

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM ECONOMIA DA**  
**SAÚDE**

**KÁTIA MARIA DE LIMA ARRUDA**

**O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM ADOLESCENTES E SUA**  
**RELAÇÃO COM FATORES SOCIOECONÔMICOS**

**RECIFE**

**2018**

KÁTIA MARIA DE LIMA ARRUDA

O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM ADOLESCENTES E SUA  
RELAÇÃO COM FATORES SOCIOECONÔMICOS

Dissertação de mestrado  
apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Gestão e Economia  
da Saúde da Universidade Federal  
de Pernambuco, para a obtenção do  
título de Mestre em Gestão e  
Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr.º Francisco de Sousa Ramos

Recife

2018

Catálogo na Fonte

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

A779u Arruda, Kátia Maria de Lima

O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos / Kátia Maria de Lima Arruda. - 2018.

74 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Sousa Ramos.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2018.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Adolescência – Aspectos Sociais. 2. Drogas. 3. Saúde mental. I. Ramos, Francisco de Sousa (Orientador). II. Título.

330.9 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2021 – 042)

**KÁTIA MARIA DE LIMA ARRUDA**

**O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM ADOLESCENTES E SUA  
RELAÇÃO COM FATORES SOCIOECONÔMICOS**

Dissertação apresentada à Universidade  
Federal de Pernambuco para obtenção  
do título de Mestre em Gestão e  
Economia da Saúde.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Amanda Pinheiro de Barros Albuquerque  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Pablo Ramon Gualberto Cardoso  
Universidade Federal de Pernambuco

Recife, 19 de dezembro de 2018

Dedico esta dissertação ao meu esposo e meus filhos Victor Arruda e Jônathas Arruda, por me incentivarem a continuar lutando pelos meus sonhos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela minha vida

A Minha família, pela compreensão

Ao meu grande amor, por tanta dedicação

Às minhas crias, por me amarem

Ao meu orientador, pela paciência

Ao co-orientador, pela memória auxiliar

Aos colegas da turma, pela convivência

Às companheiras da turma, pela aproximação

Às amigas do trabalho, pela ajuda

Aos irmãos queridos, amo vocês

A família cristã, grande apoio

Aos que cuidaram de mim, sem palavras

À coordenação do curso, pela compreensão

À administrativa maravilhosa do PPGGES.

*Só eu sei cada passo por mim dado  
nessa estrada esburacada que é a vida,  
passei coisas que até mesmo Deus duvida,  
fiquei triste, capiongo, aperreado,  
porém nunca me senti desmotivado,  
me agarrava sempre numa mão amiga,  
e de forças minha alma era munida  
pois do céu a voz de Deus dizia assim:  
- Suba o queixo, meta os pés, confie em mim,  
vá pra luta que eu cuido das feridas.*

Bráulio Bessa

## RESUMO

No Brasil e no mundo, o uso de drogas tem crescido de forma assustadora, estando relacionado às transformações sociais que refletem a realidade no modo de pensar e agir, principalmente no que diz respeito ao comportamento. Desse modo, o aumento do uso de drogas repercute no indivíduo e na família, gerando um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas afetadas, principalmente com consequências sociais, físicas, biológicas e psicológicas, o que vem se caracterizando como um problema de saúde pública. O objetivo deste estudo é conhecer o perfil socioeconômico e demográfico dos adolescentes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas Infante-Juvenil, o CAPSAdIJ. A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa. Foram analisados 124 prontuários, com população na faixa etária entre 12 e 18 anos, durante o período de abril de 2015 a abril de 2017. As análises realizadas apontam que, dos 124 prontuários analisados, 91 são do sexo masculino (73%) e 33 do sexo feminino (27%); a proporção entre os sexos se configurou também na análise referente à idade, em todas as faixas etárias, com ascendência na faixa etária entre 15 e 16 anos, totalizando 67 adolescentes, o que equivale a 54% do total de adolescentes. Quanto à cor e raça, predomina a cor parda, com 47%, num total de 58 adolescentes, sendo a maioria, em relação ao estado civil, solteira, com total de 90 adolescentes (77%). Quando a variável de escolaridade foi avaliada, se observa que a predominância é de 47 jovens com o ensino fundamental I (46%), quanto ao fundamental II foram 46 adolescentes (37%). Quanto à condição laboral, 39 informaram ser estudantes (30%), mas a maioria ignorou essa variável, com 76 adolescentes (61%). Ainda 47 adolescentes (38%) informaram não ter nenhuma religião. No total, a média com nível de instrução baixo foi 41 (34%). Foi verificado que 82 dos adolescentes (66%) moram em casa própria e, em companhia de familiares, foram 88 (70%). Quanto ao motivo da alta por sexo, fica caracterizado que adolescentes do sexo masculino são mais propensos a não concluir o tratamento. Com base na amostra analisada, percebe-se que fatores socioeconômicos podem ser determinantes para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes. A análise aponta para a necessidade de refletir e planejar, a partir da elaboração de políticas públicas para o público Infante-Juvenil, um atendimento resolutivo e eficaz, assegurando os direitos constitucionais dessa parcela da população.

**Palavras-Chave:** Adolescência. Drogas Ilícitas. Saúde Mental. Políticas Públicas.

## ABSTRACT

In Brazil and in the world the use of drugs has grown in a frightening way, being related the social transformations, that reflect the reality in the way of thinking and acting, mainly with respect to the behavior. In this way, the increase in drug use has repercussions on the individual and the family, generating a negative impact on the quality of life of the affected people, mainly with social, physical, biological and psychological consequences, which has been characterized as a public health problem. The objective of this study is to know the socioeconomic and demographic profile of the adolescents attending the Center for Psychosocial Care of Alcohol and other drugs Infanto Juvenil CAPSAdIJ. Methodology: This research is a descriptive, exploratory, approach study. A total of 124 medical records were analyzed, with a population aged between 12 and 18 years, from April 2015 to April 2017. Results: Of the 124 charts analyzed, 91 were male (73%) and 33 (27%) were female. the proportion of the sexes was also configured in the analysis referring to age in all age groups, with ages ranging from 15 to 16 years in the total of 67 adolescents, which is equivalent to (54%) of the total of adolescents, (47%) in the total of 58 adolescents, the majority being 90 unmarried or 77%. When the schooling variable was evaluated, it is observed that the predominance is 47 (46%) young people with elementary school I and the fundamental II 46 adolescents (37%). Regarding the work condition, 39 (30%) reported being students, but most ignored this variable with 76 adolescents or (61%). 47 (38%) reported having no religion. In the total, the percentage of 39 adolescents (30%) reported as a work condition was student, the average with a low level of education 41 (34%). It was verified that 82 (66%) live in their own house and in the company of family members 88 (70%). Regarding the reason for the discontinuation by sex, it is characterized that male adolescents are more likely not to complete the treatment. Discussion: Based on the sample analyzed, it can be seen that socioeconomic factors can be determinant for the use of alcohol and other drugs in adolescents. The analysis points to the need to reflect, to plan based on the elaboration of public policies for the public Infanto juvenil, that meets resolutely and effectively, ensuring the constitutional rights of this portion of the population.

**KEYWORDS:** Adolescence. Illicit Drugs. Mental Health. Public Policy.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes ao sexo</b>	<b>46</b>
<b>Gráfico 2</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a faixa etária</b>	<b>47</b>
<b>Gráfico 3</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a raça/cor</b>	<b>47</b>
<b>Gráfico 4</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes ao estado civil</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico 5</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a escolaridade</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico 6</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a religião</b>	<b>49</b>
<b>Gráfico 7</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes Condição laboral</b>	<b>50</b>
<b>Gráfico 8</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a renda</b>	<b>51</b>
<b>Gráfico 9</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes tipo de habitação</b>	<b>51</b>
<b>Gráfico 10</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes coabitação</b>	<b>52</b>
<b>Gráfico 11</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes à primeira droga de uso</b>	<b>54</b>

<b>Gráfico 12</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a droga atual de uso</b>	<b>54</b>
<b>Gráfico 13</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes frequência de uso</b>	<b>55</b>
<b>Gráfico 14</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes ao motivo da alta</b>	<b>56</b>
<b>Gráfico 15</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes ao percentual de alta por sexo</b>	<b>57</b>
<b>Gráfico 16</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a percentual da alta por abandono e sexo</b>	<b>58</b>
<b>Gráfico 17</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes ao uso de drogas lícitas</b>	<b>59</b>
<b>Gráfico 18</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes à droga que levou à procura por tratamento</b>	<b>60</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	<b>Valores para implantação e custeio dos CAPS .....</b>	<b>28</b>
<b>Tabela 2</b>	<b>O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a idade de uso da primeira droga.</b>	<b>53</b>

## ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AP	Atenção Primária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAd	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSAdIJ	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Infanto-Juvenil
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CdeRua	Consultório de Rua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CnaRua	Consultório na Rua
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HG	Hospital Geral
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPAD	Instituto Nacional Pesquisa de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

LSD	Dietilamida do Ácido Lisérgico
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SEGTES	Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtorno Mental
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization
ZEPA	Zona Especial de Proteção Ambiental

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
1.1	Justificativa	21
1.2	Objetivos	24
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>26</b>
2.1	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	27
2.2	A Saúde Mental em Pernambuco	35
2.3	A Política de Saúde Mental do Recife	36
2.3.1	A história do Recife e a Promoção da Saúde	37
2.4	Atenção ao usuário de drogas no Recife	39
2.5	Redução de Danos	40
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA DA PESQUISA</b>	<b>42</b>
3.1	Tipo de Estudo	42
3.2	Local do Estudo	42
3.3	População de Estudo e Amostra	43
3.4	Instrumento Utilizado	44
3.5	Considerações Éticas	44
3.6	Processamento e Análise dos Dados	45
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>60</b>
	<b>REFERENCIAIS</b>	<b>63</b>

**APÊNDICES**

**69**

**ANEXOS**

**72**

## 1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas pela humanidade remota à Grécia Antiga, quando os gregos consumiam para contato com as entidades divinas. Com o passar do tempo, seu uso passou a ser para fins terapêuticos e, posteriormente, para fins recreativos. Atravessando o tempo e as culturas, as drogas incomodaram as religiões, prejudicaram a economia e foram uma tentação para a arte (ESCOHATADO, 2004).

O consumo de substância psicoativa tem acontecido cada vez mais cedo e seu uso tem se dado de forma cada vez mais intensa. Isto tem sido corroborado no país por vários estudos. (ALMEIDA, 2011).

Embora, genericamente, a puberdade, constatada pelo surgimento dos caracteres sexuais, seja universalmente associada à adolescência, sabemos que ela envolve um processo amplo de mudanças físicas e psicológicas. A puberdade transiciona o indivíduo da infantilidade para a adolescência, com alterações na composição corpórea e maturação sexual, sendo experiência biológica uniforme para meninos e meninas; a adolescência, entretanto, é vivenciada diferentemente, constituindo-se experiência singular.

A adolescência é marcada por transformações biológicas, mentais, sociais, sexuais, comportamentais, sendo carregada de conflitos que podem afetar todo o desenvolvimento do adolescente. No entanto, pode ser percebida como um processo de construção social (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002), quando o adolescente com esforços individuais consegue alcançar os objetivos relacionados às expectativas da sociedade, com o crescimento pessoal e obtenção de sua independência e integração ao grupo social ao qual almeja ingressar (EISENSTEIN, 2005).

O adolescente durante esse período desenvolve a capacidade do pensamento abstrato e científico, no entanto, os pensamentos imaturos são persistentes. Nessa fase, os riscos à saúde são derivados de questões comportamentais, principalmente distúrbios alimentares e uso de drogas (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Em busca pelo pertencimento a grupos sociais e pela afirmação na sociedade enquanto sujeito, ele buscar formar parcerias, na expectativa de alcançar novas sensações e prazeres, em muitos momentos expondo-se a riscos que podem acarretar danos a sua

integridade física e emocional, quando, por exemplo, faz uso de alguma substância psicoativa, o que pode impeli-lo a situações que irão comprometer seu futuro.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende que a adolescência é um período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos, usando esse recorte etário para a formulação de programas, pesquisas e políticas públicas. Já a Organização das Nações Unidas (ONU) define como faixa etária para caracterizar a adolescência o recorte entre 15 e 24 anos, usando-o como critério para fins estatísticos e políticos. Ainda aplica o termo adulto jovem à faixa etária entre 20 e 24 anos de idade. Para o Ministério da Saúde (MS), a faixa etária denominada de adolescência é definida por jovens entre 10 a 24 anos.

Desse modo, torna-se arbitrário estimular limites de uma fase da vida com base no estabelecimento de uma faixa etária, pois incorre no risco de desconsiderar contextos sociais, culturais, e, como é consensual, esses contextos não são os mesmos para todos (HORTA; SENA, 2010 apud PAULA, 2013). De acordo com o contexto de vida, algumas classes sociais tendem a estender esse período da adolescência, como é percebido nas classes sociais mais privilegiadas, enquanto nas áreas de menor poder aquisitivo esse período é encurtado, seja por fatores tais como o aumento no número de membros da família ou o ainda o fato de o jovem assumir funções trabalhistas para ajudar a família financeiramente.

Em vista disso, para este trabalho, será usada a definição da Lei 8.069/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no artigo 2º, que considera adolescente pessoas com idade compreendida entre 12 e 18 anos, sendo tal definição usada como referência, desde então, para garantir os direitos desta população, assegurados através da criação de leis e programas (BRASIL, 1990).

Estudo recente realizado pelo Centro Brasileiro de Estudos sobre Drogas Psicotrópicas (CARLINI et al., 2010) aponta que o uso de drogas inicia na adolescência, na faixa etária entre 10 e 12 anos. Há prevalência para o sexo masculino de uso de substâncias como cocaína, solventes, maconha e esteroides; já, para o sexo feminino, os usos mais prevalentes são de medicamentos, tais como anfetaminas, ansiolíticos e analgésicos.

A mesma pesquisa pontua que o total de adolescentes que fazem uso de drogas só tem aumentado nos últimos anos, sendo cada vez mais precoce este início, acontecendo antes dos 10 anos (CARLINI et al., 2010).

No entanto, Pratta e Santos (2006 apud PAULA, 2013) pontuam sobre o impulso que leva os adolescentes a provar a droga, relatando o impulso como sendo a curiosidade e incentivo de amigos. Vale ressaltar que, ainda que o sujeito experimente a droga, ele não necessariamente vai se tornar dependente, somente uma parcela pequena desenvolverá a dependência.

A política de saúde do adolescente e do jovem, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, afirma que

É recorrente o uso de drogas entre adolescentes, sobretudo se considerado este ciclo de vida como um período de muitas experimentações pessoais e socioculturais. Pondera-se que as pessoas podem fazer uso de drogas como uma forma de lidar com situações muito adversas (falta de moradia e de acesso à escola, situações diversas de violência, frustrações pessoais, entre outros motivos) (BRASIL, 2014a, p. 40).

De acordo com relatório do CEBRID de 2003, fatores como fragilidade dos laços afetivos, famílias com estrutura vulnerável, violência doméstica, situação econômica de extrema pobreza, histórico de abandono são aspectos que contribuem para que o adolescente busque formas de manter o equilíbrio psíquico, na tentativa de sobrevivência.

Assim, a família é responsável por padrões culturais, sendo tida como a principal responsável pela formação da identidade do sujeito e produção de comportamentos (AMAZONAS et al., 2003). Desse modo, a família tem papel relevante na formação do sujeito, sendo responsável por sua socialização, reprodução de valores éticos e morais (SCHENKER, 2008).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (IBGE, 2016), o monitoramento, por parte dos responsáveis, do comportamento desses adolescentes tem ação preventiva sobre hábitos de fumo e bebida, uso de drogas ilegais e início precoce da vida sexual. Simultaneamente, o uso e o consumo de álcool e tabaco, assim como alimentação inadequada e sedentarismo, representam fatores de risco (CAMPOS; SCHALL; NOGUEIRA, 2013).

Diante dos fatores apresentados, observa-se que a vulnerabilidade social é responsável por grande parcela de adolescentes que fazem uso de drogas, uma vez que eles vão para a rua na tentativa de conseguir ajudar os pais ou de fugir de situações desfavoráveis à sua sobrevivência, passando a maior parte do tempo na rua ou mesmo morando nela, o que o leva a ter contato com as drogas e, conseqüentemente, a experimentá-las.

A PeNSE (IBGE, 2016), realizada em 2015 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, investigou adolescentes entre 13 e 17 anos cursando o ensino fundamental II nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, registrando que

Vulnerabilidade significa a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. A noção de vulnerabilidade vem confirmar a visão de um homem plural, construído na sua diversidade a partir das suas diferenças, não cabendo mais a ideia de pensar as nossas ações e práticas educativas baseadas numa perspectiva de universalidade do sujeito (p. 79).

Assim, há relação direta entre adolescência e a adoção de comportamentos de risco à saúde e de aumento da exposição a esses fatores com o passar dos anos. Além do mais, comportamentos relativos à saúde adquiridos na adolescência tentem a perdurar por toda a vida, com impacto significativo na qualidade de vida (GROWING, 2016 apud IBGE, 2016).

A pesquisa aponta que, sobre o consumo de tabaco entre adolescentes, a experimentação foi de 18,4%, entre a população pesquisada no país, sendo que o indicador de experimentação de cigarro para os meninos (19,4%) foi superior quando comparado às meninas (17,4%). Quando a pesquisa se reporta à cidade do Recife, revela a experimentação de tabaco em 20,1%, de álcool em 68,5%, e de drogas ilícitas em 9,8%, em ambos os sexos (IBGE, 2016). Assim, fica evidenciado que o álcool é a substância psicoativa mais utilizada pela sociedade mundial e consumida principalmente na adolescência (JOHNSTON et al., 2015).

Diante desse panorama, há a necessidade de investigar esses adolescentes que usam drogas e que, independente da motivação, estão expostos a diversos fatores que comprometem seu desenvolvimento, físico, psíquico e social. Portanto, esta pesquisa focará nos adolescentes que procuram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para

tratamento dos efeitos nocivos do uso de álcool e outras drogas e que estejam em sofrimento psíquico decorrente desse uso, uma vez que o CAPS se constitui como espaço de acolhimento e de implementação de políticas públicas de saúde para tratamento desse sofrimento decorrente da dependência química, sendo lugar privilegiado para compreender melhor os adolescentes usuários de álcool e outras drogas.

Conforme o Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se constituem serviço para atendimento às pessoas com transtorno mental graves e persistentes. O Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) desenvolve ações para crianças e adolescentes com transtorno mental. Já a modalidade de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAd) faz atendimento a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e busca realizar o tratamento clínico, promovendo a reinserção social e instigando o usuário à promoção da autonomia. Além de objetivar a redução de danos individuais e coletivos oriundos do uso de drogas, propõe-se a pôr, como eixo central do tratamento, a integração social do paciente, não o deslocando do contexto social e cultural no qual está inserido. À medida em que, nas sociedades contemporâneas, o consumo de drogas ocorre mais cedo, antecipadas são as suas consequências individuais e coletivas. Um dos desafios e pilares da Reforma Psiquiátrica no Brasil é o fortalecimento da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, integrando-a às políticas de saúde do SUS, constituindo, ainda, como grande desafio, o baixo engajamento de pacientes no tratamento proposto (COSTACURTA; TOSO; FRANK, 2015).

## **1.1 Justificativa**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é definida como qualquer substância não produzida pelo organismo, que tem a propriedade de alterar o funcionamento de seus sistemas (OMS, 1993 apud BRASIL, 2008). Essas substâncias conhecidas como “drogas” sempre estiveram presentes na história da humanidade (BRASIL, 2014a). Desde a Antiguidade, as civilizações usavam drogas para rituais religiosos, místicos e, mais recente, em movimentos socioculturais (MONTEIRO et al., 2011).

O uso de tais substâncias era estabelecido por critérios, como idade, classe social, qual a finalidade para o uso, e os parâmetros eram especificados de acordo com o tipo de

substância que seria usada. As regras eram estipuladas conforme a subjetividade de cada cultura (BRASIL, 2014a).

Dentro dessa racionalidade do uso de substâncias psicoativas para rituais religiosos, temos registros de uso em várias comunidades religiosas no Brasil. O Santo Daime, a Barquinha e a União vegetal utilizam a *ayahuasca* em seus rituais, cujo conteúdo é a junção de duas plantas da floresta amazônica, o mariri e a chacrona, e cuja substância é obtida através do cozimento dessas plantas. Essa infusão contém grande teor psicoativo, sendo seu uso regulamentado pelas leis brasileiras em 2006 (BRASIL, 2014a).

As mudanças sociais ocorridas no pós-guerra do século XX, provocaram sofrimentos aos combatentes que lutaram no *front* das guerras ou à população que tentou sobreviver aos ataques em todos continentes. Nesse momento, quando a Europa atravessou uma retomada de pensamento racionalista, tais sofrimentos levaram ao consumo e abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2014a).

Desde então, a população vem sofrendo um grande ataque ao uso das drogas, sendo **elaboradas** campanhas de combate ao seu uso sob a alegação de provocar danos para a saúde e implicações sociais e econômicas. Segundo Nietzsche (apud GIACOIA JÚNIOR, 2013, p. 69)

A humanidade não progride lentamente, de combate em combate, até uma reciprocidade universal, em que as regras substituiriam para sempre a guerra; ela instala cada uma de suas violências em um sistema de regras, e prossegue assim de dominação em dominação.

Neste mesmo século, novos componentes de várias plantas foram isolados, desenvolvendo assim fármacos como morfina, codeína, atropina, cocaína, cafeína, barbitúricos, e anestésicos, como, éter, clorofórmio e óxido nitroso, para alívio de sintomas em determinadas patologias (BRASIL, 2014a). As substâncias psicoativas (SPA) são classificadas de acordo com normas internacionais. No mundo, o uso de drogas entre adolescentes tem crescido de forma assustadora, estando relacionado às transformações sociais, que refletem a realidade no modo de pensar e agir, principalmente no que diz respeito ao comportamento. Desse modo, o aumento do uso de drogas repercute no indivíduo e na família, gerando um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas afetadas, principalmente com consequências sociais, físicas, biológicas e

psicológicas, o que vem se caracterizando como um problema de saúde pública (RODRIGUES et al, 2013).

Segundo dados do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), através do Relatório Brasileiro sobre Drogas (DUARTE; STEPLIUK; BARROSO, 2009), em estudo realizado no período de 2001 a 2007, foi constatado que cerca de 135.585 pessoas tiveram internações associadas a transtornos mentais e de comportamentos associados ao uso de substâncias psicoativas. O mesmo levantamento descreve que 69% dessas internações estão associadas ao consumo de álcool, 23% ao consumo de múltiplas drogas e 5% associados ao consumo de cocaína. Nesse período, foram notificados óbitos diretamente associados ao consumo dessas substâncias, tendo o Sudeste um percentual de 44,3%, o Nordeste de 27,8% e o Sul de 16,3%. De acordo com o mesmo relatório, 392 mortes por acidentes de trânsito estão associadas ao consumo de álcool nas rodovias brasileiras.

O Instituto Nacional de Pesquisa de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), indica que o Brasil é o maior mercado mundial do crack e o segundo maior de cocaína. A pesquisa foi intitulada “Levantamento Nacional de Álcool e Drogas” (LENAD) e ouviu 4.600 pessoas com mais de 14 anos em 149 municípios do país. O estudo mostra que

O Brasil representa 20% do consumo mundial do crack. A cocaína fumada (crack e oxi) já foi usada pelo menos uma vez por 2,6 milhões de brasileiros, representando 1,4% dos adultos. Já os adolescentes que experimentaram esse tipo da droga equivalem a 1% (150 mil pessoas). De acordo com o relatório, cerca de 4% da população adulta brasileira, 6 milhões de pessoas, já experimentaram cocaína alguma vez na vida. Entre os adolescentes, jovens de 14 a 18 anos, 44 mil admitiram já ter usado a droga, o equivalente a 3% desse público. Estima-se que, em 2011, 2,6 milhões de adultos e 244 mil adolescentes usaram cocaína (LARANJEIRAS et al., 2014, p. 54).

A pesquisa ainda demonstrou dados referentes ao Nordeste brasileiro, indicando uma situação preocupante, qual seja: o uso de drogas na adolescência, antes dos 18 anos, representa 36% dos usuários; 54% desses usuários apresentam dependência de cocaína; 65% dos usuários consideram fácil conseguir a droga; e 26% dos usuários transformaram-se em traficante (LARANJEIRAS et al., 2014).

Os dados apresentados pelo VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Públicas e Privadas de Ensino, realizado nas 27 capitais brasileiras (CARLINI et al., 2010), demonstram que, em Recife, com base no ano de 2010, o uso de drogas psicotrópicas foi de 13,6% entre os estudantes do ensino fundamental e médio das redes públicas e privadas de ensino. Os estudantes fizeram uso de algumas drogas, como solvente (8,5%), maconha (3,9%), ansiolíticos (1,8%), crack 0,7%, 35,1% usaram álcool e 9,4% usaram tabaco. Desses alunos, quanto ao gênero, 16,15% eram do sexo masculino e 11,7% eram do sexo feminino. Quando se observa a faixa etária, percebe-se que adolescentes de 10 a 12 anos representavam 5,1%, de 13 a 15 anos representavam 8,7% e de 16 a 18 anos representavam 25,8% e acima de 19 anos foram 16,8%.

Haja vista o grande quantitativo de pessoas que fazem uso de substância psicoativas, o que vem acarretando grandes prejuízos sociais, econômicos e emocionais, há uma necessidade de identificar o público usuário dessas substâncias, através do perfil socioeconômico, para subsidiar os gestores públicos, no planejamento e desenvolvimento de ações que busquem atender as necessidades dessas pessoas.

Diante da magnitude dos dados apresentados, o consumo de substâncias psicoativas representa um grande problema de saúde pública, torna-se relevante despertar em outros profissionais o interesse pela produção de dados que caracterizem a população que está sendo atendida nos serviços de saúde mental da Cidade do Recife, o que demanda investimentos dos gestores no sentido de acolher esse público que necessita de atendimentos da saúde para minimizar os efeitos dessas substância, sendo relevante a questão de saber que papel os fatores socioeconômicos desempenham no uso de drogas psicoativas.

## **1.2 Objetivos**

Aqui a presente pesquisa é proposta buscando analisar como o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas Infanto-Juvenil (CAPSAdIJ) interfere na relação desses adolescentes com o consumo de drogas. A pesquisa foi realizada no CAPSAdIJ Luiz

Cerqueira, na cidade do Recife, durante o período de abril 2015 a abril 2017. Para tanto, estabelecem-se como objetivos específicos:

- Descrever a Rede de Atenção Psicossocial do Município.
- Identificar início de uso da droga, a primeira droga de uso nos usuários que são atendidos no CAPSAdIJ.
- Caracterizar o perfil socioeconômico dos usuários atendidos no CAPSAdIJ – Centro de atenção Psicossocial Álcool e outras drogas Infanto-juvenil da cidade do Recife.

Presumimos que o conhecimento desses fatores se constitui em instrumento eficiente não só para compreender esse fenômeno, mas também propor intervenções que venham a agir na promoção, prevenção e reabilitação desse público.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Desenvolver política de saúde em um país de dimensões continentais, com grande extensão territorial e grande diversidade regional, social e cultural, é um desafio para qualquer governante. Mas, quando essa política é fomentada no seio popular e resultado da mobilização social, seu desfecho deve contemplar todos os nativos desse país, levando em consideração suas diferenças.

A Política de Saúde Mental Brasileira é resultado da mobilização de vários segmentos da sociedade, como trabalhadores, usuários e familiares das pessoas com transtorno mental, no início da década de 80. Essas manifestações buscavam mudar a realidade dos milhares de pacientes que se encontravam internados nos manicômios com condições precárias de assistência (GARCIA et al, 2014).

A proposta de intervenção visa levar o indivíduo a habitar em seus espaços comunitários com trocas de experiências na sua totalidade junto com a sociedade, sendo essa impelida a lidar com sua diversidade (GARCIA et al, 2014).

Ao longo da década de 90, vários estados e municípios criaram leis que refletiam o avanço para o processo de desinstitucionalização dos pacientes crônicos internados em manicômios (BRASIL, 2013a).

As pessoas com problemas emocionais e comportamentais sempre foram tratadas como diferentes, por não estarem enquadradas dentro das regras sociais, assim como a própria sociedade não compreender o que esses sujeitos vivenciavam.

Em alguns momentos da história, esses comportamentos, nem tanto convencionais, chegaram a ser idolatrados como uma divindade, já em outros momentos foram considerados como uma maldição ou possessão demoníaca, assim as pessoas eram tratadas para expulsar os demônios, chegando até a serem queimadas na fogueira ou lançadas ao mar em um barco à deriva para morrerem. Para Foucault,

A experiência trágica e cósmica da loucura viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica. É por isso que a experiência clássica, e através dela a experiência moderna da loucura, não pode ser entendida como uma figura total, que finalmente chegaria, por esse caminho, à sua verdade positiva; é uma figura fragmentária que, de modo abusivo, se apresenta como

exaustiva; é um conjunto desequilibrado por tudo aquilo de que carece, isto é, por tudo aquilo que o oculta. Sob a ciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília (FOUCAULT, 1997, pp. 28-29).

O sistema capitalista e o mundo globalizado têm colaborado e impulsionado o consumo de substâncias psicoativas (SANTOS, 2010), em especial entre os adolescentes que buscando satisfação pessoal em bens que não podem ter, para aplacar a frustração, recorrem ao consumo dessas substâncias.

## **2.1 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**

A Portaria nº 336/GM do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002, institui as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial e define a complexidade dos serviços e sua abrangência populacional (BRASIL, 2002a).

Na modalidade de CAPS, a rede é estruturada pelo quantitativo de habitantes dos municípios e tem as seguintes subdivisões: CAPS tipo I para pessoas com transtorno mental e pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, designado para municípios acima 20 mil habitantes em todas as faixas etárias; CAPS tipo II para município com população acima de 70 mil habitantes; e CAPS tipo III para municípios ou região acima de 200 mil habitantes. No mesmo sentido funciona o CAPSAd, que atende criança, adolescente e adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, devendo ser implementado em municípios com população acima de 70 mil habitantes e considerando as normas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O CAPSAd tipo III, especializado em pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo referência para criança, adolescente e adultos e respeitando ECA, conforme a Lei 8069/1990, deverá funcionar 24 horas, com leitos para observação e monitoramento, sendo prevista sua instalação em municípios com população acima de 200 mil habitantes. O CAPS Infantil é indicado para o atendimento de crianças e adolescentes, com faixa etária de 0 a 14 anos, 11 meses e 29 dias de idade, e sua instalação é prevista para municípios com população acima de 150 mil habitantes (BRASIL, 2002b).

A portaria descreve os CAPS como reguladores da rede assistencial no território, com capacidade para coordenar e supervisionar as atividades nos hospitais psiquiátricos e capacitar as equipes de Atenção Básica de acordo com determinação do gestor local,

ainda sendo responsáveis por manter o cadastramento e viabilizar o acesso a medicamentos para a área de saúde mental, incluindo medicamentos excepcionais. A portaria também descreve as características dos serviços, que devem funcionar em período diurno, na modalidade CAPS tipo I e II, podendo estender seu horário até as 21 horas. Os CAPS tipo III devem funcionar no sistema de 24 horas, inclusive nos fins de semana e feriados. Os serviços devem ter no mínimo 02 leitos para repouso. Dentre a assistência prestada aos usuários dos serviços estão os atendimentos individual, em grupo e familiar, as oficinas terapêuticas, as visitas domiciliares, o atendimento às famílias e as refeições, quando em atendimento.

A portaria ainda determina o quantitativo de profissionais e as especialidades da equipe multiprofissional. Sobre as equipes técnicas para CAPS do tipo, I, II, Transtorno mental, fica estabelecido, na portaria, que estas devem ser compostas de médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, ainda devem contar com profissionais de nível médio, como técnico de enfermagem, administrativos e outros que se façam necessário. Para os CAPSAd são acrescentados a essa equipe médico. Além disso, aos usuários dos CAPS III, a portaria prevê que sua permanência no acolhimento noturno será no máximo 7 dias ininterruptos ou 10 dias intercalados por período de 30 dias.

Os CAPS recebem incentivo financeiro para implantação e despesas de custeio, de acordo com a portaria 3088/2011, que está em vigor até a presente data, os valores destinados variam de acordo com o tipo de CAPS, como demonstrado na Tabela 1, abaixo.

**Tabela 1 Valores para implantação e custeio dos CAPS. Portaria 3088/2011 em vigor**

<b>TIPO</b>	<b>IMPLANTAÇÃO</b>	<b>CUSTEIO</b>
<b>CAPS I</b>	20.000,00	28.305,00
<b>CAPS II</b>	30.000,00	33.086,25
<b>CAPS III</b>	50.000,00	54.123,75
<b>CAPS i</b>	30.000,00	32.130,00
<b>CAPS AD</b>	50.000,00	39.780,00
<b>CAPS AD III</b>	50.000,00	67.511,25
<b>CAPS AD IV NOVO</b>	200.000,00	
<b>CAPS AD IV - READEQUAÇÃO</b>	125.000,00	

**Fonte Ministério da Saúde**

Já a Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde institui e define a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, definindo que esta deve funcionar tendo como diretrizes a garantia aos direitos humanos, ao respeito, à autonomia e à liberdade. O atendimento deve ser promovido com equidade, com garantia de acesso, com qualidade, ofertando cuidado integral, multiprofissional, sob a lógica da interdisciplinaridade e da atenção humanizada centrada na pessoa. Ainda deve buscar desenvolver atividades no território, que propiciem a inclusão social, visando garantir a integralidade do cuidado, articulando ainda estratégias de redução de danos (RD), com a participação do controle social e da família e com estratégias de educação permanente (BRASIL, 2011). Tendo como arcabouço o PTS - Projeto Terapêutico Singular, a RAPS tem como objetivo, ampliar o acesso, promover a vinculação dos usuários e família aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração da rede. Na Rede de Atenção Psicossocial, os indicadores de monitoramento e avaliação são propostos pelo quantitativo da população assistida e a definição pelo quantitativo da equipe técnica.

Os componentes da RAPS são constituídos no sentido de executar um atendimento integral aos usuários que façam uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas, e que estejam em sofrimento psíquico, e o atendimento está dividido por eixos de atenção. Dentre os componentes elencados na portaria, estão a Atenção Básica em Saúde, com os componentes das Unidades de Saúde da Família – USF, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, o Consultório na Rua – CnaRua, o Eixo da Atenção especializada, os Centros de Convivência, os CAPS nas suas diferentes modalidades, o Eixo de Atenção a Urgência e Emergência, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), a Sala de Estabilização, a Unidade de Pronto Atendimento 24hs (UPA), dentre outros; no eixo de atenção residencial de caráter transitório, encontram-se as Unidades de Acolhimento – UA, o Serviço de Atenção em Regime Residencial; no eixo da atenção hospitalar, temos a enfermaria especializada em Hospital Geral, o Hospital de referência em Psiquiatria. No eixo de estratégia de desinstitucionalização, encontram-se os Serviços de Residência Terapêutica – SRT e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

## COMPONENTES DA RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PORTARIA 3088/2011

COMPONENTES	PONTO DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Centro de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria Especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégia de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

**Fonte:** Ministério da Saúde

Os serviços constantes na RAPS garantem o atendimento obedecendo aos princípios do SUS, com universalidade, integralidade e equidade a pessoas com transtorno mental ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme preconizado pelo SUS, e serão melhor descritos a seguir.

## **I - Eixo da Atenção Básica em Saúde**

Os equipamentos desse eixo estão relacionados com o território onde o usuário está inserido. Esses servem como porta de entrada para a rede de atenção especializada.

- a) Unidade Básica de Saúde (UBS) tem a finalidade desenvolver ações de proteção, promoção, prevenção de agravados, desenvolvendo ações em grupo ou individual; é constituída por uma equipe multiprofissional. Seu objetivo é desenvolver a atenção integral que produza autonomia e impacte a situação de saúde das pessoas, assim como nos determinantes e condicionantes de saúde da população.
- b) Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) é constituído para dar suporte matricial e no cuidado compartilhado junto às equipes de atenção básica, academia da cidade, atenção básica para população específica e ainda apoio às famílias. A equipe é constituída por profissionais de diferentes especialidades.
- c) Consultório na Rua é uma estratégia instituída pela Política Nacional de Atenção Básica para atender às demandas de saúde do grupo populacional que vive em situação de rua e vulnerabilidade. Constitui-se de equipe multidisciplinar que desenvolve ações itinerantes e em parceria com a atenção básica.
- d) Centro de Convivência e Cultura é uma unidade vinculada à rede de saúde, especialmente à Rede de Atenção Psicossocial, designada como espaço a oferecer oportunidade de sociabilidade, produção e intervenção na cultura para a população.

## **II - Eixo Atenção Psicossocial Especializada**

Os Centros de Atenção Psicossocial são disciplinados pela Portaria 366 de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde e estão estruturados para atendimento de populações específicas nas seguintes modalidades:

- a) CAPS I é destinado a municípios com população até 20 mil habitantes, atendendo pessoas com transtorno mental persistente e severo, ainda podendo atender pessoas com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas; dependendo da organização da rede do município, o atendimento pode ser dar em todas as faixas etárias, observando o ECA. Os horários de funcionamento devem ser em dois turnos durante os cinco dias da semana.
- b) CAPS II atende população em municípios com a faixa de até 70 mil habitantes, dando assistência às pessoas com transtorno mental persistente e severo e ainda podendo acolher usuários com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os horários de funcionamento devem ser em dois turnos durante os cinco dias da semana em todas as faixas etárias, observando o ECA e dependendo da organização da rede do município
- c) CAPS III é destinado a municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes, acolhe pessoas com transtornos mentais decorrente do uso de álcool e outras drogas ou não, funcionando 24 horas inclusive durante feriados e finais de semana, proporcionando serviço de atenção contínua.
- d) CAPSAd é destinado a pessoas nas diversas faixas etárias e sexo, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, desde que observado o ECA. É um serviço aberto e comunitário com especificidade transitória.
- e) CAPSAd III: se constitui como um serviço de caráter transitório, comunitário, aberto e atendendo demanda nas diversas faixas etárias e sexo, desde que observado o ECA. Atende pessoas com cuidados clínicos contínuos, com no máximo doze leitos, com equipe multidisciplinar e com funcionamento 24 horas.
- f) CAPSAd IV funciona para atendimento às pessoas com quadros graves e intensos de sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser para municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado. Presta serviço de atenção contínua, integral, para todas faixas etárias, com funcionamento 24 horas e equipe de cuidado multidisciplinar, ofertando assistência a urgência e emergência, com 08 a 10 leitos de observação.
- g) CAPSi projetado para atender crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e também os que estão com necessidades mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Funciona em regime aberto e comunitário.

### **III - Atenção de Urgência e Emergência**

Neste eixo da rede, estão os equipamentos responsáveis por fazer o atendimento para estabilização da crise, mantendo a homeostase do organismo.

- a) SAMU 192 – é o Serviço de Atendimento Médico de Urgência, que presta socorro a população em caso de emergência de natureza, traumática clínica, incluindo saúde mental.
- b) Sala de estabilização – é um equipamento estratégico que atende à rede de urgência e emergência vinculado à unidade de saúde, sendo utilizado para pacientes em estados críticos e/ou graves, com garantia de assistência 24 horas.
- c) UPA 24 horas, e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde - são equipamento de saúde que podem ser acionados pela rede de saúde mental, para situação de urgência e emergência em caso de transtorno mental ou problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

### **IV– Eixo Atenção Residencial de Caráter Transitório**

Estes equipamentos da RAPS visam ofertar suporte para os usuários que necessitam de cuidados contínuos, com vínculos familiares e sociais fragilizados ou rompidos e como oportunidade de sociabilidade e reinserção social.

- a) Unidade de Acolhimento (UA) oferece suporte às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que estão em vulnerabilidade social e/ou familiar e demandam acompanhamento terapêutico e protetivo. Oferece assim cuidados contínuos, funcionando 24 horas, em ambiente residencial. O acesso é através do CAPS, que faz o projeto terapêutico singular. As UAs funcionam nas modalidades, adulto, masculino e feminino e infanto-juvenil.
- b) Serviço de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais destacam-se as Comunidades Terapêuticas, oferece cuidados contínuos. Essa instituição oferece cuidados por um período máximo de 9 (nove) meses para as pessoas com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Funciona articulada com AB e com o CAPS, que é responsável pelo acompanhamento especializado.

#### **V – Eixo Atenção Hospitalar**

Este eixo é constituído para garantir que o tratamento hospitalar seja de curta duração e que o tratamento realizado no CAPS tenha continuidade em consonância com seu PTS.

- a) Enfermaria Especializada em Hospital Geral oferece serviços às pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; o cuidado ofertado deve ser articulado com PTS e desenvolvido pelo CAPS de referência do usuário. A permanência é de curta duração, até a estabilização clínica. A equipe de profissionais que fazem o atendimento nesses leitos deve ser multidisciplinar e o modo de funcionamento interdisciplinar.
- b) Serviço Hospitalar de Referência, projetado para atender as pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, deve oferecer suporte de curta duração, para pessoas que evidenciaram comorbidades clínicas e/ou psíquicas. Funciona em regime integral, sem descontinuidade de turnos de atendimento.

#### **VI – Eixo Estratégia de desinstitucionalização**

Este componente é constituído para garantir o cuidado e integrar as pessoas que tiveram internação de longa permanência, seja pelo transtorno mental ou pelo uso de álcool e outras drogas, na estratégia do cuidado e na perspectiva de garantir os direitos sociais, promoção da autonomia e inclusão social.

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são moradias inseridas na comunidade, designada ao acolhimento de pessoas com longa permanência (mais de dois anos consecutivos) em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, dentre outros.
- b) Programa de Volta para Casa é uma política pública de inclusão social, que visa fortalecer o processo de desinstitucionalização e foi instituída pela Lei

10.708/2003, que prevê auxílio financeiro para pessoas com transtorno mental egressas de longa internação psiquiátrica.

## **VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial**

Esta linha de cuidado busca capacitar os usuários para sua reinserção ao mercado de trabalho, visando desenvolver atividades que possam gerar rendimentos financeiros, através de cooperativas e empreendimentos solidários, por exemplo.

- a) Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda devem estar articuladas com as redes de saúde e de economia solidária, utilizando os recursos territoriais visando assegurar a melhores condições de vida, ampliando a autonomia, a contratualidade e a inclusão social de usuários da rede e seus familiares.
- b) Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais são ações de cunho intersetorial com vistas a formação e qualificação para o trabalho, com vistas a inclusão produtiva, em iniciativas de geração de trabalho e renda, bem como estímulo a empreendimentos solidários e criação de cooperativas sociais.

### **2.2 A Saúde Mental em Pernambuco**

O Estado de Pernambuco possui uma rede de saúde mental para assistência às pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, baseado no modelo descrito na portaria da RAPS (SES/PE). No entanto, existe, em sua rede de serviços, hospitais psiquiátricos para internação de longa permanência. Apesar do modelo em saúde mental centrado no hospital, Pernambuco foi um dos estados que mais reduziu leitos psiquiátricos de longa permanência no país (SES/PE).

Figurando como referência nacional para reestruturação da RAPS, a rede de saúde mental vem se consolidando cada vez mais com a implantação de novos CAPS em todas as regiões. Com esse olhar, são viabilizados a reintegração e o tratamento dos usuários na família e comunidade. Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco,

No período compreendido entre 2008 e 2017, Pernambuco descredenciou 1.982 leitos em hospitais psiquiátricos. Na época, o Estado possuía 16 hospitais psiquiátricos e ocupava o segundo lugar no Brasil em concentração

desse tipo de leito. Atualmente, são 715 leitos em 5 instituições, dos quais apenas 370 estão disponíveis para internação e os demais ainda são de longa permanência, que atendem pacientes que perderam os vínculos familiares e sociais (PERNAMBUCO/SES, 2018, online).

Segundo dados do IBGE (2016), a estimativa da população para o estado de Pernambuco é 9.496.294 pessoas, distribuídas em 184 municípios e o distrito de Fernando de Noronha. De acordo Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, a rede de saúde mental do estado compreende: 70 CAPS tipo I; 22 CAPS tipo II; 12 CAPSi; 09 CAPS tipo III, na modalidade 24 horas; 11 CAPSAd; 08 CAPSAd tipo III; 95 SRT; 07 CdeRua; 04 CnaRua; 05 UA; 22 Enfermarias psiquiátricas em hospital geral; 84 leitos integrais em hospital geral; 161 leitos para desintoxicação; Comunidade terapêutica com 138 leitos; Clínica psiquiátrica em Serra Talhada com 475 leitos e 05 hospitais psiquiátricos (PERNAMBUCO/SES, 2018).

Aos municípios, cabe organizar a rede de saúde mental de acordo com as necessidades de seus municípios e com base nas portarias do Ministério da Saúde, sob a regulação do Estado.

### **2.3 A Política de Saúde Mental do Recife**

A cidade do Recife foi escolhida para a realização da pesquisa, por ser um grande centro urbano, localizando-se na Macrorregião de Saúde Metropolitana do Estado de Pernambuco (RECIFE/SESAU, 2014), sendo sua capital e se configurando entre as primeiras capitais mais importantes do Brasil. Possui uma rede de saúde que atende seus municípios e os municípios da região metropolitana, dando assistência em saúde mental a todas as faixas etárias, tanto no segmento transtorno mental quanto álcool e outras drogas, e ainda por ser a única cidade do Estado de Pernambuco que tem, entre seus equipamentos de saúde mental um CAPS para atendimento ao público infanto-juvenil no segmento de álcool e outras drogas.

Recife está localizada no litoral nordestino com uma extensão territorial de 218,435 km<sup>2</sup>, com uma população 1.625.853, (BRASIL, 2013b); ocupa uma posição central no Nordeste, ficando a 800km de distância de Salvador e Fortaleza. Faz divisa com municípios Olinda, Paulista, Jaboatão dos Guararapes, Camaragibe, São Lourenço da Mata e Oceano Atlântico (RECIFE, 2014).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para cobertura da população residente em seu território, está distribuída em: 05 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAd) para atendimento ao público adulto a partir dos 18 anos, 01 CAPS Álcool e outras drogas Infanto-Juvenil (CAPSAdIJ), para atender crianças a partir dos 12 anos de idade até 18 anos incompletos, 06 CAPS para atendimento às pessoas com Transtorno Mental a partir dos 15 anos, 03 CAPS Transtorno Mental Infantil CAPSi), 24 Leitos Integrais em Hospital Geral, 03 Unidades de Acolhimentos (UA), 06 Equipes de Consultório de Rua (CdRua), 02 Equipes de Consultório na Rua (CnaRua), 52 Residências Terapêuticas (RT) (RECIFE, 2014).

### 2.3.1 A história do Recife e a Promoção da Saúde

Durante o Brasil Colônia, Pernambuco destacou-se como a colônia mais promissora de Portugal, sendo o maior produtor de cana-de-açúcar na América. Com isso chamou a atenção dos holandeses, que o invadiram por um período de 24 anos, de 1630 a 1654, tendo como representante o Conde Maurício de Nassau, que se estabeleceu em Recife, devido ter incendiando Olinda. Assim, torna-se Recife a capital do Brasil Holandês, o que perdura até o momento.

A cidade tem uma composição que varia entre morro, planícies, áreas aquáticas e Zona Especial de Preservação Ambiental (ZEPA). Sua divisão territorial é composta por 96 bairros, concentrados em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA). No âmbito da saúde, a divisão de cada RPA corresponde a 01 Distrito Sanitário (RECIFE, 2014) que cuida da saúde dessa população nos mais diferentes níveis de atenção.

A cidade exibe contrastes sociais e econômicos, apresentando áreas extremamente valorizadas e outras com graves problemas estruturais e sociais. Além do IDH (Índice de desenvolvimento Humano) de 0,772, ocupando a 210ª posição no ranking brasileiro, foram considerados nessa pesquisa indicadores como longevidade, educação e renda (BRASIL, 2013b).

A situação de saúde da população da cidade do Recife apresenta-se com doenças relacionadas aos hábitos e estilos de vida, como tabagismo, obesidade, bebidas alcoólicas, e alimentação inadequada, que afetam a saúde. Dentre o perfil de morbimortalidade e

natalidade, destaca-se redução no coeficiente de mortalidade infantil durante o período 2006 a 2013 (RECIFE, 2014).

Entre as principais causas de mortalidade da população residente na cidade do Recife, estão as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Em relação à mortalidade por causa externa, destacam-se os homicídios, com 28,8 óbitos por 100.000 habitante em 2013, figurando como a principal causa, atingido na maioria o sexo masculino na faixa etária ente 20 e 49 anos (RECIFE, 2014). A principal causa de homicídio advém da violência interpessoal, caracterizada pela prática violenta contra si mesmo, outra pessoa ou comunidade, de forma intencional, com uso de força física, poder, ameaça, que resulte em agressão física, morte, dano psicológico, deficiência ou privação (OMS, 2002 apud DAHLBERG; KRUG, 2007).

A Violência Sexual e a Tentativa de Suicídio passaram a fazer parte da Portaria 1271 de 06 de junho de 2014 Ministério da Saúde, define as doenças de notificação compulsória em serviços de saúde pública e privada em todo território nacional. (BRASIL, 2014c).

Diante dos dados apresentados, vislumbra-se que Recife é uma cidade com contrastes e similaridades, com uma população que tem necessidades de saúdes específicas. Sendo assim, é necessário possuir uma rede assistência bem estruturada, com pontos de assistência em toda sua extensão territorial para atender as demandas de seus municípios, tanto nos agravos relacionados na Atenção Primária (AP) como na média complexidade, agindo principalmente na Promoção e Prevenção à saúde.

A rede de saúde para as pessoas com transtorno mental e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas é instituída através das portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, que direcionam a assistência e o serviço quanto aos equipamentos necessários para atendimento clínico, as categorias profissionais e quantitativo de cada especialidade por tipo de serviço e rede multidisciplinar (BRASIL, 2011). Os serviços que constam na portaria 3088/2011 do Ministério da Saúde estão constituídos para os níveis de atenção básica, média e de alta complexidade.

A cidade do Recife trabalha a saúde mental no âmbito da RAPS, para o atendimento as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no campo da prevenção, na lógica da redução de danos. De acordo com Vinadé,

Cruz e Barbeito (2014), estratégias de Redução de Danos (RD) abrangem ações que diminuam os riscos e os danos causados pelo uso de substâncias psicoativa, ainda que o paciente não queira parar o uso, pelo fato de não querer de fato ou ainda de não poder com a cessação do uso.

Os conceitos preponderantes da Redução de danos, de acordo com Marlatt (1999), são que ela seja uma alternativa da saúde pública para tratamento de dependência química em resposta ao modelo moral vigente. Essa estratégia utiliza recursos que buscam reduzir os danos, não tendo a abstinência como resultado final e promovendo acesso aos serviços de saúde; o seu surgimento teve início como uma abordagem demandada pelo usuário.

A Portaria 1028 de 1º de julho de 2005 Ministério da Saúde, determina que as ações que visam a redução de danos sejam definidas conforme regulamentado abaixo:

Art. 3º Definir que as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando as necessidades do público-alvo e da comunidade: como educação, informação a saúde, assistência social e disponibilização de insumos e proteção a prevenção de doenças infectocontagiosas, como HIV/Aids e Hepatites.

Art. 4º Estabelecer que as ações de informação, educação e aconselhamento tenham por objetivo o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais. Desenvolvendo ações de prevenção, aconselhamento, orientações e informações com divulgações sobre serviços e tratamentos. (BRASIL, 2005, p. 2).

Com base nesta portaria, foram implantadas 06 equipes de Consultório de Rua (CdeRua), uma equipe com atuação em cada CAPSAd.

## **2.4 Atenção ao usuário de drogas no Recife**

No início da década de 70, a Reforma psiquiátrica começa a ser discutida no Brasil, sendo seu marco histórico a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve a participação da sociedade organizada e na qual foi discutido que a saúde

precisava de muito mais que uma reforma administrativa e financeira, mas uma mudança de paradigma que contemplasse a saúde segundo os conceitos da reforma sanitária.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), foram descritas ações e serviços propostos a promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, passando a saúde a ser instituída como direito de todos e dever do Estado, que será promovido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios básicos: a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 1988).

Na cidade de Caracas em 1990, aconteceu a Conferência Regional para a Reestrutura da Assistência Psiquiátrica, na qual os países da América Latina pactuam a promoção da assistência psiquiátrica, a revisão do papel centralizador e hegemônico do hospital, assim como proteção da dignidade, dos direitos civis e humanos, procurando manter seu tratamento de base comunitária (HIRDES, 2009)

A partir de 2002, o processo de reforma psiquiátrica se estendeu para os usuários de álcool e outras drogas, quando o Ministério da Saúde reconhece o problema do uso prejudicial de álcool e outras drogas, implementando o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas* e reconhecendo tratar-se de um importante problema de saúde pública, constituindo assim uma política específica para as pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas. Instalado dentro da saúde mental, o programa visa à promoção e à ampliação de acesso para as pessoas que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas, com abordagem de redução de danos.

## **2.5 Redução de Danos**

A Estratégia de Redução de Danos (RD) compreende medidas que visam reduzir os danos causados pelo uso de substâncias psicoativas e que não estão relacionadas com o desejo do sujeito em interromper o uso da mesma. Todavia, visa incentivar o uso de maneira consciente e equilibrada, para que, caso o sujeito continue com o uso de SPA, este seja feito de maneira menos prejudicial possível (BRASIL,2014b). De forma coerente, trabalha na perspectiva de levar o sujeito a refletir sobre sua relação com a droga e o lugar que essa ocupa em sua vida (BRASIL, 2007).

Allan Marlatt (1999) define a redução de danos como alternativa de atendimento ao usuário dependente químico, contrapondo-se ao modelo moral e criminal historicamente utilizado. Para ele, a abstinência é o estado ideal, no entanto, aceita a redução de danos como possibilidade de atendimento, promovendo acesso de baixa exigência, em uma abordagem que é demandada pelo usuário, em contrário ao modelo de uma política promovida “de cima para baixo”.

No entanto, antes de chegar a essa definição de RD, que aconteceu em meados do século XX, as ações voltadas para a RD sempre foram pautadas na repressão, as quais não surtiam efeitos no público-alvo, uma vez que era percebido que, apesar do efeito degradante, a mesma proporcionava momentos de prazer e euforia. Com isso, as ações não surtiam os efeitos desejados (BRASIL, 2004b).

Em 1984, na Europa (Amsterdã, Holanda), os governantes, preocupados com a população usuária de drogas injetáveis, com a contaminação pela Hepatite B através do compartilhamento de seringas e agulhas, iniciaram um programa experimental com a troca de seringas usadas por novas, com isso evitando também a contaminação pelo vírus do HIV (BRASIL, 2003).

No Brasil, o início do programa de Redução de Danos se deu no município de Santos, São Paulo, onde os profissionais foram proibidos de distribuir seringas e agulhas, passando, então, a disponibilizar para os usuários de substâncias injetáveis hipoclorito de sódio para desinfecção de seringas e agulhas, na tentativa de reduzir os danos causados pelo uso das substâncias (BRASIL, 2004b).

Conforme dados da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (BRASIL, 2014b, p. 94), as atividades dos programas de Redução de Danos incluem: abordagem dos usuários nos pontos de uso das drogas (UDs); substituição de seringas por outras novas, quando no caso de droga injetável; orientação e informação com relação aos cuidados em saúde; disponibilização dos serviços de saúde mais próximo dos territórios de uso da droga; realização de teste rápido para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e HIV; consultas e exames para demais doenças; encaminhamento para tratamento de problemas de saúde relacionados ou não com HIV, DSTs ou uso de álcool e outras drogas; encaminhamento de outras necessidades relacionadas à assistência a rede de assistência social, como acompanhamento jurídico com reinserção social, benefícios e serviços sociais.

### **3 METODOLOGIA DA PESQUISA**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

A elaboração do objetivo da pesquisa, entre vários aspectos, está relacionada à habilidade de escolha de uma metodologia que aborde de maneira pertinente a análise do objeto (BRANDÃO, 2002 apud VASTERS; PILLON, 2011). Portanto, a presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2010), as pesquisas descritivas visam identificar as características de determinada população e podem ser elaboradas para identificar possíveis relações entre variáveis. Para Bardin (2008), a abordagem quantitativa se constitui na quantidade de vezes em que aparecem na mensagem determinados elementos, tendo nossa análise dos resultados sido feita através de pesquisa quantitativa. O estudo busca conhecer a política de saúde mental para uso de álcool e outras drogas na cidade do Recife. Visa analisar o perfil socioeconômico dos usuários atendidos no CAPSAdIJ - Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas Infanto-Juvenil Luiz Cerqueira.

#### **3.2 Local do Estudo**

A pesquisa foi realizada no CAPSAdIJ - Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas Infanto-Juvenil – Luiz Cerqueira, localizando na cidade do Recife, e teve como referência o período de abril 2015 a abril 2017. Este período foi selecionado devido ao CAPSAd adulto ter sido readequado para atendimento ao público Infanto-Juvenil em abril de 2015.

O CAPS Prof. Luiz Cerqueira fica localizado à rua Álvares de Azevedo, nº 80, bairro de Santo Amaro, região central do Recife-PE. Em abril de 2015, foi adaptado para funcionar como referência para adolescentes usuários de álcool e outras drogas de toda cidade do Recife, na modalidade de CAPSAd tipo III, funcionando no período de 24 horas durante todos os dias da semana. A equipe técnica é formada por médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeira, assistente social e terapeuta ocupacional. O espaço físico tem sala para atendimento individual e em grupo, refeitório, espaço de convivência,

banheiros com chuveiro, 12 (doze) vagas para acolhimento noturno e posto de enfermagem.

### 3.3 População de Estudo e Amostra

Os dados foram obtidos a partir de consulta aos prontuários dos usuários que estão em tratamento no CAPSAdIJ, com idade compreendida entre 12 e 18 anos, no período de abril 2015 a abril de 2017, tendo como total de amostra 207 prontuários.

Foram incluídos no estudo prontuários dos usuários que foram atendidos nas modalidades *intensivo*, *semi-intensivo*, *não intensivo*; incluindo, inclusive, os que estão em regime de internamento no processo de 24 horas.

A portaria 336/2002 define como intensivo o tratamento demandado por usuário para um acompanhamento diário, devido seu estado clínico; já o atendimento na modalidade semi-intensivo é destinado aos usuários que precisam de acompanhamento frequente, mas não precisam estar diariamente no CAPS. Ainda de acordo com o que está estabelecido no PTS do usuário, o atendimento não intensivo é indicado quando o usuário, de acordo com seu quadro clínico, não demanda cuidados diários, podendo ter uma frequência menor.

Prontuários	Quantidades
Total de prontuários selecionados	207
Data anterior a abril de 2015	69
Idade < 12 anos	3
Idade > 18 anos	6
Rasurados/incompletos	5
Total	<b>124</b>

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos prontuários do CAPSad Luiz Cerqueira.

Foram excluídos da pesquisa os prontuários que não se enquadraram no perfil acima descrito ou ainda em função de qualquer outro fator que impossibilitasse o correto preenchimento do questionário, tais como dados incompletos, ilegíveis ou rasurados. A

coleta de dados foi realizada dentro do período de 6 meses, através de questionário estruturado (ANEXO I).

### **3.4 Instrumento Utilizado**

O instrumento utilizado foi um formulário, que, segundo Gil (2010), é uma espécie de questionário aplicado como técnica de investigação social, composto por um conjunto de questões que traduzem os objetivos da pesquisa, proporcionando os dados ao pesquisador quanto às características da população estudada. O instrumento para a coleta dos dados é composto por 21 questões objetivas (ANEXO 1). Para avaliação do perfil socioeconômico, foi utilizado questionário estruturado com perguntas fechadas, com as variáveis idade, sexo, raça/cor, estado civil, grau de escolaridade, condição laboral, religião, renda familiar, tipo de habitação (tipo de casa), coabitação (com quem mora) e endereço. Nesse questionário, também constam informações concernentes ao padrão de uso e frequência de uso de drogas, primeira droga usada, idade de uso, relação da droga com transtorno mental, bem como o tipo de substâncias utilizadas. As informações foram obtidas através do acompanhante do adolescente no momento do acolhimento, quando de sua chegada ao CAPS.

As perguntas utilizadas nesse questionário foram adaptadas do questionário utilizado pela pesquisa “Entre pedras e tiros: perfil dos usuários, estratégias de consumo e impacto social do crack” do Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas (GEAD), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob a coordenação da Professora Roberta Uchoa. A análise dos dados coletados foi submetida a esse instrumento e tais dados ainda foram estudados estatisticamente, podendo assim auxiliar no desenvolvimento da pesquisa.

### **3.5 Considerações Éticas**

Por ser feita uma análise nos prontuários dos usuários em atendimento nos CAPSAd, houve a necessidade de autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/CNS que define tais normas e diretrizes. O projeto também teve a autorização da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), órgão da Secretaria

de Saúde da Cidade do Recife, através de emissão da carta de anuência autorizando a pesquisa nos serviços.

Tendo em vista os riscos que podem advir da pesquisa e quanto aos possíveis riscos causados aos prontuários ao manuseá-los, foram evitados procedimentos que possam acarretar tais prejuízos, sendo manuseados pela pesquisadora com muito cuidado para evitar tais danos.

Quantos aos benefícios da pesquisa, podemos destacar que o CAPS terá informações sobre os adolescentes atendidos em seus serviços e, assim, poderá entender melhor como trabalhar as questões emocionais e psicológicas, com maior compreensão sobre os fatores que os levaram ao uso de substâncias psicoativas. A pesquisa poderá subsidiar os gestores públicos no planejamento e desenvolvimento de ações que busquem atender às necessidades dessas pessoas.

Os dados coletados durante o período da pesquisa serão armazenados no computador pessoal, em pasta de arquivo “dados coletados – Mestrado” sob a responsabilidade da pesquisadora em sua residência à Rua Rodrigo Costa, 35 Jiquiá, Recife/PE, por um período de 05 (cinco) anos, após o término da pesquisa.

### **3.6 Processamento e Análise dos Dados**

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/CONEP sob o nº 73757017.0.0000.5208. Os dados coletados foram categorizados, tabulados e agrupados, em tabela no software Microsoft Excell Windows 13, sendo analisados descritivamente e demonstrados em tabelas. Será utilizado o método sorve, que, entre outros requisitos, é indicado para pesquisa quantitativa, podendo ser utilizado para a obtenção de dados sobre uma população específica de estudo, sendo realizado por meio de um instrumento de pesquisa em que o pesquisador busca responder a questionamentos sobre ocorrência de determinado evento (FREITAS et al., 2000).

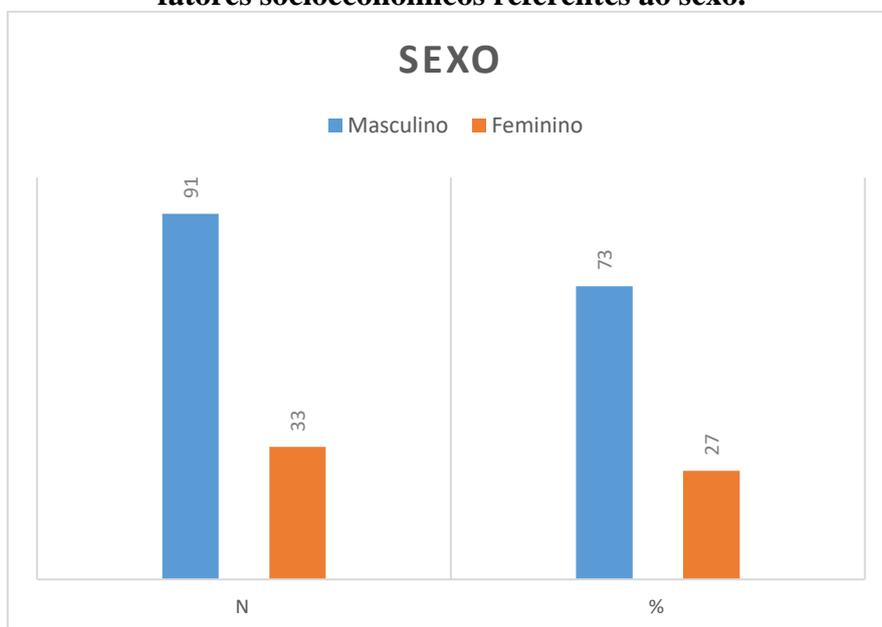
## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa proporcionou conhecer a Política de Saúde Mental da Cidade do Recife, caracterizar os adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas e identificar o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários que são atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas Infanto-Juvenil, na Cidade do Recife.

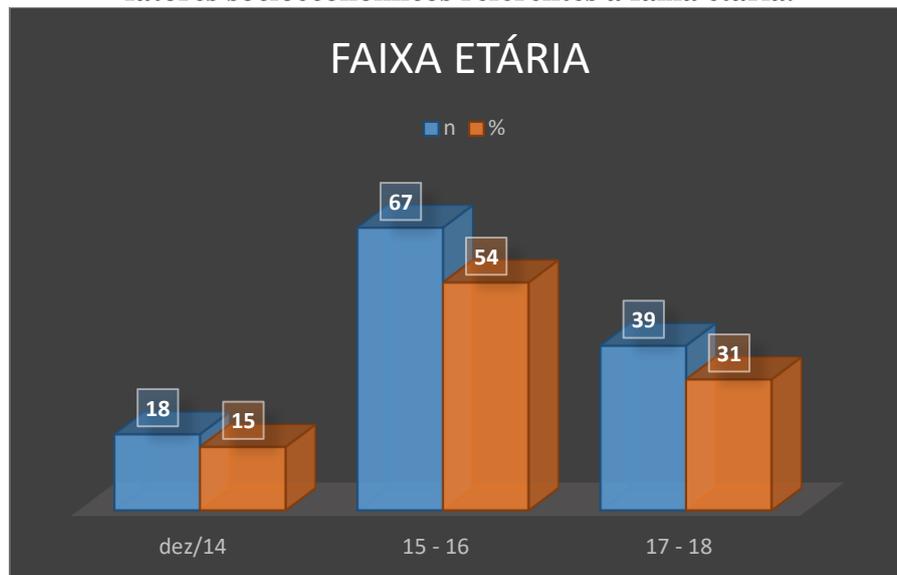
Assim, as informações obtidas poderão servir de subsídio para o planejamento e execução de ações e, ainda, para a criação de políticas públicas que busquem romper com aspectos hegemônicos que norteiam a atuação dos profissionais de saúde; assim, tais informações servirão para ainda possibilitar a melhoria no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde, na atenção multidisciplinar.

Abaixo, podemos observar os resultados obtidos em relação aos fatores socioeconômicos, com ênfase em questões primordialmente sociais, tais como sexo, religião e escolaridade.

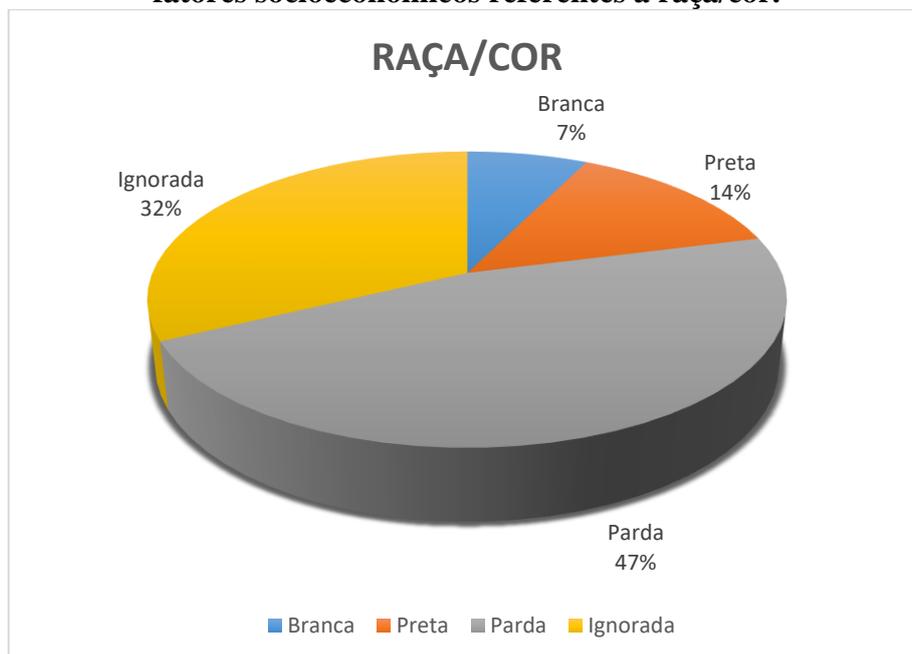
**Gráfico 1 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes ao sexo.**



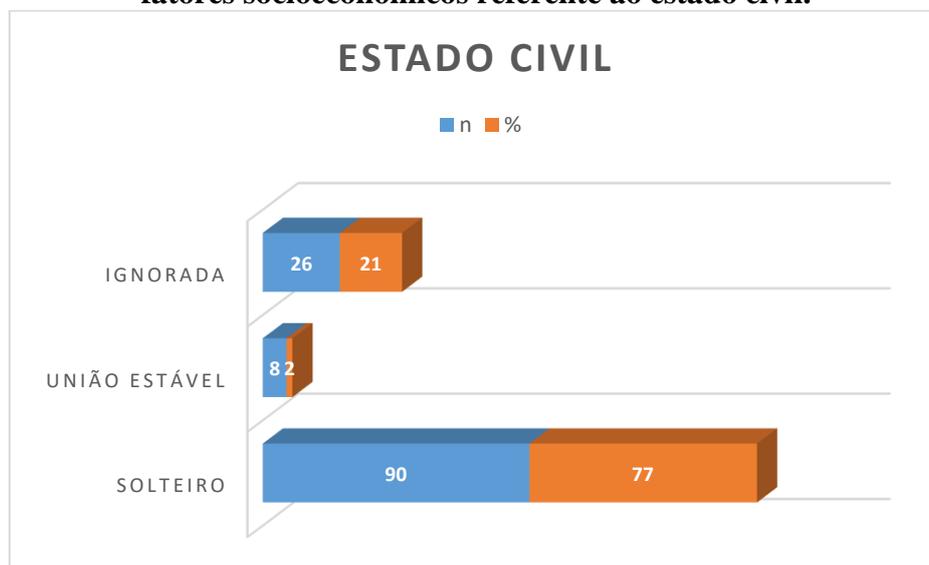
**Gráfico 2 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a faixa etária.**



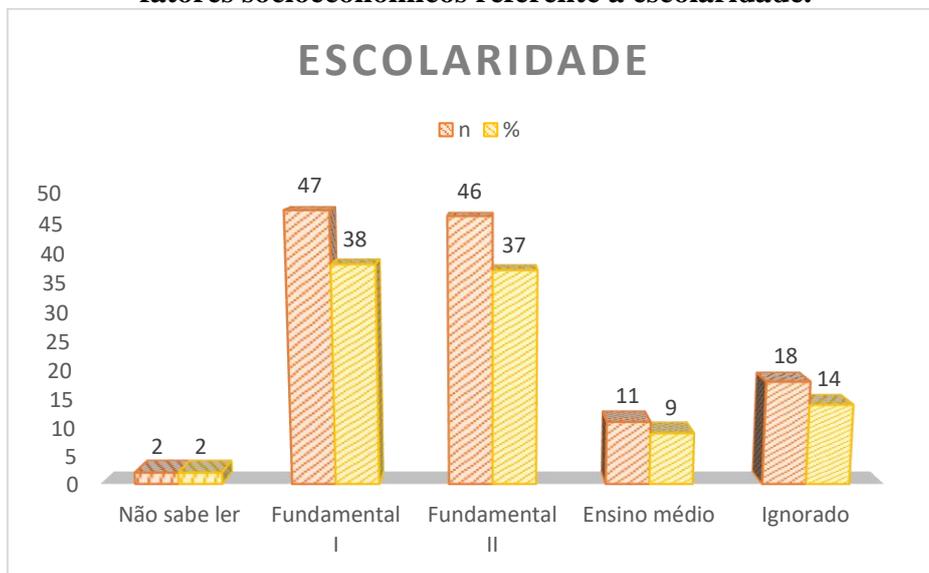
**Gráfico 3 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a raça/cor.**



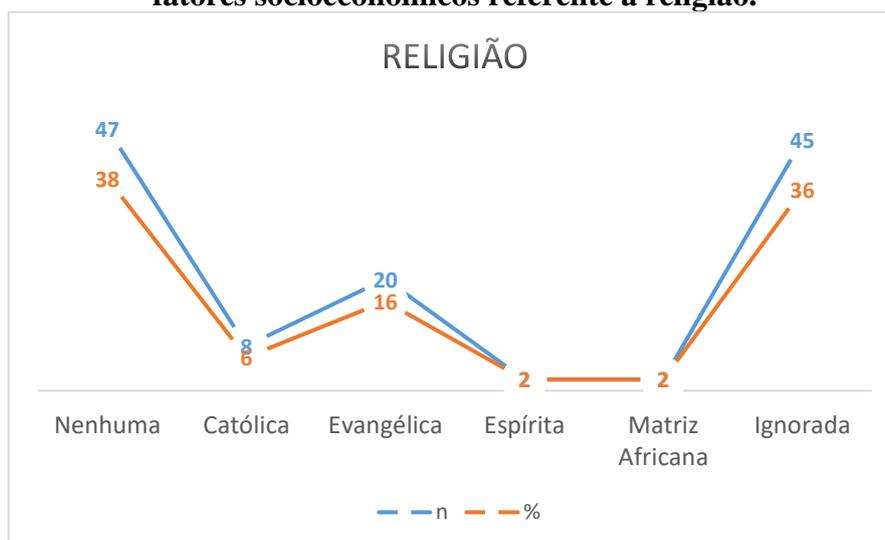
**Gráfico 4 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referente ao estado civil.**



**Gráfico 5 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referente a escolaridade.**



**Gráfico 6 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referente a religião.**



**VEJA O COMENTARIO QUE FIZ PARA A TABELA SEGUINTE. APLICA-SE A ESTA**

No total, foram analisados 124 prontuários. Desses, 91 (73%) são de usuários do sexo masculino e 33 (27%) do sexo feminino. (Gráfico 1). A proporção entre os sexos manteve-se em todas as faixas etárias, com prevalência nas faixas entre 15 e 16 anos com o quantitativo de 67 adolescentes, o que equivale a (54%) do total. (Gráficos 2). Quanto a cor e raça, predomina a cor parda com 47%, equivalente ao total de 58 ocorrências do universo de estudo (Gráfico 3); já quando avaliado o estado civil, solteiros somam 77% do público alvo. (Gráficos 4). Na variável escolaridade, observa-se a média com nível de instrução baixa equivalente a 47 adolescente (37%) que cursaram ou ainda cursam o Ensino Fundamental. Ainda, 47 adolescentes (38%) informaram não ter nenhuma religião (Gráficos 5 e 6).

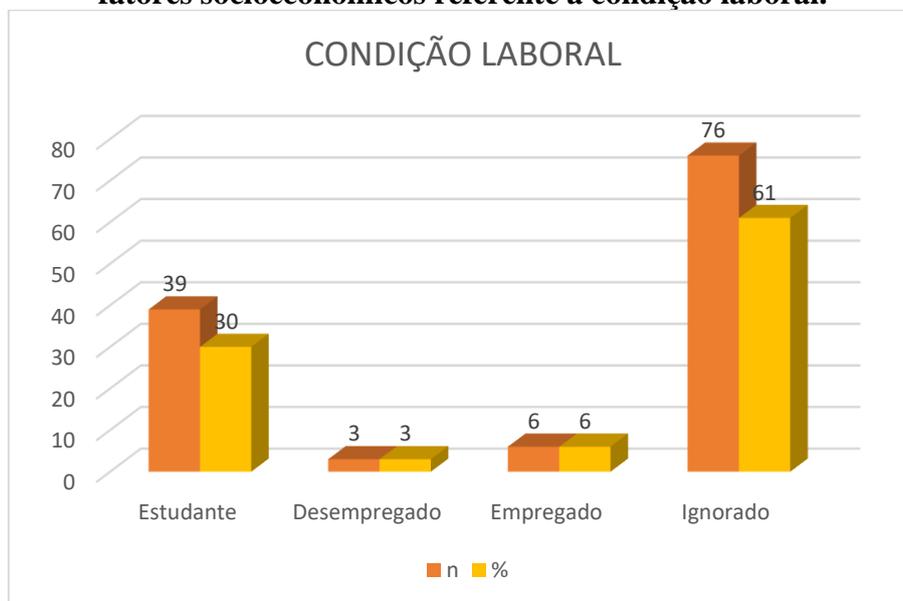
De acordo com Pavani et al. (2007), as mudanças biológicas, sociais e emocionais, nessa fase do desenvolvimento, levam o adolescente a entrar em conflito, necessitando de recursos sociais e comunitários para melhor adaptação (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Quando isso não ocorre, ele tende a buscar sua identidade, tornando-se vulnerável e susceptível a novas experiências, tais como o uso de substâncias psicoativas.

O adolescente tem dificuldade em responder criticamente às situações que lhes são determinadas pela vida, assim ele tende a vivenciar novos sentimentos, podendo recorrer a experiências com substâncias psicoativas, correndo o risco de tornar-se

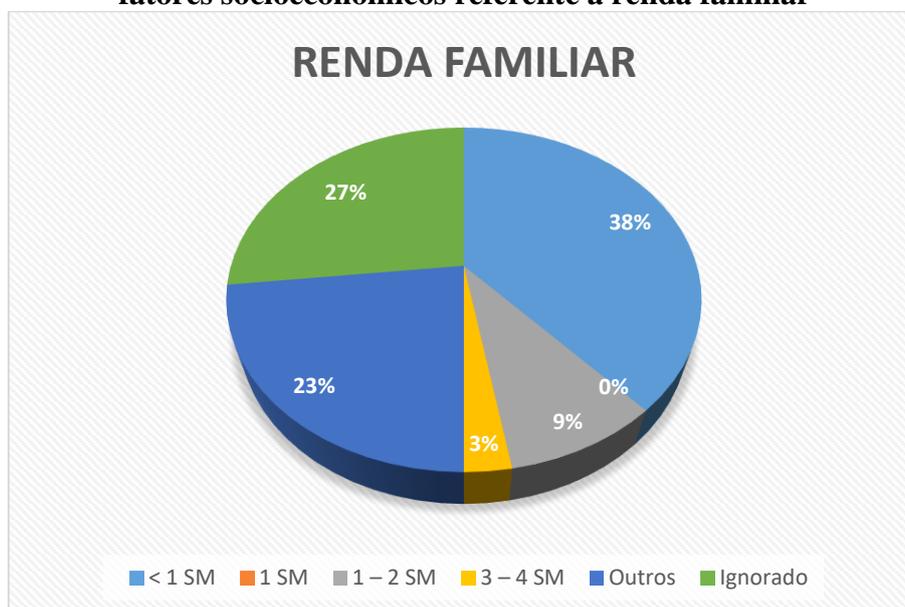
dependente e comprometendo, assim, seu desenvolvimento nas próximas etapas da vida (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Quanto aos dados, destacamos que houve intensa prevalência do sexo masculino, o que também se faz presente em outros estudos brasileiros em relação ao perfil de usuários de drogas atendidos em CAPSad (FARIA; SCHNEIDER, 2009; PEIXOTO et al., 2010). Medina et al. (2001) corrobora com tal afirmativa quando diz que isso pode estar congruente à maior predominância do uso de drogas ilícitas pelo sexo masculino, principalmente maconha e cocaína, e o álcool enquanto droga lícita. Nesse sentido, observamos que essas são as substâncias mais usadas por quem mais procura cuidado junto ao CAPSad.

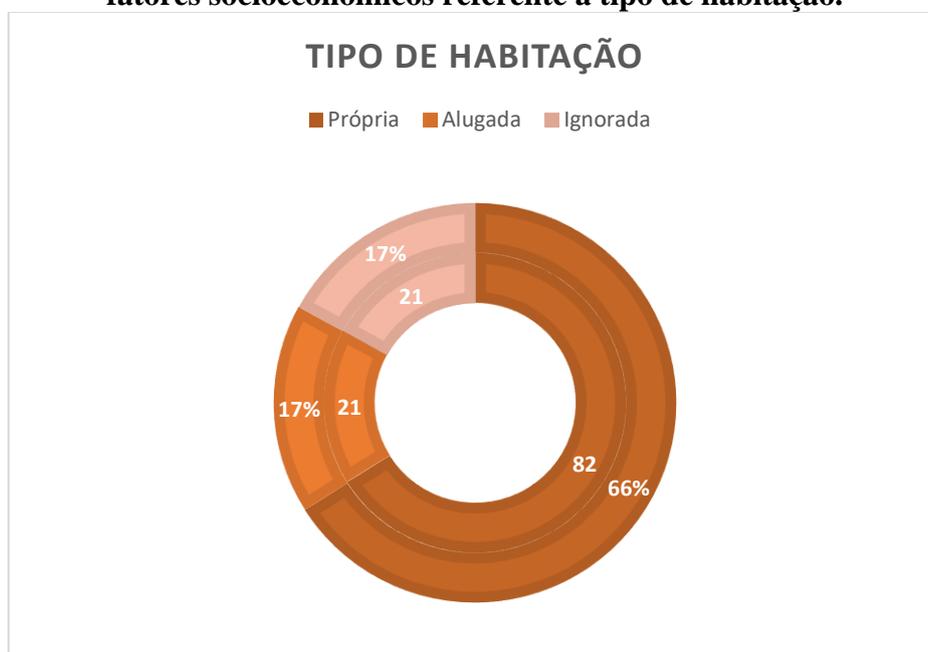
**Gráfico 7 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referente a condição laboral.**



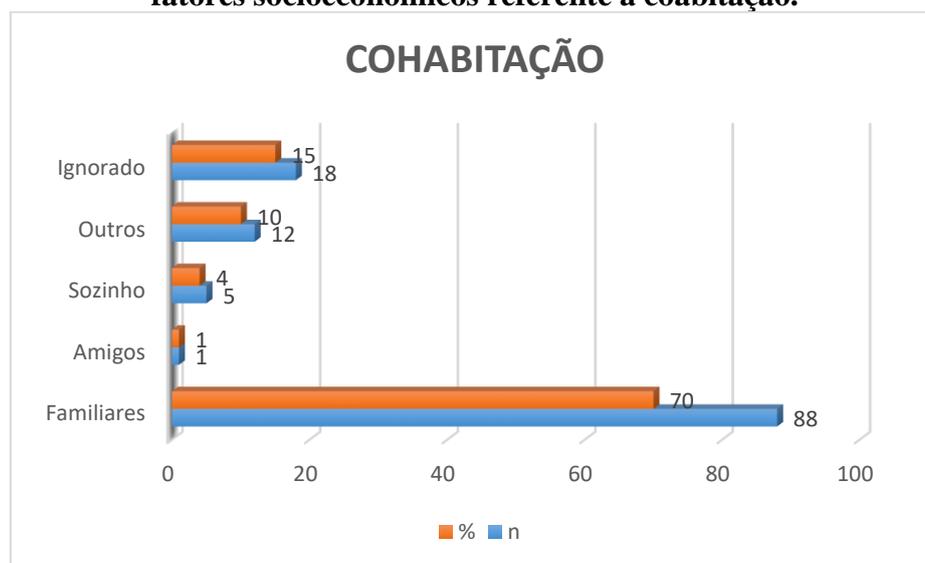
**Gráfico 8 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referente a renda familiar**



**Gráfico 9 - O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referente a tipo de habitação.**



**Gráfico 10 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referente a coabitação.**



**ESTA TABELA FICARIA MELHOR SEPARADA EM VARIAS POR FATOR SOCIO ECONOMICO (VARIAS TABELAS, UMA COM CONDICAO LABORAL, OUTRA COM RENDA FAMILIAR, ETC) OUTRA COISA: SE PUDESSE COLOCA-LAS COMO GRAFICO (HISTOGRAMA, PIZZA OU OUTRA TALVEZ FICASSE MELHOR, NÃO?)**

Conforme o (Gráfico 7), quanto à condição laboral, 39 adolescentes (equivalente a 30%) informaram ser estudantes, apenas 3 adolescentes informaram não trabalhar; por outro lado, a maioria ignorou essa variável, com 76 adolescentes, correspondendo a 61% da amostragem. Quando analisamos o (Gráfico 8), foi verificado que as famílias desses adolescentes têm renda baixa, menor que um salário mínimo, sendo muitas vezes verbalizado que o sustento da família vem de projeto social do governo federal, o “bolsa família” – definido como um programa de transferência de renda, para famílias que vivem em situação de pobreza e de extrema pobreza no país (BRASIL, 2004a). Verificamos que 82 adolescentes (66%) moram em casa própria e, em companhia de familiares, foram 88 (70%). (Gráficos 9 e 10).

Segundo Silveira, Santos e Pereira (2012), a vulnerabilidade social está relacionada à baixa condição socioeconômica, como também foi observado nesse estudo. Contudo, observa-se que o uso de substâncias psicoativas está relacionado à própria fragilidade a que o adolescente está exposto devido à sua condição de ser em desenvolvimento, com busca de novas descobertas, e à fragilidade de vínculos afetivos

(BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002). Ainda se observa que o antagonismo social provoca contestação de valores e o vandalismo pode funcionar como uma válvula de escape entre o desejo do novo e o medo do desconhecido, ficando difícil manter o equilíbrio entre a norma do grupo juvenil e os valores familiares.

Abaixo, apresentamos uma série de tabelas e gráficos que demonstram mais claramente as relações que os adolescentes estabelecem com a droga, em aspectos como idade de uso da primeira droga, o tipo de primeira droga, entre outros.

**Tabela 2 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a idade de uso da primeira droga.**

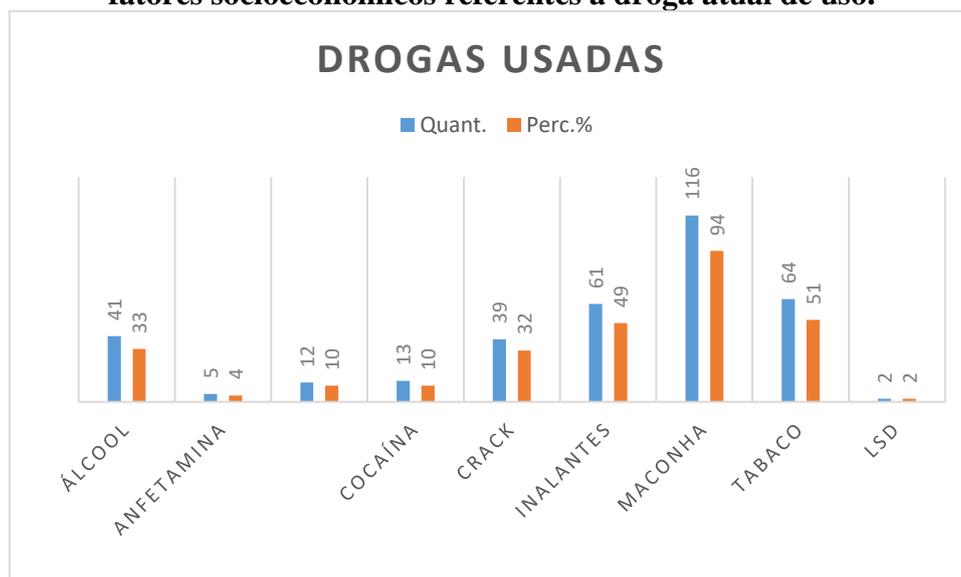
Idade de uso da primeira droga (anos)	Ocorrências	%
7	4	3
8	3	2
9	6	5
10	7	6
11	13	10
12	16	13
13	22	18
14	16	13
15	13	10
16	5	4
17	1	1
Ignorado	18	15

A média de idade para início de uso das drogas configurou-se como 10,3 anos.

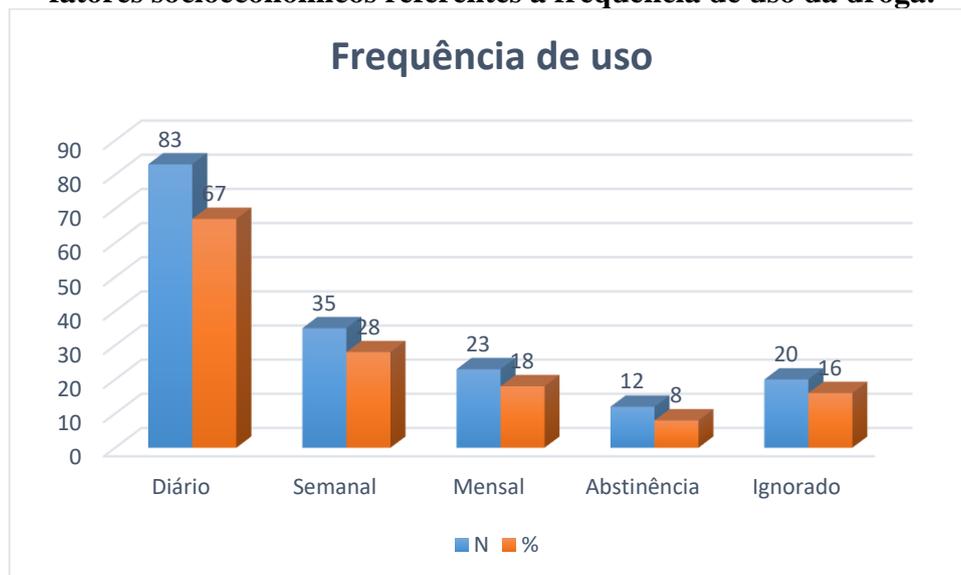
**Gráfico 11 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes à primeira droga de uso.**



**Gráfico 12 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes à droga atual de uso.**



**Gráfico 13 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes à frequência de uso da droga.**



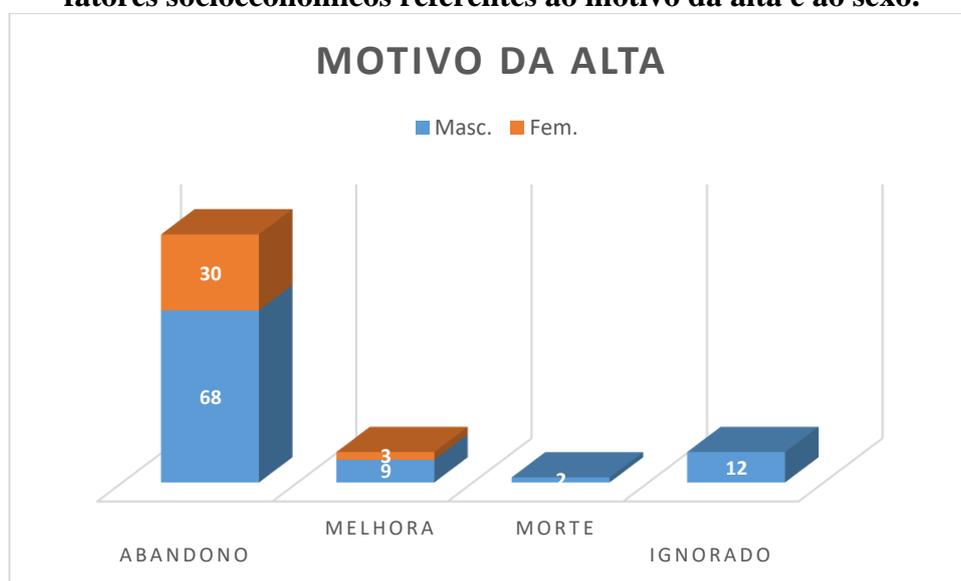
Os Gráficos 11, 12 e 13 apresentam a composição por grupo da amostra referente ao tipo e à primeira droga de uso. Quanto ao primeiro grupo, foi constatado que 116 adolescentes (94%) fizeram uso de maconha, seguido do tabaco com 64 adolescentes (52%). No entanto, outras drogas foram usadas pelos adolescentes que procuraram atendimento no CAPS. As drogas lícitas, como tabaco, álcool, anfetaminas, benzodiazepínicos e inalantes, fazem parte do cotidiano desses jovens. É observado um quantitativo grande de jovens que fazem uso do crack, com 39 usuários (31,2%). Apenas um percentual pequeno usa LSD (dietilamida do ácido lisérgico), com 2 ocorrências (2%), ou cocaína, com 13 adolescentes (10%). Dentre as drogas ilícitas, a maconha se configurou como a droga predominante na experimentação (VASTERS; PILLON, 2011), no universo de 124 sujeitos, a maconha foi a primeira droga ilícita de 80 adolescentes.

A idade mínima registrada nos dados para a experiência de primeiro uso da droga ilícita ocorreu de modo muito precoce, com 07 – 15 anos, tendo 13 anos como a idade prevalente entre os sujeitos do estudo, tal como corroborado com Vasters e Pillon (2011). A literatura ressalta que é nessa faixa etária em que há a maior possibilidade de ocorrer a experimentação, com maior prevalência no sexo masculino (GALDURÓZ et al., 2005; MUZA et al., 1997). Quando a variável está relacionada à frequência do uso da droga, fica caracterizada como a maioria de usuários (83 adolescentes) com forma de consumo diária.

Ao fazer uso de drogas, há no adolescente o desejo e a busca pelo prazer, todavia, devem-se considerar a vulnerabilidade do indivíduo, seu contexto e ainda o dano dos efeitos acumulativos que a substância pode causar (SCHENKER; MINAYO, 2005). Com essa prática, há também o comprometimento das funções cognitivas, sociais e emocionais. Há, nesse momento, a necessidade de relações familiares sólidas que servem de proteção para o adolescente (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Tais observações são corroboradas neste estudo, principalmente no que diz respeito aos danos acumulativos. Foi observado que, quanto mais tempo de uso, mais a quantidade de substâncias aumenta em relação à variedade. Adolescentes que começaram usando uma droga aos 12 anos, aos 17 anos, já se encontravam usando até 07 substâncias, com média de 27 usuários para o uso de 2,5 tipos de drogas, conforme Gráfico 12. Para analisar esta correlação entre variáveis, foram relacionados 09 tipos de drogas: álcool, tabaco, inalantes, anfetaminas, benzodiazepínicos, maconha, cocaína, crack e LSD. A frequência de uso demonstra a necessidade da busca pelo prazer em detrimento dos riscos oferecidos pela substância.

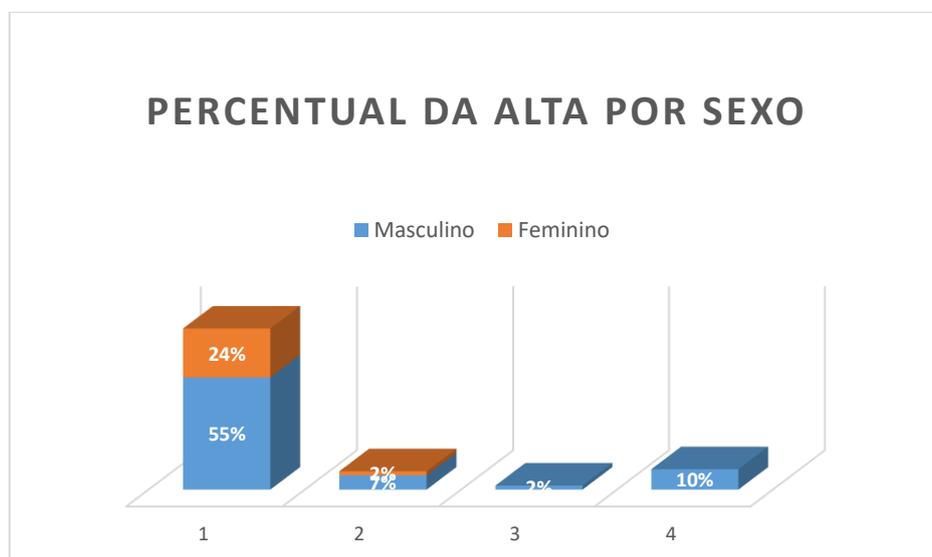
**Gráfico 14 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes ao motivo da alta e ao sexo.**



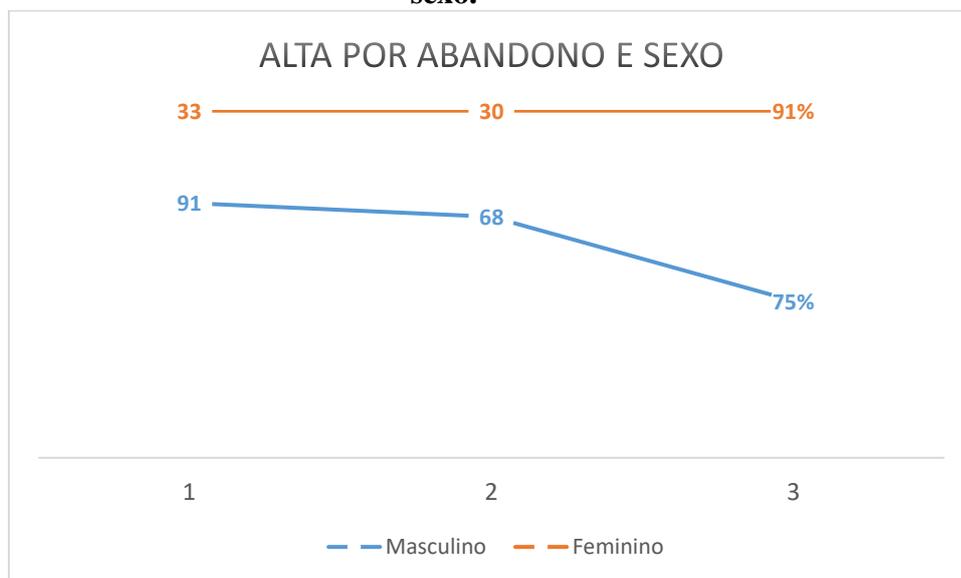
No Gráfico 14, percebe-se que o motivo da alta se dá principalmente por abandono, atingindo o total de 98 adolescente que não concluíram o tratamento; 12 dos adolescentes tiveram alta por melhora, e 2 deles morreram durante o tratamento – no prontuário estava relatado que foram assassinados devido a problemas com traficantes.

Sobre 12 dos adolescentes atendidos, não havia a informação do motivo da alta. Segundo Vogel e Slob (2014), em estudo realizado no Hospital Geral em Taipas, PR, mais de 50% dos jovens envolvidos com o uso de drogas são assassinados, especialmente por armas de fogo em envolvimento com traficantes. Segundo dados da UNICEF (apud AZEVEDO; FERNANDES, 2016), a taxa de homicídio entre adolescentes negros é 4 vezes maior do que entre adolescentes brancos e, se for do sexo masculino, esse valor acresce em 12 vezes. O Brasil convive com violação dos direitos de adolescentes, principalmente aqueles jovens, negros, do sexo masculino, moradores das periferias dos centros urbanos (AZEVEDO; FERNANDES, 2016).

**Gráfico 15 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a percentual da alta por sexo.**



**Gráfico 16 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes a percentual da alta por abandono segundo o sexo.**



Analisando a variável “alta por abandono”, foram computados todos prontuários em que os tratamentos não foram concluídos. De acordo com o Gráfico 16, houve grande quantidade de alta por abandono, correspondendo a (79%) da amostra total, equivalente a 98 prontuários. Desse quantitativo, corresponde o percentual para o sexo masculino de 75% e para sexo feminino de 91%. A reforma psiquiátrica brasileira tem o grande desafio de voltar o cuidado às demandas de saúde mental, mas principalmente às crianças e aos adolescentes (VASTERS; PILLON, 2011). Esse cuidado deve ser potencializado através de estratégias de intervenção, uma vez que há vários impedimentos, em diversos contextos, mas especialmente nesse público (VASTERS; PILLON, 2011).

Quando a variável analisada foi motivo da alta por sexo, podendo o resultado ser observado no Gráfico 16, fica visível que os adolescentes do sexo masculino são mais propensos a não concluir o tratamento. No entanto, quando analisada a proporção de alta por abandono, conforme Gráfico 16, é demonstrado que 91%, ou seja, 30 adolescentes do sexo feminino abandonaram o tratamento, enquanto o abandono ficou em torno de 75% do sexo masculino, no universo de 91 adolescentes.

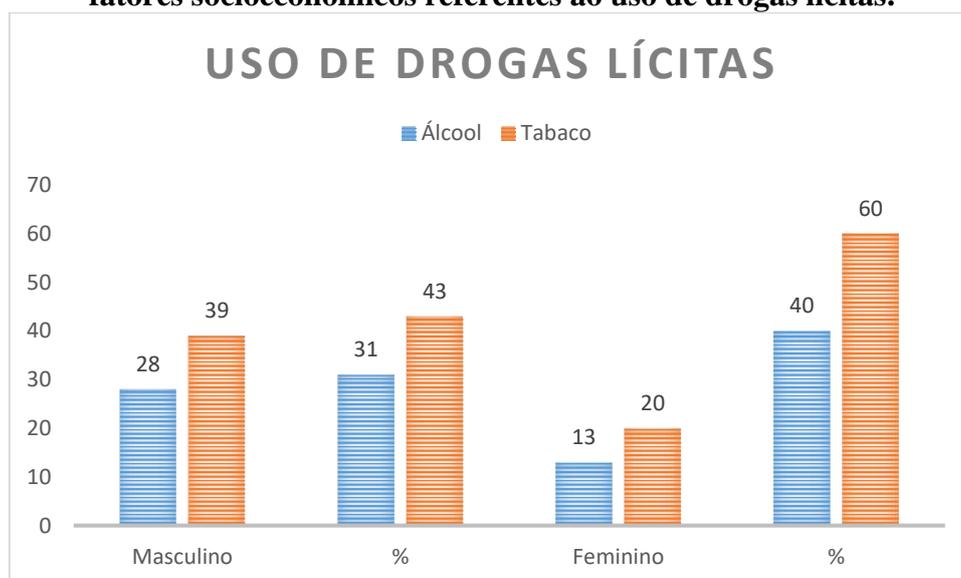
A pesquisa permitiu perceber o alto índice de alta por abandono, com a prevalência de 79% desse tipo de alta. Fernandes et al. (2017) corroboram com a afirmação e demonstram, em sua pesquisa, que o índice de abandono foi de 82% e que,

no Brasil, em geral, esses índices são superiores a 50%, chegando até 90% de evasão nos CAPS de atendimento a adolescentes.

O sexo feminino tem maior taxa de alta por abandono, e Silva (2013) relata, em sua pesquisa, que essa evasão está associada a fatores socioeconômicos, estruturais e socioculturais, referentes à localização do serviço e à falta de recursos financeiros para despesas com condução, ainda relacionados ao preconceito e estigma, que estão subordinados diretamente a essas barreiras.

Segundo Zilberman (2003), as mulheres se beneficiam mais no tratamento no CAPSad quando existe um programa voltado só para elas, uma vez que a presença de homens estimula uma linguagem própria masculina, já que eles são maioria. Nesse sentido, a falta de atividade específica e a menor frequência do sexo feminino no serviço podem estar relacionadas a diferença da proporção entre os dois sexos (SILVA, 2013).

**Gráfico 17 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes ao uso de drogas lícitas.**



As drogas álcool e tabaco são consideradas lícitas, sendo o tabaco consumido por 59 dos usuários do CAPS enquanto o álcool foi consumido por 41 sujeitos, conforme demonstrado no Gráfico 17.

Para Schor (1996), existe uma correlação entre o excesso de álcool dos pais e de seus filhos. Ele lembra que os parâmetros de comportamento dos pais e as relações familiares são, na maioria das vezes, agentes motivadores para as atitudes dos filhos.

Schenker e Minayo (2005) apontam que o alcoolismo tem uma interferência destrutiva no contexto familiar e essa disfunção executa papel de mediação na transmissão intergeracional de comportamentos. Por outro lado, a relação que o indivíduo tem com a droga é influenciada no âmbito das interações. Assim, embora o consumo de drogas esteja relacionado com o comportamento dos pais, pois os filhos usam como modelo o comportamento de seus pais, o que mais pesa nessa relação é o comportamento permissivo dos pais (HAWKINS et al., 1992; BROWN et al., 1993 apud SCHENKER; MINAYO, 2005). Para Tec (1974), uma relação familiar gratificante pode funcionar como fator protetor, quando os membros são capazes de promover um contexto familiar amoroso, afetuoso e de cuidado, mesmo os pais sendo adictos.

**Gráfico 18 – O uso de álcool e outras drogas em adolescentes e sua relação com fatores socioeconômicos referentes à droga que levou à procura por tratamento.**



A pesquisa sofre limitações quando analisa as drogas que levaram os adolescentes a procurarem por tratamento, uma vez que este campo não consta no formulário do prontuário e algumas informações estavam escritas por cada entrevistador no acolhimento. Portanto, o percentual de 81% é referente aos 100 prontuários que tiveram essa informação ignorada. No estudo, foi observado que a maconha é a droga mais consumida, mas também a que leva o usuário à procura por tratamento no CAPSad. Gráfico18.

O uso de drogas por adolescentes proporciona comportamentos de risco, que frequentemente se prolongam por toda a vida (PALMER et al., 2009; HERON et al., 2002 apud IBGE, 2016).

Dentre as drogas usadas pelos adolescentes, foi observado, na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (IBGE, 2016), que o número de adolescentes usuários do tabaco diminuiu em relação à mesma pesquisa do ano de 2012 (IBGE, 2013), do percentual de 59,9%, em 2012, para 50,9%, em 2015 (IBGE, 2016). Mesmo com essa redução no Brasil, o tabaco é a principal causa de morte evitável (OMS, 2015 apud SMAILI, 2016) e ainda é o uso do tabaco grande obstáculo para o desenvolvimento desses adolescentes.

A pesquisa demonstra que um serviço especializado para essa faixa etária favorece e potencializa o acolhimento, atendendo uma demanda de pessoas que necessitam de cuidado especial, por sua especificidade e singularidade. Antes do funcionamento desse serviço, os adolescentes eram atendidos no CAPSAd para adultos, contudo, observando-se as recomendações do ECA.

Ao analisar o perfil dos usuários atendidos no CAPSAdIJ, confirmou-se que o serviço atende todas recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde para atendimento às pessoas com transtorno mental ou sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas. As atividades terapêuticas são desenvolvidas de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do adolescente juntamente com a família, visando a reinserção social e seu retorno às atividades que proporcionem seu desenvolvimento físico e mental. Entre as atividades, compreendem-se consulta clínica, oficinas terapêuticas, atendimentos em grupo, passeios e atividades esportivas.

O estudo mostra alta prevalência de comportamento de risco para experimentação de drogas lícitas e ilícitas por adolescentes do sexo masculino, vislumbrando possíveis problemas de saúde. A população estudada é predominantemente masculina, de cor autodeclarada parda, morando com os pais, solteira, com baixo nível de escolaridade, expressando em sua maioria não ter religião, com renda familiar mensal menor que um salário mínimo e dependente financeiramente de seus pais. Quanto ao contexto do uso de drogas entre adolescentes no Brasil, demonstra-se que a predominância de procura para tratamento do uso de drogas é masculina, sendo tal afirmação constatada por estudo feito com amostra de 223 prontuários, cujo percentual de 83,9% corresponde a usuários do sexo masculino. Em Jequié/BA, Rodrigues et al. (2013) analisou 221 prontuários e verificou que 62% dos usuários atendidos eram do sexo masculino. Também foi observado um percentual de 84,6% da população assistida referente ao sexo masculino

em estudo semelhante (JORGE; CARVALHO, 2010) conduzido na cidade de Viamão/RS, em que foram analisados 331 prontuários e foi constatada a mesma prevalência para o sexo masculino. No Paraná, na cidade de Londrina, Velho (2010) registrou que 85,4% usuários do CAPSAd eram do sexo masculino. Desta forma, podemos constatar que, independente da região ou do número da amostra, o sexo masculino prevalece entre os usuários do CAPSAd (MACAGNAN; MENETRIER; BERTOLOTTI, 2014).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a complexidade do tema estudado, entendemos que as possibilidades não se esgotam com esta pesquisa, mas que este estudo serve de estímulo para se continuar investigando e fomentando a construção de políticas públicas sobre o cuidado ao adolescente usuário de drogas.

Inovar no processo de cuidado desse adolescente é uma provocação a todos que realizam o cuidado desse público e um grande desafio oportuno aos profissionais de saúde, uma área em que há a necessidade de fortalecer os vínculos de proteção, avançando com práticas que possam ser transformadoras na promoção e prevenção à saúde, assegurando os direitos constitucionais dessa parcela da população.

Nesse momento, a intersetorialidade é extremamente necessária para garantir a assistência do cuidado, envolvendo a família, a comunidade, a saúde, a educação, a assistência social, a justiça, os direitos humanos, com isso garantindo o acesso à escola para formação do sujeito, o acesso à saúde de qualidade para garantir a fase adulta saudável, o acesso ao lazer, ao emprego, à inserção social e a todos os equipamentos necessários para garantir seu desenvolvimento de forma saudável, tanto no aspecto físico, quanto no psíquico e social.

Há a necessidade de trabalho preventivo junto aos usuários, no sentido de sensibilizar a sociedade, principalmente aqueles que estão no cuidado direto, tais como a família, a escola, os profissionais de saúde, quanto à maneira de visualizar e enfrentar o problema do uso das drogas.

O perfil desse público aponta para a necessidade de reflexão e elaboração de políticas públicas que atendam de forma resolutiva e eficaz, assegurando os direitos constitucionais dessa parcela da população, devendo incentivar a prevenção e promoção da saúde, com articulação entre os setores de saúde, educação, assistência social e direitos humanos, garantindo, assim, acesso à escola para formação do sujeito, acesso à saúde de qualidade para garantir a fase adulta saudável, e acesso a lazer, emprego, dentre outros.

Há a necessidade do acompanhamento da família e da escola, pois, como foi observado no estudo, a experimentação da droga lícita ou ilícita teve, muitas vezes, seu início na fase primeira da vida da criança, aos 7 anos de idade, e, como a psicanálise

evidencia, é nessa fase em que se forma a personalidade do sujeito, da qual ele vai levar seus feitos até o final de sua existência, cabendo, portanto, à família papel fundamental na constituição desse sujeito.

Os dados reforçam a necessidade de que haja estudos transversais e integrados, pois trabalhar com adolescentes exige do profissional um olhar diferenciado das diversas formas de acolher, além de dinamismo e quebra de paradigmas. A equipe multiprofissional para acompanhar esses adolescentes dentro do serviço precisa estar estimulada, com a mente aberta para novos conceitos e formas de cuidado, pois o dinamismo da idade e a percepção de mundo desses adolescentes requerem algo mais e, até, além do que é ofertado nos moldes da atenção à saúde mental.

A RAPS é dinâmica, viva e estimulante, mas precisa ser adaptada para esse público. Esse cuidado deve estar para além das portarias, decretos e métodos pré-estabelecidos, pois esse público exige mais do que está preconizado pelo SUS, demonstrando resultados efetivos e, quando se refere especificamente aos adolescentes, precisando se pensar no futuro.

Ficou evidenciado que o controle dos dados dos usuários inseridos nos prontuários está fragilizado, uma vez que 83 dos prontuários consultados (40%) estavam com os dados incompletos, não apresentando informações necessárias conforme o objetivo do estudo, qual seja a de conhecer o perfil dos adolescentes atendidos no CAPSAd Luiz Cerqueira. Pensando nesse recorte, percebe-se a necessidade de um melhor acompanhamento desses prontuários quanto às informações neles preenchidas, tais como uma letra mais compreensível, a escrita de forma mais clara, o preenchimento em todos os campos dos formulários, ressaltando ainda que há a necessidade de organizar o serviço quanto à guarda dos documentos, de forma que possa preservar os prontuários arquivando-os de maneira adequada para que suas informações sejam preservadas.

Ainda sobre observações em relação aos prontuários, a criação de um formulário padronizado para esse serviço será de fundamental importância, uma vez que os adolescentes apresentam especificidades que não foram contidas no formulário atual, tais como os dados sobre os pais, a situação sociodemográfica dos mesmos ou ainda a relação com as drogas.

Quanto à estrutura física do CAPS, esta precisa ser adequada para receber esse público, que precisa de espaço adequado para atividades físicas, oficinas terapêuticas, atividades educativas, buscando fomentar ainda mais espaços de discussões e liberação

de subjetividade, para construção de sujeitos saudáveis com perspectivas de crescimento para um futuro promissor.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. D. Uso de álcool, tabaco e drogas por jovens e adultos da cidade de Recife. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 66, pp. 295-302, 2011.
- AMAZONAS, M. C. L. et al. Arranjo de crianças de camadas populares. **Psicologia em estudo**, v. 8, número especial, pp. 201- 208, 2003.
- AZEVEDO, A. C. de O.; FERNANDES, R. M. Violência e juventude negra: um estudo sobre a política de proteção de crianças e adolescentes ameaçados de morte. **Revista de Movimentos Sociais e Conflitos**, Brasília, v. 2, n. 1, pp. 234 – 251, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edição 70, 2008.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias**: uma introdução ao estudo da psicologia. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BRASIL. **Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm). Acesso em: 18 jul. 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece diretrizes para funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, 2002, nº 19, sessão 01. Brasília, 2002a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 7 mar. 2017.
- BRASIL. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Lei Federal n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia>. Acesso em: 10 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visa, à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos e substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por essa portaria. Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html). Acesso em: 16 de jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde-Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas-Serviço Social da Indústria, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088, de 30 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, nº 247, de 26 dez. 2011. Seção 1, págs. 230-232.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde- Cadernos de Atenção Básica, n. 34, 2013a, p. 173.

BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Online, 2013b. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>. Acesso em: 07 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6 ed. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014a.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Atenção integral na rede de saúde**. Módulo 5. 7 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014b.

BRASIL. **Portaria GM nº 1271, de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2014c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 07 set. 2017.

CAMPOS, H. M.; SCHALL, V. T.; NOGUEIRA, M. J. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Saúde em debate**, v. 37, n. 97, p. 336-346, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-1ORGANIZAÇÃO DAS1042013000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1ORGANIZAÇÃO DAS1042013000200015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 nov. 2018.

CARLINI, E. A. et al. (Supervisão). **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais – 2010**. São Paulo: CEBRID; UNIFESP; SENAD, 2010.

COSTACURTA, R.; TOSO, B. R. G.; FRANK, B. R. B. O perfil de crianças e adolescentes atendidos em centro de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 9, Supl. 7, pp. 8976-8884, 2015.

DAHLBERG, L.; KRUG, E. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, suplemento, pp. 1163 – 1178, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0>. Acesso em: 19 nov. 2018.

DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. IME/USP. Brasília: SENAD, 2009. Disponível em: <http://obid.senad.gov.br/obid/dados-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-e-estatisticas/populacao-geral/rdb-2009-pt.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2017.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**, v. 2, n. 2, pp. 6-7, 2005. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167). Acesso em: 17 out. 2017.

ESCOHOTADO, A. **A história general de las drogas**. Madri: Ed. Espasa Calpe, 2004.

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

FERNANDES, S. S. et al. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, pp. 131-137, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201700020268.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, v. 35, n. 3, p. 105 – 112, 2000.

GALDURÓZ, J. C. et al. Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country-2001. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 30, n. 3, p. 545 – 556, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15718070>. Acesso em: 19 nov. 2018.

GARCIA, L. S. S. et al. Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas. 6 ed. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. p. 312.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIACOIA JÚNIOR, O. **Nietzsche: o humano como memória e como promessa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciências em Saúde coletiva**, v. 14, n.1, pp.297-305, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasília, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **PeNSE** - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro, 2013.

JORGE, A. C. R.; CARVALHO, M. C. **Analisando o Perfil dos Usuários de um CAPS AD**. 2010. 23 f. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Educação Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LARANJEIRAS, R. et al. (supervisão). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas (INPAD)/UNIFESP, 2014.

MACAGNAN, J. P.; MENETRIE, J. V.; BORTOLOTTI, D. S. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial no município de Francisco Beltrão - Paraná. **Biosaúde**, Londrina, v. 16, n. 2, pp. 34-44, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/biosaude/article/view/24354/17933>. Acesso em: 09 out. 2018.

MARLATT, G. A. **Redução de Danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MEDINA, M. G. et al. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. pp. 161-179.

MONTEIRO, C. F. de S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, pp. 90-95, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100013>. Acesso em: 17 nov. 2018.

MUZA, G. M. et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP: prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, 1997. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000100005](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100005). Acesso em: 19 nov. 2018.

PAULA, M. L. **Adolescente em situação de uso de crack, sua família e as políticas de proteção social: avanços e desafios**. 2013. 204 f. Dissertação de Mestrado – Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, UECE, Fortaleza, 2013.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PAVANI, R. A. B. et al. Caracterização do consumo de maconha entre escolares do ensino médio de São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2003. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 2, pp.157-167, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200004>. Acesso em: 17 nov. 2018.

PEIXOTO, C. et al. 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). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, pp. 317-321, 2010.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Gerência de Saúde Mental**. Disponível em: [se.pe.gov.br](http://se.pe.gov.br). Acesso em: 17 ago. 2018.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. 2014. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/servico/plano-municipal-de-saude-pms-2014-2017>. Acesso em: 07 jul. 2017.

RODRIGUES, L. S. A. et al. Perfil dos Usuários Atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool Drogas. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 7, n. 8, pp. 5191-7519, 2013. Disponível em: [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/). Acesso em: 05 nov. 2016.

SANTOS, U. A. L. **A globalização do narcotráfico**: a influência das convenções internacionais sobre drogas no âmbito da ONU para o combate às drogas e as políticas públicas brasileiras. 2010. 79 f. Monografia – Departamento de Relações Internacionais, Centro Universitário de Brasília – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS, Brasília, 2010.

SCHENKER, M. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciências em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, pp. 707-717, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300027&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 set. 2018.

SCHOR, E. L. Adolescent alcohol use: social determinants and the case for early family-centered prevention. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 73, n. 2, pp. 335-356, 1996.

SILVA, P. L. **Mulheres usuárias de substâncias psicoativas: barreiras de acessibilidade em um CAPSAD**. 2013. 50 f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, 2013.

SILVEIRA, R. E.; SANTOS, Á. da S.; PEREIRA, G. de A. Consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre adolescentes do ensino fundamental de um município brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser IV, n. 2, pp. 51-60, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832014000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 set. 2018.

SMALI, S. As drogas e a universidade pública. **Revista Entretese**, n. 6 Especial Drogas: um desafio do século XXI, p. 7, 2016. Disponível em: <http://www.unifesp.br/reitoria/dci/publicacoes/entreteses/item/2187-as-drogas-e-a-universidade-publica>. Acesso em: 19 nov. 2018.

TEC, N. Parent-child drug abuse: generational continuity or adolescent deviancy. **Adolescence**, v. 9, pp. 351-364, 1974.

UCHÔA, R. Relatório da pesquisa "Entre pedras e tiros: Perfil dos usuários, estratégias de consumo e impacto social do uso do crack", financiada pela Facepe - Processo nº APQ-0957-4.06/10 e aprovada pelo CEP/UFPE nº 206/11, Recife.2012.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, online, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf). Acesso em: 17 nov. 2018.

VELHO, S. R. B. R. **Perfil Epidemiológico dos Usuários de Substâncias Psicoativas Atendidos no CAPS AD**, Londrina, PR. 2010. 74 f. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UEL, Londrina, 2010.

VINADÉ, T. F.; CRUZ, M. S.; BARBEITO, M. M. Estratégias de Redução de Danos: da atenção primária à secundária Saúde – Atenção Integral na rede de saúde. In: FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, p. 93-106.

VOGEL, N. W.; SLOB, E. M. G. B. Crack: o que se sabe e o que deve-se saber sobre essa droga tão poderosa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 3, online, 2014. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/317/230>. Acesso em: 12 nov. 2018.

ZILBERMAN, M. Uso de drogas entre mulheres. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (org.) **Drogas e pós-modernidade**: prazer, sofrimento e tabu. v. 1. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. p. 175-85. Disponível em: <https://www.eduerj.com/eng/?...drogas-e-pos-modernidade-prazer-sofrimento-tabu-vo>. Acesso em: 19 nov. 2018.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

**1. Idade** \_\_\_\_\_

**Nº Questionário** \_\_\_\_\_

<b>2. Sexo:</b> 1. Feminino ( <input type="checkbox"/> ) 2. Masculino ( <input type="checkbox"/> ) 8. Outro: _____
<b>3. Raça/Cor:</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) Branca 2. ( <input type="checkbox"/> ) Preta 3. ( <input type="checkbox"/> ) Amarela 4. ( <input type="checkbox"/> ) Parda ( <input type="checkbox"/> ) 5. Indígena 9 ( <input type="checkbox"/> ) ING
<b>4. Estado Civil:</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) Solteiro 2. ( <input type="checkbox"/> ) Casado 3. ( <input type="checkbox"/> ) União estável 4. ( <input type="checkbox"/> ) Viúvo 9. ( <input type="checkbox"/> ) ING
<b>5. Grau Escolaridade:</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) Não sabe ler 2. ( <input type="checkbox"/> ) Fundamental I Incompleto 3. ( <input type="checkbox"/> ) Fundamental I completo 4. ( <input type="checkbox"/> ) Fundamental II Incompleto 5. ( <input type="checkbox"/> ) Fundamental II completo 6. ( <input type="checkbox"/> ) Ensino médio incompleto 7. ( <input type="checkbox"/> ) Ensino médio completo 8. ( <input type="checkbox"/> ) Ensino Superior incompleto 9. ( <input type="checkbox"/> ) ING
<b>6. Condição Laboral:</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) Estudante 2. ( <input type="checkbox"/> ) Emprego formal 3. ( <input type="checkbox"/> ) Desempregado 4. ( <input type="checkbox"/> ) Emprego informal 9. ( <input type="checkbox"/> ) ING 8. Outro: _____
<b>7. Religião:</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) Nenhuma 2. ( <input type="checkbox"/> ) Católica 3. ( <input type="checkbox"/> ) Evangélica 4. ( <input type="checkbox"/> ) Espírita 5. ( <input type="checkbox"/> ) Matriz Africana
<b>8. Renda Familiar:</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) < 01 SM 2. ( <input type="checkbox"/> ) = 1 SM 3. ( <input type="checkbox"/> ) 01 a 02 SM 4. ( <input type="checkbox"/> ) 03 a 04 SM 8. ( <input type="checkbox"/> ) Outros
<b>9. Habitação:</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) Própria 2. ( <input type="checkbox"/> ) Alugada 3. ( <input type="checkbox"/> ) Cedida 4. ( <input type="checkbox"/> ) Invasão 8. Outros _____
<b>10. Coabitação:</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) Com familiares 2. ( <input type="checkbox"/> ) Com amigos 3. ( <input type="checkbox"/> ) Sozinho 9. ( <input type="checkbox"/> ) ING 8. ( <input type="checkbox"/> ) Outros .
<b>11. Endereço: Logradouro (rua, avenida)</b>  <hr style="border: 1px solid black;"/> Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
<b>12. Tipo de transtorno mental (pode marcar mais de um, especifique):</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) Transtorno mental e comportamental devido ao uso de substância psicoativa: _____ 2. ( <input type="checkbox"/> ) Transtorno de humor: _____ 3. ( <input type="checkbox"/> ) Transtorno neurótico relacionado ao estresse e somatoforme: _____ 4. ( <input type="checkbox"/> ) Esquizofrenia e transtorno esquizotípico ou delirante: _____ 5. ( <input type="checkbox"/> ) Transtorno invasivo do desenvolvimento: _____ 6. ( <input type="checkbox"/> ) Transtorno de Personalidade: _____ 8. ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____

**13. Qual a primeira droga de uso:** \_\_\_\_\_

14. Idade em que usou droga pela primeira vez: _____	
15. Tipo, padrão e frequência de uso de drogas (pode marcar mais de um):	
1. ( ) Álcool	Tempo de uso :_____ Frequência ( )semanal ( )mensal ( )Abstinência
2. ( ) Anfetaminas	Tempo de uso:_____ Frequência ( )semanal ( )mensal ( )Abstinência
3. ( ) Benzodiazepínico	Tempo de uso:_____ Frequência ( )semanal ( )mensal ( )Abstinência
4. ( ) Cocaína	Tempo de uso:_____ Frequência ( )semanal ( )mensal ( )Abstinência
5. ( ) Crack	Tempo de uso:_____ Frequência ( )semanal ( )mensal ( )Abstinência
6. ( ) Inalantes	Tempo de uso:_____ Frequência ( )semanal ( )mensal ( )Abstinência
7. ( ) Maconha	Tempo de uso:_____ Frequência ( )semanal ( )mensal ( )Abstinência
<b>16. Motivo da alta:</b>	
1. ( ) Abandono    2. ( ) Melhora    3. ( ) A pedido    4. ( ) Administrativa : 8..Outros:	

Recife,                      de                      de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

## ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

**TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto: O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM ADOLESCENTES E SUA RELAÇÃO COM FATORES SOCIOECONÔMICOS**

**Pesquisador responsável: KÁTIA MARIA DE LIMA ARRUDA**

**Instituição/Departamento de origem do pesquisador: UFPE - CCSA – CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

**Telefone para contato: (81) 991616139**

**E-mail: katiarruda@bol.com.br**

A pesquisadora do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados e informações de prontuários serão estudados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

A pesquisadora declara que os dados coletados nesta pesquisa, através de questionários, ficarão armazenados em computador pessoal, em pasta de arquivo “dados coletados – Mestrado”, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço Rua: Rodrigo Costa, 35 – Jiquiá, CEP 50771-680, pelo período de no mínimo 5 anos.

A Pesquisadora declara, ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, 17 de agosto de 2017.

---

**KÁTIA MARIA DE LIMA ARRUDA**