

Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa

Dropout of drug addicts treatment: prevalence and associated factors identified from the active surveillance of patients

Sara Silva Fernandes¹, Cristiane Barros Marcos¹, Erikson Kaszubowski²,
Leonardo Salomão Goulart¹

Resumo

Introdução: A dependência de drogas é considerada um transtorno de etiologia heterogênea, existem diretrizes para o seu tratamento, mas ainda ocorre um alto índice de evasão. O estudo teve como objetivo identificar a prevalência e fatores associados à evasão do tratamento. **Métodos:** Estudo transversal, com análise de 593 prontuários e de 30 entrevistas aplicadas em pacientes que não tiveram aderência em um ambulatório de dependência química em um município do sul do Rio Grande do Sul. **Resultados:** O índice de abandono foi de 82%. O tempo de tratamento (Coef = -0,14; EP = 0,08; OR = 0,9), o atendimento com o assistente social (Coef = -0,68; EP = 0,33; OR = 0,5) e com psicólogo (Coef = -0,66; EP = 0,44; OR = 0,5) foram os principais fatores de proteção ligados à diminuição da probabilidade do abandono. O motivo de abandono mais relatado foi a colisão dos horários de atendimento com o de trabalho (33%, n = 10). **Conclusão:** Torna-se necessário dar atenção ao fenômeno de evasão com o intuito de propiciar alternativas para o aumento da adesão e retorno dos pacientes.

Palavras-chave: transtornos relacionados ao uso de substâncias; pacientes desistentes do tratamento; assistência ambulatorial.

Abstract

Introduction: Drug addiction is considered a heterogeneous etiology disorder, there are guidelines for their treatment, but still there is a high drop out rate. The research has the purpose to identify the prevalence and associated factors to the abandonment of the treatment. **Methods:** Cross-sectional study, with a review of 593 medical records and 30 interviews applied to patients who had not adhered to treatment in a substance abuse clinic in a municipality located in southern Rio Grande do Sul. **Results:** The dropout rate was 82%. The treatment time (Coef = -0.14, SE = 0.08; OR = 0.9), treatment with the social worker (Coef = -0.68, SE = 0.33, OR = 0.5) and psychological treatment (Coef = -0.66, SE = 0.44, OR = 0.5) decreased to the likelihood of abandonment. The most frequently reported reason in the interviews to justify the abandonment was the service's opening hours coinciding with working hours (33%, n = 10). **Conclusion:** It is necessary to pay attention to the evasion phenomenon in order to provide alternatives to increasing compliance and the return of these patients.

Keywords: substance-related disorders; patient dropouts; ambulatory care.

¹Universidade Federal do Rio Grande (FURG) - Rio Grande (RS), Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.

Trabalho realizado no Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos – CENPRE do Hospital Universitário “Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.” da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – Rio Grande (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Cristiane Barros Marcos – Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos – CENPRE, Hospital Universitário “Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.”, Rua General Osório, s/n – Centro – CEP: 96200-400 – Rio Grande (RS), Brasil – Email: cristianemarcos@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A dependência de drogas é analisada em diversos modelos sustentados por variadas perspectivas teóricas, metodológicas e epistemológicas¹. Pode ser considerada um transtorno heterogêneo, dada a complexidade dos motivos e dado o modo como afeta as pessoas em variados contextos, possibilitando sua compreensão. A síndrome de dependência pode ser compreendida como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos em que o uso de substâncias adquire maior prioridade que outros comportamentos².

Já o conceito de transtorno por uso de substâncias fundamenta seu diagnóstico em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao uso. As condições para os critérios diagnósticos baseiam-se em baixo controle sobre o uso da substância, prejuízo social, uso arriscado da substância e critérios farmacológicos, como o desenvolvimento de tolerância às doses habituais e síndrome de abstinência³.

Os problemas relacionados ao uso de drogas têm se caracterizado como um grave problema de saúde pública, tanto em nível nacional quanto mundial. Nesse sentido, é requisitado das ciências e dos serviços de atenção que sejam realizados estudos e ações baseadas em conhecimento especializado que possam considerar a complexidade da situação⁴.

A Política Nacional Sobre Drogas, que apresenta as orientações e os mecanismos legais vigentes sobre o tema e dispõe sobre sua transversalidade, é composta por cinco eixos: prevenção, tratamento e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, redução da oferta e estudos, pesquisas e avaliações⁴. Historicamente foram poucos os dispositivos desenvolvidos para o cuidado e a atenção às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, fato que aumenta a vulnerabilidade desses sujeitos. No intuito de suprir essa demanda e promover atenção integral em tal contexto, a Política Nacional de Saúde Mental definiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual se alocam diferentes dispositivos de cuidado em ambiente comunitário, integrados à cultura local e que respeitam a autonomia dos usuários⁵. Desse modo é possível um atendimento às múltiplas necessidades dos usuários dos serviços⁶.

Essas orientações vêm ao encontro da perspectiva sociocultural, que compreende o uso de drogas como resultado das contradições sociais e ambientais e dirige sua intervenção ao contexto social do sujeito. A proposta dessa concepção é a modificação do padrão de uso, intervindo nos determinantes que levam ao abuso, com o objetivo de trabalhar no controle dos danos – não, fundamentalmente, com o objetivo da abstinência³. A assistência deve ser humanizada, na perspectiva da integralidade do sujeito, observando-se todas as suas necessidades nos diferentes contextos em que ele se insere⁷.

A criação e o planejamento do serviço implicam o conhecimento do público-alvo, das características locais e dos modelos de tratamento disponíveis⁸. A baixa retenção do tratamento é

um problema geral na prática médica, mas especificamente na área de atenção ao abuso de álcool e outras drogas atinge proporções ainda mais preocupantes. Esse é um dado importante e que requer atenção, já que a adesão se associa a um melhor prognóstico dos pacientes⁹.

As taxas de abandono de tratamento em serviço psiquiátrico variam de 30% a 60%, dependendo das características do serviço. Em particular, os pacientes com abuso de álcool e outras drogas estão em maior risco de abandono de tratamento¹⁰. O tempo de tratamento é um pré-requisito para o seu sucesso. Há uma correlação, portanto, entre a duração do tratamento e a ocorrência de resultados positivos das intervenções, ressaltando-se a importância da análise de fatores que possam estar relacionados à aderência ou à não aderência. Ao se realizar a identificação de características que influenciam a adesão aos programas terapêuticos, pode-se desenvolver estratégias especificamente dirigidas¹¹.

Com o objetivo de analisar o fenômeno de evasão do tratamento, nesta pesquisa foi realizado estudo de prontuários clínicos e de entrevistas aplicadas aos pacientes que não aderiram ao tratamento. Nesse sentido, o trabalho buscou identificar os motivos de evasão e, desse modo, propiciar o aprimoramento do serviço, com intuito de diminuir o índice de abandono e, conseqüentemente, aumentar a eficácia da intervenção. Além do mais, procurou aumentar as chances de retorno dos pacientes por meio da Busca Ativa, para que houvesse a continuidade do cuidado. Cabe ressaltar que a Busca Ativa, meio escolhido para se chegar até o usuário que se evadiu do tratamento, se dá além de um procedimento de identificação sintomática, configurando-se como um princípio político das práticas de saúde territoriais. É uma luta em defesa da vida que permite aos trabalhadores romper com os automatismos nos processos de cuidado em saúde¹².

METODOLOGIA

A pesquisa ocorreu em um centro de estudos, prevenção e tratamento ambulatorial da dependência química em um município no sul do Rio Grande do Sul. Durante os anos de 2012, 2013 e 2014, uma amostra sistemática, de natureza transversal e composta por 593 prontuários, foi recuperada dos arquivos do centro para implementação do projeto Busca Ativa. Os usuários cujos prontuários compuseram a amostra realizaram tratamento na instituição no período de novembro de 1997 a abril de 2014.

Como critério de inclusão na amostra foram considerados os prontuários de pacientes participantes que haviam realizado tratamento na instituição e estavam ausentes há no mínimo três semanas, sem limite máximo de tempo transcorrido da evasão. Foram excluídos os prontuários cujo registro do desfecho do

tratamento não se enquadrava nos agrupamentos definidos na pesquisa: encaminhamento, alta ou abandono.

Para coletar os dados dos pacientes que abandonaram o tratamento foi realizado contato telefônico e agendamento de entrevista na instituição, durante a qual foi aplicado um questionário estruturado. O instrumento é composto de questões sobre características sociodemográficas e clínicas, avaliação do serviço e motivo do abandono do tratamento.

Foram observados todos os aspectos éticos para a realização desta pesquisa. O estudo foi realizado sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande, Parecer n. 148/14 do Comitê de Ética sobre o Projeto n. 061/14.

Procedimentos de análise

Os dados dos prontuários e questionários foram analisados de maneira descritiva por meio de tabelas de contingência, frequência absoluta e frequência relativa.

Para identificar os principais fatores associados ao aumento de probabilidade de abandono do tratamento, foi ajustado um modelo de regressão logística. A variável de desfecho foi o tipo de término do tratamento, dicotomizada em “abandono” (1) ou “outro” (0). As variáveis preditoras incluem sexo, idade, tempo de tratamento, tipos de droga que relatou ter usado e tipos de atendimento pelos quais passou, totalizando 15 covariáveis.

A importância dos preditores foi avaliada por razão de verossimilhança quando acrescentados por último ao modelo completo. Foram considerados relevantes todos os preditores que, quando acrescentados por último ao modelo completo, diminuíram a desviância em pelo menos dois pontos.

Os coeficientes da regressão logística são apresentados em termos da comparação preditiva média, o que permite interpretá-los na escala de probabilidade e em termos de razão de chances, maneira usual de compreender os coeficientes da regressão logística, mas o que exige interpretá-los na escala de chances. As análises foram realizadas com a linguagem de programação R (versão 3.0.2).

RESULTADOS

Dos 593 prontuários analisados, 27 foram desligados do serviço, sendo assim não foram inseridos nas demais análises. Dentre os 566 prontuários restantes, 29 pacientes receberam alta, 50 foram encaminhados para outros serviços e 487 abandonaram o tratamento, resultando em uma taxa de abandono de 82% no período de novembro de 1997 a abril de 2014 (Tabela 1).

O tempo esperado de tratamento foi relativamente curto (média: 91 dias; mediana: 15 dias), mas com grande variação (desvio-padrão: 169 dias; intervalo interquartil: 93 dias). Dos 487 pacientes que abandonaram o tratamento, 28,1% (n = 137) não retornaram à instituição após o primeiro dia em

que procuraram atendimento, quando considerado o período dos primeiros 30 dias, a taxa de abandono aumenta para 55,8% (n = 272).

As características sociodemográficas e clínicas são apresentadas na Tabela 2. Na análise dos atendimentos realizados na instituição, 18,2% (n = 103) realizaram apenas a acolhida. Desses, 102 pacientes não retornaram à instituição para realizar outro atendimento. Isso indica que 20,9% dos pacientes que abandonaram o tratamento participaram apenas do acolhimento.

Fatores associados ao abandono do tratamento

A Tabela 3 apresenta os principais preditores do modelo completo da regressão logística. Por questão de parcimônia, descrevemos o impacto de preditores considerados mais relevantes de acordo com o critério exposto no método.

Dentre as drogas, a única considerada mais informativa com relação à probabilidade de abandono foi o crack. Os usuários de crack apresentaram uma probabilidade de abandono oito pontos percentuais acima dos usuários de outras drogas, em média. Em termos de razão de chance, os usuários de crack apresentaram o dobro de chances de abandonar o tratamento (Coef = 0,7; EP = 0,33; OR = 2,0).

O risco de abandono diminui rapidamente nos primeiros meses. A probabilidade de abandono de um paciente com apenas um mês de tratamento é cinco pontos percentuais maior do que a de um há um ano em atendimento – a mesma diferença se dá entre um usuário recém-chegado ao serviço e aquele com um mês de tratamento. Considerando-se as razões de chance, conforme aumenta o período de utilização do serviço ocorre uma diminuição de 13% nas chances de abandono por logaritmo do número de dias em tratamento (Coef = -0,14; EP = 0,08; OR = 0,87). Dentre as modalidades de atendimento oferecidas, usuários que foram atendidos pelo menos uma vez pela assistente social tiveram sua probabilidade de abandono diminuída em oito pontos percentuais. Em termos de razões de chance, houve uma diminuição de 50% nas chances de abandono (Coef = -0,68; EP = 0,33; OR = 0,5). O atendimento com profissional de Psicologia também diminuiu a probabilidade de abandono em sete pontos percentuais, em média. Considerando-se as razões de chance, o atendimento psicológico reduziu em 50% as chances de abandono (Coef = -0,66; EP = 0,44; OR = 0,5).

Tabela 1. Frequência do término do tratamento da população estudada (n = 593)

Término do tratamento	n	%
Abandono	487	82,1
Alta	29	4,9
Encaminhamento	50	8,4
Desligamento	27	4,6

Tabela 2. Distribuição de frequências sociodemográficas e clínicas do total da população estudada (n = 566) e da subdivisão dos grupos conforme o término do tratamento

Variáveis	Total de prontuários analisados		Abandono do tratamento		Alta do tratamento		Encaminhamento	
	n = 566	%	n = 487	%	n = 29	%	n = 50	%
Sexo								
Masculino	450	79,5	386	79,3	22	75,9	42	84,0
Feminino	116	20,5	101	20,7	7	24,1	8	16,0
Idade								
Média de idade (DP)	36 (11,9)	-	35 (11,4)	-	39(13,6)	-	40(14,6)	-
Droga de que fez uso								
Múltiplas drogas	379	67,0	328	67,4	20	69,0	31	62,0
Crack	64	11,3	60	12,3	2	6,9	2	4,0
Álcool	58	10,2	43	8,8	5	17,2	10	20,0
Maconha	20	3,5	17	3,5	-	-	3	6,0
Cocaína	16	2,8	13	2,7	1	3,4	2	4,0
Medicamentos	5	0,9	5	1,0	-	-	-	-
Tabaco	3	0,5	3	0,6	-	-	-	-
NI*	21	3,7	18	3,7	1	3,4	2	4,0
Atendimentos								
Acolhida	103	18,2	102	20,9	-	-	1	2,0
Todos os serviços	50	8,8	43	8,8	4	13,8	3	6,0

*Dados não informados em prontuários e/ou entrevistas

Tabela 3. Resultado dos principais preditores da análise de regressão logística do abandono do tratamento (n = 488)

Variáveis	Estimativa (Coef)	Erro padrão (EP)	Razão de chance (OR)	Razão de verossimilhança (Δ Desviância)
Tempo em tratamento	-0,14	0,08	0,87	4,9 (3,2)
Uso de crack	0,7	0,33	2	10,9 (4,8)
At. assistente social	-0,68	0,33	0,5	9,2 (4,4)
At. Psicologia	-0,66	0,44	0,5	3,3 (2,4)
Acolhida	-0,9	0,66	0,4	3,0 (2,2)
Oficinas complementares	1	0,34	2,7	120,0 (9,6)

O preditor que teve maior impacto na melhoria do ajuste do modelo foi o indicador de realização de oficinas complementares. O que é surpreendente é que essa atividade, ao invés de diminuir as probabilidades de abandono, aumentou-a. Pacientes que passaram por alguma oficina complementar tiveram sua probabilidade de abandono aumentada em 10 pontos percentuais. Considerando-se as razões de chance, houve um aumento de 170% nas chances de abandono (Coef = 1,0; EP = 0,34; OR = 2,7).

Busca Ativa

Os pacientes que se evadiram do tratamento (n = 487) participaram do projeto Busca Ativa. Foi obtido contato com 13,3% (n = 65) dos pacientes incluídos no projeto. A grande maioria dos contatados, 76,9% (n = 50), aceitou agendar a entrevista. Dentre os pacientes contatados, 46,15% (n = 30) de fato compareceram à entrevista. Isso significa que o projeto Busca Ativa conseguiu entrevistar apenas 6,1% do total de usuários que abandonaram o tratamento (n = 487). Aqueles que demonstraram necessidade e/ou interesse foram convidados

a retornar ao tratamento na instituição. Dos 30 pacientes entrevistados, 13,3% (n = 4) aceitaram retomar o tratamento.

A Tabela 4 apresenta o tempo médio, em meses, do tempo transcorrido entre o abandono do serviço e a realização de entrevista da Busca Ativa. Um dos principais fatores que dificultam a retomada do contato com o paciente é o intervalo de tempo transcorrido entre o abandono e a tentativa de contato. A probabilidade de contato estimada é de 62% logo após o abandono, caindo a 55% em seis meses.

Dentre os motivos relatados para a não aderência ao tratamento, um terço dos entrevistados indicou que o trabalho coincidia com o horário de atendimento do serviço (n = 10). Os dois motivos seguintes, em ordem de frequência, foram: descontentamento com a instituição (n = 5) e não achar necessário realizar o tratamento (n = 4). Os três primeiros motivos perfazem mais de 60% das respostas. Por fim, as demais causas referidas: utilização de outro serviço (n = 3); procura de ingresso no mercado de trabalho (n = 1); mudança de cidade (n = 1); divórcio (n = 1);

Tabela 4. Frequência de dados das entrevistas realizadas com pacientes que se evadiram do tratamento (n = 30)

Variáveis	n	%
Intervalo entre o abandono do tratamento e a entrevista (em meses)		
Tempo médio (DP)	6,7 (6,3)	-
Motivos de abandono relatados na entrevista		
Estar trabalhando/indisponibilidade de horário para comparecer ao tratamento	10	33,3
Abandono relacionado com o funcionamento da instituição	5	16,7
Não achou necessário realizar o tratamento	4	13,3
Utilização de outro serviço	3	10,0
Procurando emprego	1	3,3
Mudança de cidade	1	3,3
Divórcio	1	3,3
Alcoolismo	1	3,3
NI*	4	13,3

*Dados não informados em prontuários e/ou entrevistas

alcoolismo (n = 1); motivo não informado ao pesquisador (n = 4) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O alto índice de abandono era um problema conhecido do serviço de atendimento, mas não havia ainda uma taxa de abandono precisa para o contexto de estudo. O projeto permitiu calcular a prevalência de abandono em 82%. Tal informação vem ao encontro da baixa retenção observada em outras instituições. No Brasil, os índices de abandono são, em geral, superiores a 50%⁹, e não são incomuns valores ainda maiores, como a taxa de evasão de 90,4% observada em um centro de atendimento para adolescentes¹³.

A maior proporção de abandono ocorreu já no início do tratamento. Dentre os pacientes que abandonaram o tratamento, 55,8% o fizeram nos primeiros 30 dias (n = 272), chegando a 63,9% (n = 311) nos dois primeiros meses. Um total de 28,1% (n = 137) dos pacientes que abandonaram não retornaram à instituição após o primeiro dia em que procuraram atendimento, o que pode ser considerado como abandono imediato. O abandono imediato após a procura do tratamento não é incomum, como verificado em um estudo no qual um total de 57% evadiram-se após a primeira entrevista¹⁴. O tempo de espera entre diferentes etapas do tratamento, como o intervalo entre a entrevista inicial e o primeiro atendimento, influencia no aumento da evasão e a diminuição desse intervalo é uma estratégia para melhorar o programa de intervenção¹⁵.

A literatura encontrada aponta que mais que 50% dos pacientes evadem-se no primeiro mês¹⁶. Desse modo, o período inicial é um momento crítico para a permanência desses pacientes. A probabilidade de abandono é grande nos primeiros dias, mas diminui rapidamente ao longo do primeiro mês de permanência. É necessário pensar o modo como esses pacientes têm sido acolhidos, exigindo-se esforços no sentido de propiciar que se estabeleça vínculo entre o paciente e os profissionais, assim como com a instituição.

Além do tempo em tratamento, a interação entre o paciente e o programa de tratamento possui um grande impacto na evasão, indicando que mudanças administrativas e clínicas podem reduzir as taxas de desistência¹⁷. A maioria das investigações, 91% dos estudos sobre evasão, foca a análise principalmente em características demográficas, visando investigar características pessoais. Entretanto, com exceção da variável idade mais jovem, nenhum outro fator foi identificado de maneira consistente. Por isso, pouco se sabe sobre os potenciais fatores de risco relacionados a programas de tratamento e os processos de tratamento. Sugere-se estudos mais complexos, que abordem inúmeras variáveis e o monitoramento do tratamento, para que se tenha um melhor entendimento¹⁸.

Neste trabalho pôde-se verificar que, em relação às modalidades de atendimento oferecidas, o acolhimento, o atendimento de assistência social e o com profissional da psicologia apresentam uma diminuição na chance de abandono. Tal resultado foi positivo e corrobora a indicação desses profissionais no planejamento dos serviços de modo articulado, conforme previsto pelo CONAD¹⁹ – o que não desconsidera a importância da atuação de outros profissionais no atendimento aos usuários.

A idade aparece como uma das variáveis que influenciam a probabilidade do abandono, considerando-se que pacientes mais velhos apresentam probabilidade menor de abandonar o tratamento. Mais idade é um fator associado à conclusão do tratamento²⁰.

Em relação às drogas usadas, a procura por atendimento é maior por pessoas que fazem uso de múltiplas drogas, o que indica que os serviços devem estar preparados para atender essa demanda. Pacientes que fazem uso de crack têm maior probabilidade de abandonar o tratamento. Logo, justifica-se que, conforme orientam as políticas voltadas a essa realidade, a atenção deve ser pautada no compromisso do cuidado, de modo a possibilitar a esses sujeitos as estruturas necessárias e de interesse para a redução dos problemas decorrente do

consumo de drogas, visando alcançar o bem-estar social, pessoal e familiar²¹.

A Busca Ativa dos pacientes que haviam abandonado o tratamento traz resultados importantes, pois não foi possível contatar 83,4% dos pacientes. Um índice tão alto de insucesso no contato pode se dar por uma combinação de fatores.

Em primeiro lugar, o intervalo entre a saída da instituição e a ligação telefônica realizada é um fator que contribui para o sucesso no contato, e neste estudo foram contatados pacientes sem limite no tempo de ausência. A intervenção deve ser feita de forma mais ágil, pois as chances de localização são maiores. Em segundo, a realização da procura do paciente não apenas por contato telefônico, mas também por meio da busca por endereços indicados no prontuário mostra-se importante. Outra possibilidade vista como necessária e adequada é a articulação com outros programas de saúde que oferecem cuidados ao paciente, permitindo que ele seja alcançado e que se sinta acolhido pela rede de atendimento em saúde.

A política nacional sobre drogas objetiva um olhar diferenciado no que se refere ao tipo de relação estabelecida com as drogas (usuário, de uso indevido, dependente químico ou traficante), sejam elas lícitas ou ilícitas, promovendo um tratamento adequado para cada contexto, a partir de medidas de prevenção ao uso, do acesso a assistência integrada ao tratamento, em estabelecimentos de saúde pública ou privada, da reinserção psicossocial e da redução dos danos causados pelas elas⁴. As redes de atenção precisam garantir o acesso através de dispositivos terapêuticos, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial para dependentes de álcool e outras drogas (CAPSad) e leitos em hospitais gerais, de forma a permitir a atenção universal aos dependentes⁶.

São necessárias estratégias para melhorar o atendimento dos serviços de tratamento do uso abusivo de substâncias, pois essas melhoras podem diminuir desde o absentismo às consultas até o abandono do tratamento. Tais intervenções podem ser tanto clínicas quanto não clínicas, como, por exemplo, a sistematização de lembretes ao paciente, que visam interagir em um ou mais momentos, e que possibilitam um maior engajamento e retenção ao tratamento²².

Dos pacientes que puderam ser contatados e que retornaram à instituição para a realização da entrevista obtivemos relatos importantes, que permitem trabalhar a favor do seu regresso. O motivo de abandono mais relatado nas entrevistas foi o fato de terem começado a trabalhar e, então, não possuírem disponibilidade para realizar o tratamento, em decorrência de o horário de trabalho coincidir com o de atendimento do serviço, seguindo-se o abandono relacionado ao descontentamento com a instituição.

A desistência do tratamento relacionado à necessidade empregatícia pode ser vista, da perspectiva do paciente como provedor financeiro, como busca do sujeito por dignidade²³. Tais indicações devem orientar o planejamento dos serviços

de atendimento, com o intuito de que haja o ajustamento necessário à continuidade do tratamento. Nesse contexto, sugerimos a ampliação ou a criação de horários alternativos para atendimento.

Por fim, cabe ressaltar que este trabalho possui algumas limitações, já que a análise entre estudos diferentes deve ser feita de forma cautelosa, devido às restrições decorrentes tanto da heterogeneidade dos tratamentos quanto dos conceitos de evasão. Aponta-se também a existência de poucos referenciais na avaliação das questões referentes ao programa de tratamento. Sendo assim, essas indicações servem para nos sensibilizar e orientar acerca do fenômeno evasão do tratamento. É importante que análises sejam feitas para que haja uma avaliação do serviço que tem sido oferecido, assim como para possibilitar reflexões referentes ao modo como os profissionais da área da saúde percebem a dependência de drogas e ao modo como responsabilizam-se pela oferta do cuidado²⁴.

CONCLUSÕES

Os dados obtidos neste estudo corroboram os resultados da literatura sobre a grande proporção de evasão no tratamento de dependentes químicos. Procuramos avançar na avaliação das taxas de abandono identificando possíveis fatores de proteção, que diminuem a probabilidade de abandono, e fatores de risco, que aumentam as chances de o usuário romper precocemente seu vínculo com a instituição. Também avaliamos, por meio da Busca Ativa, as principais motivações que levaram usuários a não retornar para dar continuidade ao tratamento.

As análises sugerem a existência de um período crítico para aderência ao tratamento e ressaltam a importância do acolhimento dos usuários do serviço. Em particular, o impacto positivo de acolhimento, do serviço de psicologia e de assistência social, em contraste com o impacto negativo das oficinas complementares, indicam que as instituições precisam focar a entrada do usuário no serviço em atividades que enderecem suas demandas particulares. A identificação de usuários de crack também se mostra crucial, na medida em que correm maior risco de abandonar o tratamento. Desenvolver estratégias de acolhimento específicas para esses usuários pode aumentar as chances de sua permanência.

Nesse sentido, a análise dos prontuários e a Busca Ativa permitem realizar um planejamento com a finalidade de propiciar alternativas para a diminuição da evasão e possibilitar o retorno dos pacientes. Assim, esperamos alcançar uma maior retenção ao tratamento e, conseqüentemente, a diminuição dos danos decorrentes da dependência de drogas.

REFERÊNCIAS

1. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. Florianópolis: PSICO; 2011.
2. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID 10. Brasília: OMS; 2008. 74 p.
3. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: APA; 2014.
4. Brasil. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 03 de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de outubro de 2005.
5. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 23 de dezembro de 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: MS; 2003.
7. Fernandes HN, Eslabão AD, Mauch LMI, Franchini B, Coimbra VCC. A práxis do cuidado em saúde mental na atenção ao uso e abuso de álcool. *Cien Cuid Saude*. 2012;11(4):827-31.
8. Cordeiro DC, Figlie NB, Laranjeira R. Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias. São Paulo: Roca; 2007.
9. Surjon J, Pillon S, Larajreira R. O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas? *J Bras Psiquiatr*. 2000;49(8):571-5.
10. Melo AP, Guimarães MD. Factors associated with psychiatric treatment drop out in a mental health reference center. *R Bras Psiquiatria*. 2005;27(2):113-8.
11. Ribeiro MS, Ribeiro LC, Garcia MA, Souza GF, Sousa KDC, Nogueira RB. Características demográficas e sociais associadas à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. *Cam Inic Cient*. 2009;1(9):10-24.
12. Lemke AR, Silva NA. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos Pesq Psicol UERJ*. 2010;10(1):281-95.
13. Pagnin D, Queiroz V, Saggese EG. Predictors of attrition from day treatment of adolescents with substance-related disorders. *Addict Behav*. 2005;30(5):1065-9. PMID:15893106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.013>.
14. Passos SRL, Camacho LAB. Factors associated with immediate drop out of out patient treatment for drug abuse in Rio de Janeiro. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;35(11):513-7. PMID:11197927. <http://dx.doi.org/10.1007/s001270050273>.
15. Valencia JG, Villanueva MPM. Factores asociados al abandono temprano del tratamiento de trastornos por uso de sustancias en una institución de Medellín, Colombia. *Rev Colomb Psiquiat*. 2014;43(1):7-17.
16. Elbreder MF, Laranjeira R, Siqueira MM, Barbosa DA. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(1):9-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100003>.
17. Creig RJ. Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. *J Subst Abuse Treat*. 1985;2(4):209-19. [http://dx.doi.org/10.1016/0740-5472\(85\)90003-0](http://dx.doi.org/10.1016/0740-5472(85)90003-0).
18. Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1010-24. PMID:24029221. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>.
19. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Legislação e políticas públicas sobre drogas. Brasília: SENAD; 2010.
20. Stahler GJ, Mennis J, DuCette JP. Residential and out patient treatment completion for substance use disorders in the U.S.: Moderation analysis by demographics and drug of choice. *Addict Behav*. 2016;58:129-35. PMID:26925821. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.02.030>.
21. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD; 2009.
22. Millward J, Lynskey M, Strang J. Solving the problem of non-attendance in substance abuse services. *Drug Alcohol Rev*. 2014;33(6):625-36. <http://dx.doi.org/10.1111/dar.12194>.
23. Rodrigues Jr JE. Desistência ao tratamento de usuários de crack no centro de atenção psicossocial em Campina Grande/PB [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.
24. Schneider DR. Horizontes de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Cien Saude Colet*. 2010;15(3):687-98. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300011>.

Recebido em: Out. 24, 2016
Aprovado em: Maio 11, 2017