais os profissionais possam aprender mais, compartilhar conhecimentos e lidar com possíveis dificuldades emocionais. Tal ambiente torna possível o desenvolvimento de discussões mais frutíferas beneficiando o grupo e as relações, além de aumentar a autoestima dos trabalhadores que certamente sentirão que o

serviço acredita e investe na sua mão de obra, culminando em melhor desempenho e satisfação no trabalho. Em linhas gerais, ambiciona maior regozijo dos trabalhadores e melhor assistência ao paciente.

Considerações Finais: Este sumário forneceu uma visão abrangente das descobertas do estudo, destacando a complexidade do desafio enfrentado pelo CAPS AD III CRATOD e as implicações para aprimorar a qualidade do cuidado oferecido a pessoas que usam drogas.

## APÊNDICE B: Formulário para aplicação da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)

**FORMULÁRIO PARA APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**  
Funcionários do CRATOD

Formulário Nº: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

Data da Coleta de dados: \_\_\_\_\_

Sítio funcional:

Assistencial  
CAPS AD III CRATOD

Técnico Operacional e  
Administrativo

PALAVRAS

Indutor: DEPENDENTE QUÍMICO

1ª palavra

2ª palavra

3ª palavra

4ª palavra

5ª palavra

Indutor: TRATAMENTO NO CAPS AD III CRATOD

1ª palavra

2ª palavra

3ª palavra

4ª palavra

5ª palavra

## APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO CRATOD: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO”, realizada pela profissional NATALI MAIUMI HIGASHI MARCONI. Esta pesquisa tem como objetivo identificar e entender as dificuldades que os pacientes encontram para manter o tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CAPS AD III CRATOD). Depois, com base nos resultados obtidos na pesquisa, serão propostas melhorias no tratamento ofertado pelo serviço, buscando benefícios a todos os usuários. Assim, este convite está sendo feito para todos os funcionários que atuam nos setores: assistencial do CAPS AD III CRATOD; técnico operacional do CRATOD; e administrativo do CRATOD.

A participação ocorrerá através de teste de associação livre de palavras, na qual o (a) participante terá que elencar as cinco primeiras palavras ou expressões que lhe venham imediatamente à lembrança após apresentação de um estímulo indutor dado pela pesquisadora. Ocorrera de forma individual e com duração aproximada de 15 (quinze) minutos. Será realizada em sala reservada no CRATOD e conduzida pela profissional responsável pela pesquisa. O material coletado será armazenado apenas para finalidade de análise e ficará em poder da pesquisadora. Dessa forma será garantido o sigilo das informações colhidas. Além disso, a entrevista será realizada em local e horário combinados sem que prejudiquem as atividades do (a) senhor (a) no serviço.

É importante destacar que o (a) senhor (a) tem garantido o direito a: recusar o convite para participar desta pesquisa; desistir de participar desta pesquisa em qualquer momento, durante a realização ou análise das entrevistas; solicitar os resultados parciais ou finais da pesquisa, sempre que desejar; e/ou ter o sigilo das informações fornecidas durante a entrevista. Em caso de recusa ou desistência, não haverá qualquer penalidade ou repreensão para o (a) senhor (a). Após análise dos dados e término da pesquisa, realizaremos reuniões com todos os participantes para apresentação da pesquisa completa, incluindo os resultados e conclusões.

Como risco, ao participar desta pesquisa, podemos citar que durante o teste de associação livre de palavras, algumas palavras poderão provocar o (a) senhor (a) alguns sentimentos como tristeza, ansiedade, euforia, inquietação. Na presença de tais desconfortos, a responsável pela pesquisa irá ofertar atendimento voltado a acolher e manejar a situação. Sempre com a finalidade de evitar prejuízos ao (a) senhor (a).

Complementando os esclarecimentos, informamos que não haverá qualquer forma de cobertura de custos ou despesas ao (a) senhor (a) referentes à participação da pesquisa.

O convite e a realização da pesquisa são de responsabilidade de NATALI MAIUMI HIGASHI MARCONI, psiquiatra com registro de classe no estado de São Paulo número 139.107. No que diz respeito a qualquer questão relacionada à pesquisa, a profissional responsável está à disposição para contato de 2ª a 5ª feira das 08:00 às 17:00 na sala de Coordenação Médica do CRATOD, localizado na Rua Prates nº 165; através do telefone (11) 3329-4001 ou do e-mail [natali.mhm@gmail.com](mailto:natali.mhm@gmail.com). Havendo maiores dúvidas a respeito das questões éticas envolvidas na pesquisa, o (a) senhor (a) também pode entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo localizado na Rua Santo Antônio nº 590, 1º andar, através de e-mail: [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br) ou pelo telefone (11) 3116-8507 de 2ª a 6ª feiras das 10:00 às 16:00. Esta pesquisa e este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respeitam as exigências das Resoluções nº 510/2016 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

Após estes esclarecimentos, gostaríamos de saber se o (a) senhor (a) aceitará este convite. Se concordar com a participação e com a declaração a seguir, pedimos que escreva seu nome e assine nos espaços indicados:

“Declaro que fui devidamente informado sobre a minha participação na pesquisa descrita neste documento, entendendo os termos apresentados. Sendo assim, aceito participar da pesquisa de forma voluntária e declaro que recebi uma via deste documento – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - assinado por mim e pela responsável pela pesquisa.

(data e local) \_\_\_\_\_

(nome do participante da pesquisa) \_\_\_\_\_

(assinatura do participante da pesquisa) \_\_\_\_\_”

Grata pela participação,  
(nome e assinatura da responsável pela pesquisa) \_\_\_\_\_