



## Perfil de los usuarios de CAPS-AD III

### Perfil do usuário do CAPS-AD III

#### **Ramaile Tomé Santana**

Médico Psiquiatra de la Universidad Federal de Pelotas  
Institución: Universidad Federal de Pelotas

#### **Nathali Carmel Weiler Miralles**

Estudiante de Medicina en la Universidad Federal de Pelotas  
Institución: Universidad Federal de Pelotas

#### **Jéssica Freitas Alves**

Estudiante de Medicina en la Universidad Federal de Pelotas. Institución: Universidad Federal de Pelotas

#### **Ubirajara Amaral Vinholes Filho**

Médico de la Universidad Federal de Pelotas  
Institución: Universidad Federal de Pelotas

#### **Denise Silva da Silveira**

Doctor en Epidemiología por la Universidad Federal de Pelotas Institución: Universidad Federal de Pelotas

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Conocer el perfil epidemiológico de los usuarios de un Centro de Atención Psicosocial de Alcohol y Drogas (CAPS-AD), tipo III. **Métodos:** Estudio transversal descriptivo, basado en un servicio de salud, utilizando datos de las historias clínicas de los pacientes para analizar las variables: sexo, edad, escolaridad, origen de la derivación, uso de psicofármacos y diagnóstico principal al ingreso, abandono del tratamiento después de la primera consulta y retroalimentación. **Resultados:** Se consultaron 1.411 historias clínicas, de las cuales el 79,7% eran del sexo masculino y el 27,3% tenían entre 30 y 39 años. La educación no estaba incluida en el 34,5% de las historias clínicas y, considerando datos válidos, el 55,4% tenía educación primaria incompleta. En cuanto a la derivación, el 30,2% de los casos fueron derivados al CAPS-AD III por un hospital psiquiátrico y el 26,0% ingresaron por demanda espontánea. Más de la mitad no usaba psicofármacos y, en cuanto al diagnóstico principal, predominó la polidrogodependencia y la dependencia del alcohol. Se encontró una tasa de abandono del tratamiento del 77,8% y, de estos, el 50,7% fue readmitido. En el análisis crudo, hubo asociación estadísticamente significativa entre el abandono del tratamiento y el reingreso con la edad, el origen de la derivación, el uso de psicofármacos y la enfermedad que motivó el tratamiento. **Conclusión:** Existe una alta tasa de abandono del tratamiento, especialmente entre las personas más jóvenes, que no acudieron al servicio de forma espontánea, no consumieron psicotrópicos al ingreso y presentaban polidependencia, alcohol o crack/cocaína, a pesar de que se presentaban recaídas. . Por lo tanto, es necesario reajustar las acciones de salud del CAPS-AD III para aumentar el cumplimiento del paciente.

**Palabras clave:** Servicios de Salud, Salud Mental, Alcoholismo, Trastornos Relacionados con Sustancias.



## 1 INTRODUCCIÓN

La política de atención a las personas con trastornos mentales, con base en la Ley N° 10.216, del 6 de abril de 2001, reorienta la atención de estas personas a la comunidad, extrayéndolas de las instituciones de acogida, priorizando así su recuperación y reinserción psicosocial, permitiéndoles acceder a trabajo, ocio, vida familiar y derechos civiles<sup>1,2</sup>. Para ello, se predica una red de servicios, que incluye Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Estos servicios fueron regulados por la GM/336 publicada en 2002, que define sus lineamientos operativos y ratificada por la ordenanza SAS/189, que también regulariza sus transferencias financieras<sup>3,4</sup>. Finalmente, aún en 2002, se promulgó la Ordenanza GM/816, con la creación del Programa Nacional de Atención Comunitaria Integrada a Usuarios de Alcohol y Otras Drogas y, en 2004, el Ministerio de Salud (MS) lanzó la Ordenanza n° 2197, que redefine y amplía la atención integral a usuarios de alcohol y otras drogas<sup>4</sup>.

En los CAPS, cuyo fin principal es la construcción de la autonomía y la reinserción social de los usuarios, la participación del usuario y su familia en el tratamiento es primordial. Para ello, se utiliza el uso del Proyecto Terapéutico Singular (PTS), que posibilita la interacción de los profesionales con las personas atendidas y sus familias. Este procedimiento engloba abordajes terapéuticos multidisciplinarios dirigidos al sujeto individual y su colectivo, que va a la humanización de la atención preconizada por el Sistema Único de Salud (SUS)<sup>5,6,7</sup>.

Según la ordenanza GM/336, el plan individual puede ser: no intensivo, semi-intensivo o intensivo, con, respectivamente, 1 a 2, 3 a 11 y 12 a 22 visitas por mes<sup>3</sup>, dividido en seis modalidades diferentes: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III y CAPS para niños, los cuales se establecen de acuerdo al número de habitantes de la ciudad o región, horario y operación del servicio, y público objetivo del servicio. El CAPS-AD III, encargado de la atención de personas con trastornos por el uso de alcohol y otras drogas en ciudades y/o regiones con al menos 150.000 habitantes, es responsable por la organización y demanda de atención en salud mental en su territorio<sup>8,9</sup>. Esta modalidad atiende a adultos, niños y adolescentes con intenso sufrimiento psíquico y necesidades de atención clínica continua. Hay hospitalidad para observación y seguimiento, funcionando las 24 horas del día, incluidos festivos y fines de semana. La atención propuesta incluye atención individual y grupal a familiares,

talleres terapéuticos, visitas domiciliarias, actividades comunitarias y atención nocturna, en días festivos y fines de semana<sup>7-9</sup>.

Además, el servicio se basa en la estrategia de Reducción de Daños, impulsada por el Ministerio de Salud desde 1994. Esta se basa en la creencia en la indisociabilidad entre la sociedad y la presencia y consumo de drogas, en la ineficacia de las políticas dirigidas a la guerra contra las drogas, y en la afrenta a los derechos individuales de uso del cuerpo y de la mente predicados por los principios éticos y derechos civiles del ciudadano<sup>8</sup>. Tales medidas permiten un mejor vínculo entre el servicio y el individuo, lo que, en última instancia, aumenta la eficacia del tratamiento, ya que también depende de la capacidad del usuario para adherirse a la terapia propuesta <sup>4,7</sup>.

En Pelotas, un municipio brasileño de mediano porte, el CAPS-AD III tiene una estructura de cuatro oficinas para actividades individuales; dos salones para actividades grupales, además de un lobby que también puede prestarse para este tipo de actividades; un gimnasio; un taller para talleres de carpintería y pintura; área de recepción nocturna con diez camas; una farmacia; una recepción; una cocina y otras estructuras de apoyo para su funcionamiento<sup>10</sup>. Acoge aproximadamente 80 nuevos usuarios con malestar psíquico al mes y realiza acciones de seguimiento y evaluación de los usuarios del servicio.

El objetivo de este estudio es describir el perfil epidemiológico de los usuarios atendidos en un CAPS-AD III e identificar los factores asociados al abandono y reingreso al tratamiento, con el fin de contribuir para la dirección de las políticas y acciones de salud.

## 2 MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio descriptivo transversal basado en un servicio de salud (CAPS-AD III en la ciudad de Pelotas, una ciudad de mediano porte en Rio Grande do Sul), cuyo público objetivo eran usuarios de alcohol y/u otras drogas, atendidos en el período del 1 de julio de 2016 al 30 de junio de 2017. El CAPS-AD III fue implementado en el año 2000 y reestructurado en su formato actual en el año 2013, pasando a acoger y monitorear a los usuarios de la red en momentos de mayor vulnerabilidad y realizar desintoxicación, que está abierto incluso los domingos y festivos<sup>10</sup>.

Se definieron las ocurrencias de abandono del tratamiento durante el período de estudio (no participación en las actividades propuestas en el servicio por un mes o más) y de reingreso (regreso a la atención en el servicio después de al menos un mes sin participación en las actividades). como resultados del estudio. Se incluyeron como variables independientes: (a) género (femenino, masculino); (b) edad (años completos); (c) escolaridad en niveles de escolaridad según años de estudio completados (sin estudios/sin años de estudio; 1 a 7 años de estudio = educación primaria incompleta; 8 años = educación primaria completa; 9 a 10 años = educación secundaria incompleta; 11 años o más  $\geq$  secundaria completa); d) origen de la derivación al CAPS-AD III (demanda espontánea, hospital psiquiátrico, hospital clínico, unidad básica de salud, otros servicios de salud); e) enfermedad que motivó el tratamiento, según la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>11</sup>; f) consumo de psicofármacos en el momento del registro (no y sí).

La recolección de datos de las historias clínicas tuvo lugar durante seis meses y fue realizada por estudiantes de medicina, quienes se vincularon al CAPS-AD III a través del Proyecto PET-GRADUASUS de la Universidad Federal de Pelotas<sup>12</sup>, utilizando un cuestionario estandarizado y precodificado. Después de la recolección, los cuestionarios fueron revisados, codificados y digitados en la aplicación Epidata versión 3.1® y analizados en el paquete estadístico Stata 12.2®. Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar la muestra mediante el cálculo de prevalencia y crudo para toda la muestra. Se exploró la existencia de diferencias en relación con el abandono del tratamiento y el reingreso, en el análisis crudo, mediante la prueba de Wald para heterogeneidad y tendencia lineal. El análisis crudo se realizó por regresión de Poisson con cálculos de razones de prevalencia, intervalos de confianza del 95% y valores de significación utilizando las mismas pruebas descritas anteriormente.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Educación Física de Pelotas – UFPEL (CAAE nº 67606517.8.0000.5337). Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés en relación con el tema.

### 3 RESULTADOS

En el período comprendido entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de junio de 2017, se identificaron 1411 usuarios con alguna asistencia en CAPS AD III.

En cuanto al sexo, la muestra tuvo una prevalencia del 79,7% para el sexo masculino y en cuanto a la edad, el grupo etario predominante fue el de 30 a 39 años, correspondiendo al 27,3% de los usuarios. Con relación a la escolaridad, en el 34,5% (n=487) de las historias clínicas analizadas no había constancia de esa información y, entre otras, se identificó que más de la mitad de los pacientes tenían instrucción primaria incompleta (Tabla 1).

En el contexto del origen de la derivación al CAPS AD III, las derivaciones realizadas por hospital psiquiátrico (30,2%), seguidas de aquellas por demanda espontánea (26,0%). La Unidad Básica de Salud fue responsable por sólo el 9,1% de las derivaciones. La mayoría de los pacientes (57,7%) no utilizaba psicofármacos al ingreso al servicio. El diagnóstico principal más frecuente fue la dependencia a múltiples drogas (CIE-10 F19.2), encontrándose en el 45,5% de los usuarios; seguido de dependencia de alcohol (CIE-10 F10.2; 35%) y dependencia de crack y/o cocaína (CIE-10 F14.2; 12.2%) (Tabla 1). La prevalencia de pacientes que abandonaron el tratamiento tras la primera recepción fue del 77,8% (IC 95% 75,6-80,0), de los cuales el 21,4% acabó asistiendo sólo a la primera consulta. Además, en el 50,7% (IC95% 48,0 – 53,3) de los casos de abandono del tratamiento se identificó el registro de reingreso por búsqueda espontánea.

En el análisis crudo, el abandono del tratamiento fue significativamente mayor entre los usuarios de 11 a 29 años, que no consumieron ningún psicofármaco en su primera visita y tenían la dependencia del alcohol como enfermedad que motivó el tratamiento. En cuanto a la probabilidad de reingreso, fue significativamente mayor en menores de 60 años, entre los que ingresaron espontáneamente al servicio y consumían psicofármacos, y menor entre los que presentaban otras morbilidades (adicción a la marihuana, tabaco y otros estimulantes). La Tabla 2 presenta los resultados del análisis crudo entre los desenlaces y las variables independientes.

### 4 DISCUSIÓN

Conocer el perfil de los usuarios del CAPS-AD III a través de este estudio permitió describir las características sociodemográficas de los usuarios, morbilidad y uso de los servicios, que son importantes para la planificación y acciones de readaptación al

servicio, que aún son desconocidas. La alta prevalencia de pacientes del sexo masculino es similar a la encontrada por otros estudios brasileños y en diferentes regiones del país<sup>4,13-16</sup>. La II Encuesta de Hogares sobre el uso de Drogas Psicotrópicas en Brasil<sup>14</sup> mostró una relación de 3 a 1 entre hombres y mujeres usuarios, mientras que en el presente estudio se encontró una relación de 4 a 1 al uso de drogas ilícitas por parte de hombres que de mujeres<sup>15,17</sup>.

En cuanto a la edad de los usuarios, el predominio de adultos jóvenes en esta investigación es confirmado por otros estudios. Eso revela que, a pesar de la tendencia al uso de alcohol y/o drogas a una edad cada vez más joven, la búsqueda de tratamiento es característica de individuos adultos, predominantemente con edades entre 20 y 40<sup>4,13,14-16,18-20</sup>.

En cuanto a la educación, el resultado concuerda con otros estudios donde hay un predominio de usuarios con educación primaria completa, lo que indica una posible asociación entre la baja educación y el desarrollo de la dependencia, ya que la falta de educación y la baja calificación pueden resultar en una mayor vulnerabilidad social y , incluso de la criminalidad<sup>4,13,15,16,18-21</sup>. La ausencia de registros de escolaridad en los prontuarios también fue observada en otros estudios involucrando Centros de Atención Psicosocial<sup>16,20</sup>.

En cuanto al origen de las derivaciones, no se encontraron estudios sobre el origen de las derivaciones por hospital psiquiátrico. En una encuesta a usuarios del CAPS AD, la mayoría fueron derivados por un hospital general, con servicio de referencia en psiquiatría<sup>13</sup>. Por otro lado, según Almeida et al, la mayoría de los usuarios llegaron al CAPS de forma espontánea (54,8%), con una baja prevalencia de derivaciones por parte de las Unidades de Salud de la Familia (11,3%), resultado cercano al del presente estudio<sup>21</sup> La prevalencia de derivaciones desde los hospitales psiquiátricos al CAPS-AD concurrente con la demanda espontánea y otros servicios de salud se explica por la progresiva sustitución del número de hospitales psiquiátricos por servicios abiertos de atención a la salud mental, tal como lo propone la Reforma Psiquiátrica. Se debe prestar atención a las diferentes formas de implementación de las directrices de esta reforma en diferentes regiones brasileñas, ya que es un proceso que requiere transformaciones culturales y subjetivas de la sociedad<sup>27,28</sup>.

En el presente estudio, considerando el diagnóstico principal del paciente al ingreso, la mayoría presentaba dependencia a múltiples drogas (CIE-10 F19.2), seguida

de dependencia al alcohol (CIE-10 F10.2). Otros estudios brasileños indican una mayor prevalencia de consumo de alcohol por parte de los usuarios de CAPS AD4,13,18,23-25. Solo un estudio con usuarios de CAPS AD mostró una mayor prevalencia de uso de crack, seguido de alcohol y uso cruzado de estas sustancias<sup>22-24</sup>. En este contexto, la literatura expresa preocupación por el policonsumo, que se ha mostrado como un rasgo llamativo del actual patrón de consumo compulsivo, en detrimento del uso exclusivo, con énfasis en la posibilidad de manipular la intensidad o duración del crack. efectos, ya sea como paliativo de los efectos negativos o con el fin de intensificar o prolongar los efectos considerados positivos<sup>26</sup>.

La alta prevalencia de pacientes que abandonan el tratamiento encontrada en este estudio (77,8%; IC 95% 75,6-80,0) también fue encontrada en otros estudios sobre usuarios de servicios de salud mental<sup>18,27-29</sup>. Después de iniciar el tratamiento, su continuidad es un camino difícil para lograr, ya que como los usuarios enfrentan obstáculos como la recaída y la recaída, pocos logran mantenerse en abstinencia y adherirse al tratamiento<sup>18, 29</sup>. Según Pinho et al., al inicio Hay ambivalencia de sentimientos durante el tratamiento, lo que aumenta la necesidad de construir un red social y estrategias de atención de acuerdo a las necesidades presentadas por el usuario, con el fin de facilitar la adhesión al servicio, influyendo en la motivación, los resultados del tratamiento y la calidad de vida<sup>28</sup>. A pesar de la ocurrencia de abstinencia identificada en este estudio, ésta ocurrió por demanda espontánea, cubriendo apenas la mitad de los usuarios que evadieron el tratamiento. Cabe señalar que la búsqueda activa de los ausentes en casos de abandono no forma parte de las acciones de salud de este CAPS-AD III.

En el análisis crudo, en cuanto al desenlace de abandono del tratamiento, encontramos asociación con edades más jóvenes, búsqueda de CAPS-AD III a demanda espontánea, no uso de ningún psicofármaco y dependencia al alcohol. En otros estudios, la juventud también fue identificada como un facilitador del abandono del tratamiento de la adicción a las drogas, así como la dependencia al consumo de crack cuando se compara con la dependencia a otras drogas<sup>29,30</sup>. No se encontraron otros estudios sobre prevalencia y factores asociados al reingreso. En el presente estudio, se identificaron como limitaciones la ausencia de registro de ciertas informaciones en las historias clínicas, dificultad también percibida en otro estudio, lo que refuerza el

impedimento para realizar un análisis más preciso de algunas variables<sup>31</sup> y la no individualización entre las sustancias utilizado por usuarios de múltiples drogas.

## 5 CONCLUSIONES

El estudio indica una alta tasa de abandono del tratamiento, a pesar del gran número de reingresos. Así, es necesario reajustar las acciones de salud del CAPS-AD III para aumentar la adherencia de los pacientes, como la organización de un sistema de búsqueda activa con la familia y/o Unidades Básicas de Salud.

El inadecuado registro de datos en las historias clínicas destaca la necesidad de sensibilizar al equipo de servicio sobre la importancia de su completitud para el seguimiento y evaluación de las acciones. Esto permitiría contar con fuentes de datos más confiables y detalladas para futuras investigaciones, cuyos resultados pueden contribuir al fortalecimiento de las políticas públicas. Así, se espera que los resultados presentados orienten a los servicios de salud en el desarrollo de nuevas acciones que amplíen la atención a los usuarios de sustancias psicoactivas, así como su permanencia en tratamiento, con el fin de promover su reinserción social.

## CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES

**RAMAILE TOMÉ SANTANA** – psiquiatra egresada de la Universidad Federal de Pelotas, supervisora del PET-GRADUASUS de la Universidad Federal de Pelotas, participó en la elaboración del proyecto, recolección y análisis de datos, planificación, ejecución y preparación del manuscrito.

**JÉSSICA FREITAS ALVES** – estudiante de medicina de la Universidad Federal de Pelotas. Becaria PET-GRADUASUS en la Universidad Federal de Pelotas. Participó en la recopilación de datos, análisis de datos, planificación, ejecución y preparación del manuscrito.

**VANESSA ÁVILA DOS SANTOS** – estudiante de medicina de la Universidad Federal de Pelotas. Becaria PET-GRADUASUS en la Universidad Federal de Pelotas – UFPEL. Participó en la recopilación de datos, análisis de datos, planificación, ejecución y preparación del manuscrito.

**UBIRAJARA AMARAL VINHOLES FILHO** – médico egresado de la Universidad Federal de Pelotas, habiendo sido becario PET-GRADUASUS de la Universidad Federal de Pelotas en el momento del estudio. Participó en el diseño del proyecto, la recolección y análisis de datos, y la planificación, ejecución y preparación del manuscrito.

**NATHALI CARMEL WEILER MIRALLES** – estudiante de medicina de la Universidad Federal de Pelotas. Becaria PET-GRADUASUS en la Universidad Federal de Pelotas – UFPEL. Participó en la recopilación de datos, análisis de datos, planificación, ejecución y preparación del manuscrito.

**DENISE SILVA DA SILVEIRA** – médica egresada de la Universidad Federal de Pelotas (UFPEL), maestría y doctorado en Epidemiología de la UFPEL. Tutor del PET-



GRADUASUS de la Universidad Federal de Pelotas, participó en el desarrollo del proyecto de investigación, análisis de datos y planificación, ejecución, preparación y revisión del manuscrito.

### **AGRADECIMIENTOS**

A la Secretaría Municipal de Salud y al CAPS-ADIII por su apoyo en la realización de este estudio. Al Ministerio de Salud, junto con el Programa de Educación para el Trabajo para la Salud (PET-Saúde) por incentivar la investigación a través de pasantías en estos sectores.

## REFERENCIAS

Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. *Psicologia Ciência e Profissão*.2008;3(28):632-645.

Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, Silva SM. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;4(26):807–815.

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

Velho SRBR. Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD, Londrina, PR. 2010 [Dissertação]. Mestrado em Saúde Pública. Universidade Estadual de Londrina; 2010.

Carvalho LGP, Moreira MDS, Rézio LA, Teixeira NZF. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *O mundo da saúde*, São Paulo. 2012;3(36):521-525.

Silva EP, Melo FABP, Sousa MM, Gouveia RA, Tenório AA, Cabral AFF et al. Projeto Terapêutico Singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*.2013;2(17):197-202.

Moraes M. O modelo de atenção a saúde para tratamento de problemas decorrentes de uso de drogas. *Ciência & saúde coletiva*.2008;1(13):121-133.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde;2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088/GM, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil Brasília (30 dez. 2011).

Pelotas. Secretaria Municipal de Saúde Plano Municipal de Saúde: Plano de trabalho. Pelotas, 2014-2017.

Caetano D. Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed;1993.

sigpet.mec.gov.br [internet]. Sistema de Informações Gerenciais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (SIGPET). Brasil. Ministério da Saúde [acesso em 6 out. 2019]. Disponível em: <http://sigpet.saude.gov.br/login>

Quinderé PHD, Tófoli LF. Análise do perfil epidemiológico dos clientes do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD) de Sobral - CE. SANARE - revista de políticas públicas. 2007;2(6):62-66.

Silva AAB et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país 2005. São Paulo. CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo);2006.

Santos RCA, Carvalho SR, Miranda FAN. Perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II de Parnamirim, RN, Brasil. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2014; 16:105-111.

Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura WN. Perfil dos usuários de serviços de saúde mental do município de Lorena - São Paulo. Acta Paul Enferm. 2012;25(1):48-54.

Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. Addiction. 2006; 101(9):1292-1298.

Monteiro CFS, Albuquerque IEM, Fé LCM, Silva MG, Moreira MAC, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí. Escola Anna Nery. Ver Enferm. Rio de Janeiro. 2011;1(15):90-95.

Capistrano FC, Ferreira ACZ, Silva TL, Kalinke LP, Matfum MA. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. Esc Anna Nery. 2013;17(2):234-241.

Gonçalves TS, Nunes MR. Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Perquirere. 2014;11(2):169 -178.

Almeida RA, Anjos UU, Vianna RPT, Pequeno GA. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. Saúde debate. 2014;38(102):526-538.

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

Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Rev. SPAGESP. 2011;12(1):66-78.

Batista ISS, Batista M, Constantino P. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do CAPS AD em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. Pers. Online: biol&saúde, Campos dos Goytacazes. 2012;7(2):23-38.

Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Crack use in São Paulo. Subst Use Misuse. 1996;31(5):565-79.

Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Rev. Saúde Pública. 2008;42(4):664-671.

Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em Dependência Química. 2.ed. São Paulo: Roca; 2010.



Pinho PH, Oliveira MA, Almeida MA. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev. Psiq. Clín.* 2008;35(1):82-88.

Fernandes SS, Marcos CB, Kaszubowski E, Goulart LS. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. *Cad. Saúde colet.* 2017;25(2):131-137.

StahlerGJ, Mennis J, DuCette JP. Residential and outpatient treatment completion for substance use disorders in the U.S.: Moderation analysis by demographics and drug of choice. *Addict Behav.* 2016; 58:129-35.

Peixoto FMS, Silva KVLG, Carvalho ILN, Ramos AGB, Silva IL, Lacerda GM et al. Perfil epidemiológico de usuários de um centro de atenção psicossocial em Pernambuco. *Journal of Health Sciences.* 2017;19:114-119.