



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO  
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ADIII**

Goiânia,  
Outubro de 2014

PAULA CÂNDIDA DA SILVA DIAS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS EM  
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Mestrado em Atenção à Saúde da  
Pontifícia Universidade Católica de  
Goiás como um dos requisitos para a  
obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adenícia Custódia Silva e Souza  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Camila Cardoso Caixeta

Área de concentração: Saúde e enfermagem

Linha de pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Goiânia,  
Outubro de 2014

*Dedicatória*

*Ao amado mestre Jesus,  
Aos meus pais, marido e filha aqui ficam  
registradas a minha eterna gratidão, e minhas  
desculpas pelas ausências.*

*Ao meu irmão, avô, tios, tias e amigos  
queridos de longa e mais nova data, o meu  
muito obrigada sempre.*

*Aos meus amados usuários em sofrimento  
psíquico, razão de toda minha busca pela  
qualificação e estudo!*

*Homenagem*

*A minha vovozinha Horácia Maria, minha linda. Jamais apagarei da memória o dia em que passei no vestibular e a senhora me entregou uma nota de dez reais com os dizeres: “É para você comprar balinha na faculdade minha netinha”*

*A Vovozinha Maria que não pôde usar o vestidinho que já estava comprado e guardado na caixa de enxoval para participar das festividades de minha formatura.*

*A minha princesa Thais Helen que tão rapidamente pela terra passou, e hoje consigo ver nos olhos da Lisa, o brilho dos seus.*

*Minhas três anjinhas tão queridas e amadas, recebam de onde estiverem este título!*

## **AGRADECIMENTOS**

*A minha amada mamãezinha Rosa Maria, mulher guerreira, que abriu mão de viver a própria vida e viveu para sua família! Sem você mamãe nada disso seria possível.., você é meu sol e minha luz.*

*Ao meu querido papai Jazi Cândido, meu exemplo de homem e de amigo que sempre deu seu sangue e sua força para o melhor para a família e que há 17 anos renunciou e deixou de lado o alcoolismo em nome dos meus estudos.*

*A minha filha Lisa que comigo tem trabalhado desde o ventre, sempre serena e feliz esteve e está ao meu lado.*

*Ao meu marido André Ribeiro, o melhor pai que eu poderia ter escolhido para nossa filha, companheiro e leal de todas as horas, amigo, cúmplice que cuidou e cuida de mim com tanta dedicação e carinho.*

*Ao meu maninho Walmor Cândido, sempre ao meu lado incondicionalmente.*

*Aos meus alunos, ouvintes e agentes do cuidado.*

*A minha querida orientadora Dra Adenícia, exemplo de humildade, sabedoria e capacidade. Você foi a luz que veio dar trilho aos meus caminhos! Obrigada por ter aceitado a orientação do meu trabalho, com tanto carinho e disposição.*

*A minha Coorientadora Dra Camila Caixeta com quem apreendi que o verdadeiro saber vem de dentro e da alma! Minha admiração por você cresce a cada dia. Como pode haver uma criatura que transmite tanto conhecimento e paz!*

*À professora Edilene Vianey, meu exemplo de profissional e de caráter, muito obrigada pelos incentivos desde a época da graduação. Você é muito importante para minha vida profissional e hoje, também, para minha família.*

*À Professora Almesinda Fernandes, sócia, amiga que Jesus colocou em minha vida para trazer paz. Muito obrigada por todo carinho e por ter me ajudado tanto, mesmo sobrecarregando-a demais.*

*À Maria Cláudia Honorato, pelas trocas e as risadas ! E por tanto ter me ensinado sobre gestão e justiça.*

*À professora Vanusa Claudete, coordenadora do departamento de Enfermagem PUC Goiás, por sempre ter acreditado e me apoiado.*

*À amiga e companheira de trabalho Carolina Fioravante, por acreditar e embarcar em “todas as minhas loucuras”.*

*À Drª Vanessa Gonçalves, psiquiatra com quem eu tanto aprendi para vida.*

*À grande amiga irmã Bruna Marques que me abrigou em seu lar, dividindo quarto, roupas da moda, nos tempos das vacas bem magras.. hehe*

*À Madalena, nossa “Madá” que com tanto carinho cuida do nosso lar e agora de nosso maior tesouro.*

*Ao ex e atual querido aluno Roberth Cabral pela ajuda na coleta dos dados.*

*A minha querida e comprometida Sabrina Dias, minha secretaria durante a semana, minha aluna aos sábados e, à noite, auxiliar de pesquisa, obrigada por toda lealdade e empenho!*

*À querida e sempre feliz Amanda, secretaria do Mestrado de Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, e a todos os professores do programa, em especial profª Drª. Milca Severino, exemplo de competência e elegância, e Profª Drª Vanessa da Silva Carvalho Vila que, com tanta sabedoria, conduz todas as situações.*

## RESUMO

Estudo descritivo transversal que objetivou identificar o perfil epidemiológico dos usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial adulto para álcool e outras drogas tipo III. O estudo foi realizado no município de Aparecida de Goiânia, situado na região metropolitana de Goiânia. Possui 510.770 mil habitantes, em regiões mal distribuídas, loteamentos clandestinos, situações precárias de saneamento básico e má distribuição de renda. Participaram do estudo 519 usuários. Os dados foram coletados em 2014, das fichas de acolhimento, utilizando um formulário previamente elaborado. Constatou-se que a maioria dos usuários é do sexo masculino e em idade produtiva; com baixa escolaridade e baixa renda familiar. A maioria passou por tratamentos anteriores em hospitais psiquiátricos. As drogas de predileção foram o álcool e o tabaco, embora o crack se apresentou como uma droga emergente e alardeada pela mídia. Importante fator apontado, neste estudo, não se deve perder de vista que o álcool é reconhecidamente a porta de entrada para o uso de outras drogas. Para tanto, o enfermeiro inserido, nesse contexto, deve-se atentar para essa realidade, direcionando seu cuidado para ações de prevenção ao uso e abuso de álcool e de acolhimento aos usuários de drogas. A maioria dos usuários do CAPS possui endereço conhecido. Dado importante para a territorialidade e para a rede de cuidados por facilitar a realização de busca ativa, porém esse dado chama a atenção para os protocolos necessários para o atendimento ao serviço os quais exigem o comprovante de endereço e excluem aqueles que moram na rua. Essa realidade deve ser repensada no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde e garantia de universalidade como princípio do SUS. O perfil observado deve ser considerado na elaboração de projetos terapêuticos singulares e na construção de ações de promoção e prevenção em saúde. Os achados, também, devem ser considerados nas ações que fortaleçam o papel do CAPS e do profissional de enfermagem no território e na rede de atenção psicossocial. Palavras chave: Políticas públicas. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Serviços de saúde mental. Acolhimento.

## **ABSTRACT**

This is a cross-sectional study which aimed to identify the epidemiological profile of users enrolled in a type III psychosocial care center for adults addicted to alcohol and other drugs. The study included 519 participants. Data were collected from medical records in 2014, using an epidemiological form elaborated for that purpose. We observed that most users are male and of working age, with lower schooling and lower family income. The majority of participants had been previously treated in psychiatric hospitals. The drugs of predilection were alcohol and tobacco, although crack use is growing. The epidemiological profile observed should be considered to formulate user's singular therapeutic projects and to build interventions for health prevention and promotion. These findings should also be considered in actions to strengthen the role of CAPS and the nursing staff in the community and in the psychosocial care network. Key words: Public Policies. Disorders related with substance use. Mental health services. Welcome.

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários atendidos no CAPS AD III. Aparecida de Goiânia, julho de 2014. ....	48
Tabela 2. Condições informadas na admissão por usuários atendidos no CAPS AD III. Aparecida de Goiânia, julho de 2014. ....	49
Tabela 3. Drogas de predileção e tempo mediano de uso (em anos) entre usuários de um CAPS AD III. Aparecida de Goiânia, julho de 2014. ....	49
Tabela 4. Locais onde os usuários receberam atendimentos prévios à procura pelo serviço do CAPS em estudo, independente do número de tratamentos em cada local. Aparecida de Goiânia, julho de 2014. ....	49

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Linha do tempo do CAPS AD III: do início das atividades à coleta de dados. Aparecida de Goiânia, julho de 2014.....	39
---	----

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CAPS - Centro de atenção psicossocial  
ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas  
SUS - Sistema Único de Saúde  
USA - Estados Unidos da América  
RAPS - Rede de atenção psicossocial  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
PNH - Programa Nacional de Humanização  
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar  
MS - Ministério da Saúde  
PTS - Projeto Terapêutico Singular

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
2.1	A política nacional de saúde mental no Brasil.....	17
2.2	O uso de drogas.....	21
2.3	Cuidados aos usuários de álcool e outras drogas.....	23
2.4	Política nacional de humanização.....	26
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>35</b>
3.1	Geral.....	35
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
4.1	Tipo do estudo.....	36
4.2	Local do estudo.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.3	População e amostra.....	38
4.4	Coleta de dados.....	38
4.5	Análise dos dados.....	40
4.6	Aspectos éticos.....	41
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
5.1	Artigo.....	
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXOS E APÊNDICES.....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A prática humana de consumir drogas é universal e milenar, consumida por povos e culturas diferentes, está sempre presente na humanidade em rituais religiosos, em fins terapêuticos na antiguidade, no lazer e como forma de aumentar a disposição e energia (RIBEIRO, 2009). Porém, o uso começou a despertar e incomodar a sociedade com significativos problemas e desajustes sociais no individual e no coletivo.

Percebe-se que essa realidade tem afetado diferentes classes sociais, e conseqüentemente diferentes agrupamentos têm proposto reflexões acerca do assunto em áreas diversas como: saúde, educação, assistência social, justiça, trabalho e renda, esporte e lazer entre outras.

O assunto gera polêmica tendo em vista a existência de diversos posicionamentos em relação ao uso de drogas tanto lícitas como ilícitas. O primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil realizado em 2001 verificou-se que o consumo de drogas aumentou na maioria das cidades brasileiras, e que 19,4% da população fez uso de drogas na vida, excluindo-se o tabaco e o álcool (CARLINI, GALDURÓZ, NOTO *et al.*, 2002). Nova pesquisa, realizada em 2005 sobre o uso de drogas na vida, mostra que esse número aumentou para 22,8% (CARLINI, GALDURÓZ, SILVA *et al.*, 2006).

No entanto, mesmo com a pertinente preocupação despertada na sociedade, a situação em outros países é mais alarmante – como é o caso dos EUA que, apesar de possuírem uma política de repreensão e autoritarismo, alcançam prevalência de uso de drogas de 40,2%; em segundo lugar, Reino Unido (30,8%), em terceiro, Dinamarca (24,3%); os países com as menores prevalências são a Espanha (22,2%) e Chile (22,4%), e atingem índices, consideravelmente, menores a Bélgica (5,8%) e a Colômbia (5,4%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

De acordo com essa realidade no Brasil, as atuais políticas públicas em saúde propõem reflexões e incluem o usuário como participante do cuidado. Esse cuidado passa a ser fundamentado no protagonismo da pessoa e o considera como autor de sua própria história (TORRE E AMARANTE, 2001). O

respeito e a autonomia aos usuários dos serviços passam a ser palavras chave dentre as linhas de cuidado estabelecidas não só nos serviços de saúde mental, mas em toda a rede de saúde.

Nessa perspectiva, tem a Clínica Ampliada que é uma nova forma de cuidar do usuário, a qual contempla as suas necessidades na visão da integralidade. Implica no compromisso radical com a pessoa, enxergando-o de modo singular, e busca o equilíbrio entre o combate à doença e à produção de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Para que se avance na produção do cuidado integral, torna-se primordial a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é definido como “um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, sendo para o individual ou coletivo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). O PTS se caracteriza como um cuidado amplo, pois trata de proposta coletiva, inclui grupos e famílias, sendo primordial valorizar as diferenças entre os indivíduos como sujeitos únicos, e não classificá-los somente a partir de um diagnóstico que pode minimizar e igualar as pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a; PINTO, JORGE, PINTO *et al.*, 2011).

A partir da reforma psiquiátrica no Brasil, os cuidados recomendados aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial, incluindo-se os usuários de álcool e outras drogas, seguem o desfecho da singularidade e da observação do sujeito desde de suas vivências e sua história, sem deixar de lado o contexto socioeconômico e cultural.

O estado de Goiás ainda não definiu as políticas públicas relacionadas a usuários de álcool e outras drogas. Apesar de incentivos por parte de técnicos da gerência estadual de saúde mental para o fortalecimento da RAPS, existem movimentações na construção de espaços que fogem ao recomendado pelo Ministério da Saúde e das premissas que permeiam o atendimento à atenção psicossocial.

O avanço na RAPS no município onde se encontra o CAPS estudado se deu gradativamente, à medida que se inaugurava um serviço e sentia-se a necessidade de equipamentos complementares, ou seja, serviços de sustentação da Rede. Essa rede foi formada por meio de parcerias não só com

a Secretaria de saúde, mas com todas as secretarias que fazem parte do plano de governo do município: Secretarias de Integração Constitucional; Saúde; Educação; Esporte; Lazer e Juventude; Defesa Social e Guarda Civil Municipal; Desenvolvimento Urbano; Indústria e Comércio; Habitação; Assistência Social e Secretaria de Trabalho, Emprego e Renda. O movimento em favor da saúde mental culminou, no município, com a formação de um comitê de enfrentamento ao crack e com a adesão ao Plano de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010).

Esse plano foi lançado pela Presidência da República com a intenção de efetivar os direitos humanos e enfrentar o preconceito com relação às pessoas que usam drogas e suas famílias, adotar estratégias adequadas às especificidades da população a ser beneficiada, considerar a dimensão social, cultural e econômica, respeitar a autonomia dos indivíduos na reconstrução de trajetórias de vida, garantir a proteção integral de crianças e adolescentes, reduzir riscos e danos relacionados ao consumo de drogas, articular intersetorialmente por meio do trabalho integrado e, por fim, a participação social.

A implantação da Rede de Atenção Psicossocial no município ocorreu de forma emergencial para atender a todas as demandas referidas sem, contudo, uma análise prévia do perfil dos usuários que necessitam dessa atenção. E a ampliação da rede em saúde mental, também, tem se baseado nas demandas espontâneas, em sua maioria, orientadas pelos serviços de atenção básica e dos serviços de urgência e emergência do município e pelos encaminhamentos realizados por meio do programa saúde na escola (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b).

Porém, para instalação da linha de cuidado e da proposta terapêutica singular é necessário fazer a adequação dessa rede e conhecer o perfil dos seus usuários, o que, também, contribuirá na estruturação do serviço e no planejamento de ações.

Os registros em prontuários do CAPS AD III foram adequados a aspectos sociodemográficos, econômicos e escalas de avaliação que permitem o registro de critérios clínicos da dependência, gravidade, fatores de proteção e risco, motivação para o tratamento, porém não existe avaliação desses registros. Dentre as várias indagações que se tem durante o fazer cotidiano, nessa rede

de atenção psicossocial, uma direcionará o foco desse estudo: Como chegam os usuários para o acolhimento no CAPS AD III?

O município tem avançando, por meio de reflexões de técnicos e gestores dos serviços, mudanças de concepções e paradigmas desencadeados pelas políticas públicas na área da saúde mental, o que vem repercutindo, nas implantações de serviços preconizadas pelo Ministério da Saúde, com redirecionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O que tem permitido delinear e apresentar uma linha de cuidados em saúde mental até então não estabelecida nas políticas públicas do município, políticas que contemplam ações de prevenção, cuidado e ressocialização dos usuários da saúde mental. Essas unidades são as primeiras iniciativas de atendimento 24 horas em CAPS, no estado de Goiás e na Região Centro - Oeste.

O estudo leva a repensar as ações de acolhimento e, também, à construção do projeto terapêutico singular a partir das características dos usuários do serviço. As variáveis poderão contribuir para redirecionar as linhas de cuidados e, também, a rede de atenção psicossocial. Esses benefícios poderão se estender também aos familiares.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A Política Nacional de Saúde Mental no Brasil

As diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde garantem aos usuários dos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas a universalidade de acesso e o direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento e determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, formando-se redes assistenciais mais atentas às desigualdades e ajustando, de forma equânime e democrática, as ações às necessidades da população (GONÇALVES E SENA, 2001).

A atenção básica é a porta de entrada preferencial do SUS, forma um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, incluindo os cuidados a usuários em sofrimento mental. Estudos mostram que a proporção de usuários em sofrimento que procuram pela atenção básica chega a ser de uma para cada duas pessoas que procuram pela unidade básica de saúde (FORTES, 2008).

A política de atendimento ao usuário na saúde mental baseia-se na premissa de não transferir os pacientes de um abandono manicomial para um abandono extra manicomial. Uma abordagem que pressupõe a abertura dos espaços de negociação entre o paciente e o meio em que vive, para assim desenvolver o poder de contratualidade das pessoas nos espaços do habitar, das redes sociais e do trabalho (MORORÓ, COLVERO E MACHADO, 2011).

Na experiência italiana, o princípio da desinstitucionalização compreende que a superação do paradigma psiquiátrico envolve não somente o desmonte dos hospitais, mas de todas as relações de poder no entorno do objeto doença que podem estar até mesmo nos serviços territoriais (AMARANTE, 1992).

Com esse espírito, tanto as conferências nacionais de saúde mental, quanto os encontros e congressos de trabalhadores de saúde mental no Brasil

permitem trocas de saberes e discussões de ações para o avanço da consolidação da reforma da assistência psiquiátrica no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Reforma essa que se iniciou no Brasil nos anos 70, instalando-se um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis as exclusões, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico regente até aquela data, pois essa transformação é fruto de lutas no campo da atenção em saúde mental iniciada ainda na década anterior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O marco legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi a Lei 10.216 (BRASIL, 2001). A partir de então os modelos de atendimento em saúde mental começaram a se transformar de forma histórica sob a influência de Franco Basaglia (GONDIM, 2001).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 2002 trouxe como pressuposto básico a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com as diferenças e chamou a atenção para a importante integração dessa política com outras políticas sociais, como educação, esporte, habitação e habilitação profissional. A conferência possibilitou reflexões e posicionamentos sobre o exercício pleno da cidadania e uma nova concepção de saúde compreendida como processo e não ausência de doença, com ênfase na produção de qualidade de vida (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Diante de um novo olhar, surgem espaços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como as políticas de fortalecimento e matriciamento da atenção básica, os ambulatórios de saúde mental, os centros de atenção psicossocial (CAPS), hospital-dia, serviços de urgência e emergências psiquiátricas, os leitos em hospital geral e as residências terapêuticas (MIELKE, KANTORSKI, JARDIM *et al.*, 2009).

A Rede de Atenção Psicossocial foi ampliada com base no Decreto Presidencial de 2000 e passou a integrar o conjunto de redes na constituição das regiões de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Os desafios para saúde mental, neste momento, foram para além do SUS. A proposta é de sair dos circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários e estabelecer os

circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso demanda abertura da sociedade, profissionais de saúde, usuários e familiares para a diversidade.

Em 2002, foi instituído pela portaria GM/816, o Programa Nacional de Ação Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Em junho de 2009, o ministério ampliou esse plano, que passou a ser chamado de Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). Esse plano foi direcionado aos 100 maiores municípios brasileiros, incluindo as capitais e os sete municípios de fronteira, totalizando 108 municípios. Foram lançados quatro eixos de atuação: ampliação do acesso; qualificação dos profissionais; as articulações intra/intersectorial; a promoção da saúde, os direitos e o enfrentamento aos estigmas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a; 2009).

As políticas de saúde mental no Brasil não estão focadas na doença, já que existem pessoas que sofrem e não estão doentes (ou enfermas), e muitas podem estar gravemente doentes (e enfermas) e mesmo assim não sofrem. Essas políticas não têm como pretensão exterminar as drogas da sociedade, pois consideram o fator tempo e cultura, mas preconizam a redução de danos como uma valiosa abordagem dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas.

A abrangência do serviço foi ampliada pela Portaria nº 336 a qual define o CAPS como uma assistência ambulatorial diária, devendo funcionar de acordo com a necessidade de cada território. Estabelecem que municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes devem implantar o CAPS I, onde o funcionamento é apenas diurno e com equipe técnica reduzida; em municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes é viável a implantação do CAPS II onde há uma ampliação da equipe técnica componente do quadro e, em municípios com mais de 200 mil habitantes, o CAPS III, que tem funcionamento 24 horas, incluindo-se finais de semana e feriados. Institui-se, também, a criação do CAPS Infantil para atender a crianças e adolescentes com transtornos mentais e CAPS ad e ad III, direcionado a pacientes com transtornos resultantes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm papel estratégico na articulação e fortalecimento da rede comunitária de cuidados que, além do papel regulador da rede de serviços de saúde, cumprem suas funções na assistência direta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b). Os CAPS direcionam as políticas locais e programas de Saúde Mental por meio do desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários, dispensação de medicamentos, encaminhamentos e o acompanhamento de usuários que moram em residências terapêuticas. Todas essas ações são realizadas em articulação com as equipes de Saúde da Família.

O CAPS compõe a rede de serviço público municipal e oferece atendimento diário e aberto à comunidade, com atendimento a pessoas que necessitam de cuidados psicossociais, portadoras de transtornos mentais graves e constantes e promove a sua reinserção na sociedade (MARZANO E SOUSA, 2004). Os centros de atendimento psicossocial não representam, apenas, uma alternativa ao modelo hospitalar predominante, mas avançam no atendimento às pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Atendimento que transporta para, além da medicalização da doença, uma visão abrangente dos determinantes sociais, o que diminui internações e reincidência, sendo indispensável para abrir novas possibilidades de vida e de reinserção social.

No ano de 2012, a Portaria nº 130 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c) redefine o CAPS AD III, como ponto de atenção componente da atenção especializada da Rede de Atenção Psicossocial, sendo destinada à atenção integral a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 horas por dia. E assegura que o mesmo deve assumir características que o definam como serviço aberto e de base comunitária, funcionando com base no território, sendo lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situação de crise e maior gravidade como recaídas, abstinências e ameaças de morte. Esses serviços devem ter disponibilidade de acolher novos casos sem agendamento prévio e sem qualquer barreira de acesso e devem valorizar a construção do projeto terapêutico singular. O CAPS deve adequar a oferta de serviço às necessidades do usuário, promover inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários

no auxílio ao processo de reabilitação psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c).

A atual legislação brasileira garante os direitos de cidadania dos doentes em sofrimento psíquico e defende a diretriz de que o profissional médico só deve prescrever a internação como último recurso terapêutico. É também recomendado que os municípios incluam a Saúde Mental nas instâncias de vigilâncias epidemiológicas e que os dados obtidos subsidiem o planejamento de ações (DEVERA E COSTA-ROSA, 2007).

## **2.2 O uso de drogas**

Na antiga Roma, quando um sujeito não conseguia pagar uma dívida, entregava sua vida como adicto, ou seja, escravo e, assim, saía de sua condição de devedor. Muitos autores denominam o usuário de drogas psicoativas de drogadito, farmacodependente, dependentes químicos, porém o termo adicto ou drogadição informa perfeitamente a condição do usuário. A dívida impagável do usuário é a sensação que ele sempre está buscando e nunca lhe permite a saciedade, ou seja, quanto mais ele usa a droga, mais o seu corpo está pedindo para continuar usando (DÉA, SANTOS, ITAKURA *et al.*, 2004).

O termo “droga” e “substância psicotrópica” são utilizados para denominar todas as substâncias psicoativas (que alteram o funcionamento cerebral), incluindo as lícitas (álcool, cigarro) e ilícitas (maconha, cocaína, etc).

Em 1964, a Organização Mundial de Saúde concluiu que o termo “adição” não era mais um termo científico e recomendou sua substituição por “dependência de droga” (KAPLAN, 1997). A dependência de drogas pode ser definida como “um estado de intoxicação periódica ou crônica, produzida pelo uso repetido de uma droga natural ou sintética, de consumo lícito ou ilícito” (TAVARES, 2012).

Além disso, é necessário distinguir as drogas lícitas e ilícitas. Drogas lícitas são aquelas “permitidas juridicamente. O que não está proibido legalmente segundo a justiça. O que se pode fazer, por não estar vedado em lei. Aquilo que está de acordo com a moral e os bons costumes”. Drogas ilícitas são aquelas

“contrárias à lei, à moral e aos bons costumes. O que é vedado, defeso ou proibido por lei. Ato praticado em desacordo com a ordem jurídica, a ponto de violar direito subjetivo individual” (INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO, 2009).

Os limites entre os padrões de uso, abuso e dependência química não são precisos e, no trabalho com pacientes usuários de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas, observam-se três padrões de consumo indicativos de continuidade ou evolução progressiva da doença (INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO, 2009):

Uso - seria qualquer consumo de substâncias desde uma simples experimentação até uso em situações ligadas a lazer sem evidências de maiores problemas na vida do sujeito.

Abuso - seria um consumo no qual já se percebem problemas ou algum tipo de prejuízo físico, familiar ou psicológico, ou seja, aquele indivíduo que sempre que bebe ou usa drogas ilícitas tem ou causa problemas.

Dependência - seria o consumo sem controle pelo qual várias dimensões da vida do paciente já estão afetadas.

Um ponto importante a ser considerado no tratamento aos usuários de drogas tanto lícitas como ilícitas são as comorbidades. As comorbidades podem ser definidas como a ocorrência de duas entidades diagnósticas em um mesmo indivíduo. No estudo da dependência ao álcool e outras drogas, a manifestação de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias e de outros transtornos psiquiátricos vem sendo bastante estudada já desde os anos 80 (HASIN E NUNES, 1998).

As comorbidades são caracterizadas em três classes: a patogênica, quando um determinado transtorno leva ao desenvolvimento de outro, e ambos podem estar, etiologicamente, relacionados; a diagnóstica, quando dois ou mais transtornos cujos critérios diagnósticos se baseiam em sintomas não específicos; e a prognóstica, quando a combinação de dois transtornos facilita o aparecimento de um terceiro, como, por exemplo, a maior chance de um paciente com diagnóstico de depressão e ansiedade venha apresentar abuso ou dependência de álcool ou drogas (KAPLAN E FEINSTEIN, 1974).

Dessa forma, o abuso de substâncias é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais sendo fundamental o correto diagnóstico das patologias envolvidas (HASIN E NUNES, 1998). Os transtornos mais comuns incluem os transtornos de humor, como a depressão, tanto uni quanto bipolar, transtornos de ansiedade, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade e, numa extensão menor, a esquizofrenia. Transtornos alimentares e transtornos de personalidade, também, apresentam estreita correlação com o abuso de substâncias.

### **2.3 Cuidados aos usuários de álcool e outras drogas**

O cuidado aos usuários de álcool e outras drogas deve se iniciar, prioritariamente, na Atenção Básica em Saúde, por meio das ações de redução de danos. Muitas dessas ações podem ser iniciadas mesmo quando a situação parece complexa e sem muitas alternativas. A construção de uma proposta de redução de danos deve partir dos problemas percebidos pela própria pessoa ajudando-a a ampliar a avaliação de sua situação. Em pessoas com problema relacionado ao álcool, pode-se sugerir cuidados básicos, como não beber e dirigir; alternar o consumo de bebida alcoólica com alimentos e bebidas não alcoólicas; evitar beber quando estiver longo tempo sem se alimentar; beber bastante água, optar por bebidas fermentadas às destiladas, etc.

Os usuários de crack podem ser orientados a não compartilhar cachimbos, pois possuem maior risco de contrair doenças infecto-contagiosas caso tenham feridas nos lábios, geralmente ressecados pelo uso do crack e queimados pelo cachimbo. Comumente as pessoas que estão com mais problemas em relação ao uso de drogas não buscam as unidades de saúde. Esse serviço é acessado por seus familiares. Uma maneira de aproximar-se desses usuários é por meio de visitas domiciliares e agendamentos de consultas para uma avaliação clínica mais geral, não necessariamente, abordando seu problema com drogas (VIVA COMUNIDADE, PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO E MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Um instrumento que pode trazer importante contribuição na atenção básica para lidar com usuários de álcool é o teste AUDIT, um teste simples e de

fácil aplicação (REINERT E ALLEN, 2002). O AUDIT foi desenvolvido sob os olhos da Organização Mundial da Saúde & OMS e adaptado para o Brasil por Méndez (1999). O teste é composto por dez questões. As três primeiras avaliam quantidade, frequência e embriaguez; as três seguintes, sintomas de dependência e as quatro últimas avaliam o risco de consequências danosas ao usuário. A pontuação do teste é obtida somando-se as opções que o usuário assinala. As oito primeiras questões apresentam cinco possibilidades de respostas, com valores que variam de zero a quatro, e as duas últimas, somente três possibilidades de respostas, com valores de zero, um e quatro. A pontuação máxima é de 40 pontos. Esse teste pode orientar se esse usuário pode ser tratado na atenção básica ou se ele deverá ser encaminhado. De acordo com o AUDIT, quando a pontuação é de 0 a 7, a indicação é continuar na Prevenção primária; de 8 a 15, sugere as primeiras orientação básicas a cerca dos problemas relacionados ao uso de álcool, de 16 a 19, sugere-se a intervenção breve e monitoramento e de 20 a 40 é indicado que o usuário seja encaminhado para o serviço especializado que, na rede de atenção, é o CAPS Ad.

A atenção básica tem mais oportunidades de sucesso em ações de proximidade, podendo os profissionais das equipes da ESF construir projetos de cuidado à família e, com um diagnóstico da situação familiar, detectarem fragilidades e potencialidades em relação a diversas competências e relacionarem-nas àquela família (MAGNABOSCO, FORMIGONI E RONZANI, 2007).

A construção de projetos familiares e as ações de redução de danos ajudam a operacionalizar a perspectiva de uma Clínica Ampliada e possibilitam planejamento de ações pautadas em dimensões subjetivas e a reconfiguração dos territórios existenciais, tanto dos trabalhadores em saúde, quanto daqueles que eles cuidam. Esse processo de construção projeta a construção da integralidade em saúde, na perspectiva de autonomia e emancipação dos sujeitos e coletivos.

Como rede integrada e articulada aos cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, tem-se o Consultório na Rua que se trata de uma equipe volante, a qual, por meio do vínculo e da escuta qualificada, realiza atendimentos *in loco* e faz um elo com esses usuários que são excluídos dos serviços e estão em

condição de vulnerabilidade social e de saúde, sendo eles moradores, em situação de rua ou mesmo com endereço conhecido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Como serviço complementar dessa rede de atenção e cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, estão os serviços de referência hospitalar para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. O serviço de referência deve ter objetivos claros de preservação da vida, de integração e articulação da Rede de Atenção Psicossocial. Faz parte das demandas e fluxos assistenciais na região de saúde, potencializar ações de matriciamento, corresponsabilizar-se pelos casos e pela garantia da continuidade do cuidado; ofertar suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica; prevendo internações de curta duração até a estabilidade clínica do usuário e respeitando as especificidades de cada caso. Sendo de competência da rede de saúde local, a regulação do acesso aos leitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012d).

No ano de 2001, houve no Brasil 84.467 internações para problemas relacionados ao uso do álcool, mais de quatro vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas. Como a média em internação foi de 27,3 dias, essas internações tiveram em 2001 um custo anual para o SUS de mais de 60 milhões de reais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Mediante tal realidade, faz-se necessário potencializar a prevenção institucional, deixar de culpabilizar o usuário e buscar por políticas que realmente sejam capazes de enfrentar as vulnerabilidades das pessoas e especialmente daquelas com maior probabilidade de exclusão, tais como os usuários de álcool e outras drogas. É preciso ter uma visão de saúde de forma integral, equânime e justa, trazendo mudanças de paradigmas de “doentes” para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

## 2.4 Política nacional de humanização

No ano 2000, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2003, o Ministério da Saúde, visando expandir a humanização para além dos ambientes hospitalares, estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção em gestão e saúde do SUS a PNH e o Humaniza SUS (DESLANDES E AYRES, 2005).

A PNH se fundamenta em três pilares básicos: (a) a transversalidade, que indica a ampliação do grau de comunicação entre os sujeitos e serviços e visa a transformações nos territórios de poder, alterações das fronteiras dos saberes e nas relações de trabalho; (b) a indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que existe uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e apropriar-se do trabalho e (c) a importância do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, compreendidos como sujeitos na produção de serviços, de si próprios e do mundo, desenvolvendo atitudes de corresponsabilidade na produção de saúde (DESLANDES E AYRES, 2005).

As bases norteadoras da PNH são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a dissociabilidade entre ação e gestão. Estimulando a criação de condições para o surgimento de sujeitos protagonistas e de processos de produções subjetivas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Segundo Deslandes (2004) a humanização do atendimento abrange fundamentalmente as iniciativas que apontam para a democratização das relações que envolvem o acolhimento, está relacionada ao diálogo e à melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente.

O acolhimento é a possibilidade de identificar e compreender as variadas demandas, problemas e necessidades de saúde das pessoas para intervir e dar respostas concretas aos usuários, bem como para apoiar e acionar os diferentes pontos da rede de serviços de saúde, das redes sociais e comunitárias, na perspectiva do cuidado integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

O ato de acolher significa muito mais do que receber o usuário na unidade e apresentar o serviço. Acolher é se mostrar disponível, é ter uma escuta sensível e ao mesmo tempo perspicaz e qualificada, é conseguir apreender o verdadeiro motivo que levou o sujeito a buscar por aquela unidade e por aquela equipe. Porém, nesse momento de troca, faz-se necessário o registro de dados para organização e contribuição com o processo de inclusão do usuário e familiares no serviço. É preciso ter uma percepção aflorada, por parte do profissional, para que o começo de encontros importantes não se transforme em um simples protocolo de registro de dados.

O acolhimento pode e deve ser partilhado por toda equipe, desde que haja disponibilidade. Para Teixeira (2010) o acolhimento é definido como uma relação dialógica, na qual há uma técnica de conversa, e ela pode se dar em qualquer um dos encontros, em que se identificam, elaboram e negociam as necessidades do usuário, o que cria verdadeiros espaços coletivos de conversações.

Assim, é imprescindível dispor das tecnologias leves: o acolhimento, o vínculo, a escuta, o respeito e o diálogo (MERHY, 2005). O acolhimento não se refere a um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica, necessariamente, o compartilhamento de saberes, angústias e invenções, pois se constitui uma ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. O acolhimento pode ser realizado por todos os profissionais da equipe e, em todas as situações do cotidiano dos serviços, em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro (FREIRE, STORINO, HORTA *et al.*, 2008).

Nota-se que um dos grandes gargalos da humanização da assistência está na fragmentação dos processos de trabalho. Ao realizar uma metassíntese, Dalla Nora & Junges (2013) observaram que os fatores dificultadores da assistência humanizada são: número insuficiente de profissionais nas equipes, a falta de perfil profissional, a perpetuação do modelo assistencial, centrado na atenção curativa e focado na queixa, baixa remuneração dos profissionais da saúde, escassez de momentos coletivos de discussões e reflexões entre os profissionais, reuniões muito espaçadas e em muitas unidades inexistentes.

Esses mesmos autores apontam ainda a necessidade de mudanças posturais por parte dos profissionais como a capacidade de se colocar no mesmo nível do usuário, evitando relações hierárquicas, valorizando as práticas integrativas e o saber popular; ações educativas nos serviços que sejam capazes de contribuir com a autonomia do sujeito e auxiliem na qualificação do seu modo de levar a vida. É preciso trazer resolubilidade na capacidade técnica e de recursos tecnológicos disponíveis na unidade e na rede de saúde, fortalecendo a corresponsabilização no escopo da atenção e da gestão.

#### **2.4.1 Projeto Terapêutico Singular**

Para cuidar de diferentes atores sociais é necessário entender que estão em cena diferentes concepções, diversas perspectivas sobre o processo de cuidado e a busca por encontrar pontos comuns, ações conjuntas, reunião de saberes e fazeres em um processo permanente de gestão compartilhada do cuidado.

A terapêutica antes utilizada com o paciente psiquiátrico não o considerava como sujeito ativo do seu tratamento, não envolvia sua família e não valorizava sua história, sua cultura, sua vida cotidiana e sua qualidade de vida. O principal foco de atenção era a doença (ANDRADE E PEDRÃO, 2005).

O Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental define o projeto terapêutico como um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que segue uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Nesse projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é, apenas, uma das ações que visa ao cuidado integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

É fundamental que a coordenação do projeto terapêutico esteja ligada à Unidade Básica de Saúde pela sua proximidade, pelo vínculo estabelecido, pela diversidade de cuidado que realiza aos membros da família e por conta da mobilidade junto a todos os segmentos envolvidos no processo de cuidado. A gestão do cuidado exige permanente contato e monitoramento das condutas relacionadas a cada uma das pessoas do contexto familiar.

O Projeto Terapêutico Singular é uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultante da discussão e da construção coletiva de uma

equipe multidisciplinar e considera as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

O PTS é singular e atua relacionado ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo. A utilização do PTS, como dispositivo de intervenção, desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

A terapêutica utilizada pelos profissionais nos serviços de saúde mental não deve se restringir somente a fármacos e à cirurgia; há mais recursos terapêuticos do que esses, como, por exemplo, valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial. O termo “projeto” trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia tradicionalmente na discussão de casos em medicina (CAMPOS E AMARAL, 2007).

Assim sendo, as modalidades de atendimento no CAPS constituem um universo de prática destinado a dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções cujo objetivo é assegurar sua reinserção no contexto social e familiar (ANTUNES E QUEIROZ, 2007).

O PTS deve ser construído mediante vínculo, e vínculo significa algo que ata ou liga as pessoas; indica relações com duplo sentido, compromissos de profissionais com usuários e desses com os profissionais. A criação de vínculo depende do movimento e do desejo, tanto dos usuários quanto da equipe. O vínculo é um dispositivo de intervenção que possibilita a troca de saberes entre o técnico e o popular, o objetivo e o subjetivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Dessa maneira, quando se foca no sofrimento, corre-se o risco de negligenciar as dimensões da pessoa que são fonte de criatividade, alegria e

produção de vida e, ao agir assim, pode-se influenciá-la, também, a se esquecer de suas próprias potencialidades.

O projeto terapêutico constitui tarefa importante na construção dos serviços, pois é o foco norteador das ações de saúde disponibilizadas aos usuários. É o resultado de um processo de elaboração e construção da equipe de profissionais que, ao focar as necessidades de saúde apresentadas pela população de usuários, propõe um plano de ações que vise à resolubilidade dessas necessidades (ONOCKO-CAMPOS E FURTADO, 2006). A gestão do projeto terapêutico elaborado pelos profissionais dos serviços tem perdido espaço para uma aplicação direta de técnicas terapêuticas, legitimadas pelas tecnologias próprias a cada especialidade, sem serem, necessariamente, consensuais em um projeto terapêutico dialogicamente construído pelos agentes envolvidos: profissionais, usuários e gestores.

Conforme Merhy (2000), um projeto terapêutico caracteriza-se por conformar a filosofia primordial que guia as ações e os objetivos centrais de todo o trabalho em um serviço de saúde. É o que designa o modo operacional de uma determinada equipe de profissionais que toma como referencial determinadas necessidades de uma clientela e que, ao cruzar com formas determinadas de compreensão de cuidado e atenção a essas necessidades, gera certas ações em forma de trabalho. Ou seja, um projeto terapêutico é o conjunto de ações formado por atos de produção de saúde que se configura como resultado da interface entre as ofertas tecnológicas dos profissionais (cuidado, saberes e instrumentos) e as necessidades de saúde dos usuários, gerando ações segundo um plano geral que reflete uma específica filosofia de trabalho.

O encontro com o outro é sempre perturbador, pois exige do profissional uma reorganização e uma implicação social. Construir um projeto terapêutico singular significa dar voz às demandas, valorizar o outro, ouvir, compreender e experimentar sensações coletivas na busca de uma resignificação de posturas e de projetos de vida (BORTOLUZZI, 2006).

As atividades terapêuticas constituem dispositivos do projeto terapêutico e não podem reproduzir mecanismos de docilização, normatização e entretenimento como no modelo manicomial, precisam representar formas de

criação de relações intersubjetivas e oportunidades de construção de identidades (CASTRO, LIMA E BRUNELO, 2011).

Porém, o que se tem visto em muitos serviços é a imposição de uma prática extremamente tecnicizada e individualizante, realizada pelo profissional e que olha o indivíduo e não o ser social. As práticas nas quais a interação intersubjetiva de entendimento recíproco e construção coletiva entre a equipe de profissionais podem estabelecer um campo de integralidade das ações de saúde também, podem minimizar e desprestigiar ações desenvolvidas no território, nos espaços coletivos e apoiadas na interação intersubjetiva, nos quais o trabalho hiper tecnicizado retoma.

Muitas vezes, os usuários permanecem convivendo entre si e com a equipe no interior dos serviços, realizando procedimentos terapêuticos tecnicamente orientados e quando vão para suas casas, ao final do dia, ou, ao final de cada atendimento, suas vidas voltam à posição periférica na família e são excluídas das redes sociais mais extensas como sempre foram, desde quando desembocaram nesse sofrimento psíquico.

Alguns fatores têm dificultado a construção de projetos terapêuticos mesmo em serviços voltados efetivamente para o modo de atenção psicossocial, sendo um deles a extrema tecnicização das ações terapêuticas que enfatiza o tratamento clínico medicamentoso e secundariza ações psicossociais. O que tem como consequência principal o fechamento do trabalho nos serviços e a não inclusão social do usuário (FREIRE, STORINO, HORTA *et al.*, 2008 2008).

O Projeto Terapêutico deve ser entendido como uma metodologia de cuidado e gestão que representa o deslocamento da cura - como norma ideal - para a reprodução social das pessoas, num processo de singularização que supere as concepções abstratas de saúde como bem-estar físico-psíquico-social ou como reparação do dano, delineando a construção compartilhada da vida e “invenção” de saúde (JORGE, PINTO, QUINDERÉ *et al.*, 2011 )

Portanto, o projeto terapêutico incorpora a noção interdisciplinar que deve recolher a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe

multiprofissional, denominada equipe de referência (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Quanto mais o sofrimento for compreendido e correlacionado com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, porque o usuário poderá perceber que, se não nas causas, pelo menos, nos desdobramentos o adoecimento não está isolado da sua vida e, portanto, não pode ser “resolvido”, na maior parte das vezes, por uma conduta mágica e unilateral do serviço de saúde. Será mais fácil, então, evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento.

A escuta é mediadora do diálogo. O trabalhador de saúde comprometido com a comunidade não teme o encontro com a população, nem teme o diálogo com ela, de que resulta o grande saber de ambos (DALLA NORA E JUNGES, 2013). Segundo o mesmo autor, a escuta e o cuidado singularizados temperam encontros clínicos com “frestas de vida”.

#### **2.4.2 A enfermagem no cuidado ao usuário de álcool e outras drogas**

O cuidado da enfermagem aos usuários na saúde mental, mesmo após a reforma psiquiatria, ainda não conseguiu avançar para além do modelo biomédico.

Estudo realizado em um CAPS Ad mostrou que na visão dos enfermeiros os dependentes químicos são indivíduos acometidos por uma doença, que têm dificuldade de limites, são manipuladores e responsáveis pelo desenvolvimento da dependência. Percebe-se que falas preconceituosas e calcadas no senso comum continuam a existir, mesmo em um espaço de proposta de atenção psicossocial (VARGAS, BITTENCOURT, ROCHA *et al.*, 2013).

Outro estudo relata a deficiência de recursos humanos especializados no tratamento dos usuários de substâncias psicoativas e as dificuldades dos profissionais desde a formação acadêmica. Mesmo tendo um programa integrado na RAPS, tem sido difícil sensibilizar os acadêmicos e despertar neles o real interesse na construção de uma prática de cuidado integral (AMBRÓSIO, BENINCÁ, FEJOLI *et al.*, 2009).

Percebe-se que muitos profissionais de enfermagem, estão ainda pautados em um cuidar da doença e não do indivíduo, se escondendo-se por vezes, atrás de trabalhos burocráticos, com ações fundamentadas em modelos organicistas, em triagens e no controle e supervisão de medicamentos. A enfermagem parece ainda não ter se encontrado frente às novas políticas de saúde mental. Os profissionais enfermeiros precisam entender que os procedimentos técnicos e burocráticos precisam ser desenvolvidos como forma de aproximação e não de distanciamento dos usuários. Entendendo que o vínculo é o principal canal de comunicação, tanto dos usuários que já têm comorbidades, como também daqueles que ainda não manifestaram nenhuma comorbidade.

Fica a cargo do enfermeiro que atua em serviços de atendimento especializado em saúde mental, bem como daqueles que atuam em serviços que de uma maneira ou outra realizam cuidados a esses usuários, administrar a gestão do cuidado e da equipe e entender que o objeto de trabalho não é a doença e, sim, o ser, a existência do sofrimento dos pacientes e da sua relação com o corpo social. Na perspectiva do foco ser o cuidado, a atitude e o envolvimento com o outro.

A maioria dos serviços de saúde mental, ainda, não implantou a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (FIORATIA E SAEKI, 2012). Essa metodologia organiza e sistematiza o cuidado, ao identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (TRUPPEL, MEIER, CALIXTO *et al.*, 2009).

A implantação da SAE proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem e de atendimento a usuários de álcool e outras drogas, através de etapas inter-relacionadas e dinâmicas (ANDRADE E VIEIRA, 2005).

O processo de enfermagem melhora a qualidade da assistência, a satisfação profissional e aumenta o vínculo enfermeiro-usuário (MEDEIROS, SANTOS E CABRAL, 2012).

No entanto, alguns desafios fazem parte da trajetória de construção da SAE nas instituições como o número de enfermeiros nos serviços, o envolvimento deles com o processo, a valorização por parte da administração da instituição, bem como os indicadores de resultado da assistência. Ao mesmo tempo, realizar esse processo requer do profissional base científica, conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidar do outro (MENEZES, PRIEL E PEREIRA, 2011).

Estudo realizado na Colômbia mostrou que o papel do enfermeiro nos serviços de saúde mental ainda está focado em atividades administrativas e na gestão dos profissionais de nível médio; a interação com os usuários visa somente promover o autocuidado, mostrando que o tratamento direto ao usuário, ainda, é muito pouco realizado pelo enfermeiro, sendo delegado a profissionais de nível médio. Esse fato pode estar segregando e fragilizando o cuidado nos serviços de saúde mental.(DÍAZ HEREDIA E MARZIALE, 2010).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Descrever o perfil epidemiológico de uma população atendida em um Centro de Atenção Psicossocial Atendimento Adulto do tipo III, de um município da região metropolitana de Goiânia.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo do estudo e local de estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal que foi realizado no município de Aparecida de Goiânia, situado na região metropolitana de Goiânia. Possui 510.770 mil habitantes, em regiões mal distribuídas, loteamentos clandestinos, situações precárias de saneamento básico e má distribuição de renda. Sua população é predominantemente urbana (99,75%) e apenas (0,25%) representa a população rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O município no qual se desenvolveu a pesquisa enfrenta problemas sociais, de violência, saúde pública e, principalmente, relacionados ao comprometimento da saúde mental e ao abuso de substâncias químicas. O Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia tem a maior concentração de presos no estado (GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2013), composta por reeducandos que cumprem suas penas em regime fechado e semiaberto. São doze mil indivíduos, cujas famílias migram de forma não planejada para o município, com graves consequências sociais. Grande parte dos reeducandos que vai para o regime semiaberto é direcionado pelos profissionais de saúde existentes dentro do sistema prisional e, também, por orientação jurídica a procurar pelos serviços de atendimento à saúde mental do município deste estudo.

É um município que precisa de avanços nas áreas da saúde, segurança, lazer e educação e é considerado como cidade prioritária dentre os programas preconizados pelo Governo Federal com necessidades de reinclusão social, proteção e cuidado aos seus habitantes.

Nessa realidade, foram implantados três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo dois tipos III (Ad) com atendimento para álcool e outras drogas na modalidade adulto e infantil e um Centro de Atenção Psicossocial - atendimento infanto-juvenil. Um CAPS III (Atendimento a usuários com

transtorno mental), por meio de incentivos federais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Existem duas equipes de consultório na rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c), que tem como objetivo atender às demandas *in loco* para agravos de saúde e abuso de substâncias psicoativas e facilitar o acesso aos usuários que têm dificuldades de acessar os serviços tradicionalmente estabelecidos. Encontra-se em processo de implantação uma Unidade de Acolhimento (UA) e duas Unidades de Acolhimento Infantil (UAI). Essas unidades tem por objetivo o acolhimento de usuários que não têm ou ainda não refizeram seus vínculos familiares, necessitando de um tempo maior de permanência nos serviços de saúde, com posterior processo de grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Apesar dos avanços da RAPS no município, a implantação dessas unidades coincidiu com dezenas de mandados judiciais para tratamento de menores com problemas relacionados a desvio de conduta e uso e abuso de álcool e outras drogas advindos da Comarca da Infância e Juventude. Essa comarca tem uma atuação pontual no município e demanda atendimentos por parte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em casos de violações de direitos e de situações de vulnerabilidade social.

O estudo foi realizado em uma das duas unidades CAPS AD III, localizado no Setor Nova Era, no município de Aparecida de Goiânia.

O CAPS AD III começou a funcionar em fevereiro de 2011, tem atendimento nas 24 horas. Possui 12 pontos de atenção (leitos para desintoxicação), em três modalidades de atendimento: acolhimento noturno que são usuários que se encontram em período de desintoxicação, permanecendo na unidade por até 15 dias em período integral; atendimento intensivo, usuários que passam o dia e retornam para casa à noite e não intensivo, que são os usuários que já voltaram ao trabalho ou ainda não haviam perdido os laços sociais e familiares e atualmente frequentam o CAPS, continuando com suas funções sociais. Dessa maneira, os grupos são agendados em períodos noturnos e aos finais de semana, de acordo com o PTS e com a realidade de cada usuário. Conforme preconizado pela portaria nº 130 (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2012c), o CAPS conta com equipe multidisciplinar completa e o atendimento às demandas é de portas abertas.

#### **4.2 População e amostra do estudo**

A população alvo da unidade em estudo são os adultos com problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas (lícitas e ilícitas). Foram incluídos esses usuários, desde que maiores de idade e tendo sido acolhidos pela primeira vez até 28 de fevereiro de 2014, independente de serem moradores do município ou não ou do sexo. Foram excluídos os usuários cujas idade e ou data de nascimento não estavam registradas, cuja data do último acolhimento não foi localizada e usuários cujos prontuários não tinham uma ficha de acolhimento.

#### **4.3 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu no período de 1º de julho a 08 de agosto de 2014, dois anos e seis meses após a implantação da ficha sistematizada de acolhimento no serviço e após a anuência do diretor da Unidade pela assinatura no Termo de Consentimento para utilização dos dados. Os dados foram coletados por auxiliares de pesquisa devidamente treinados, e a coleta ocorreu em horários diversos, por se tratar de um serviço com atendimento 24 horas. Os dados foram coletados por meio de análise documental, utilizando para isso as fichas de acolhimento, os prontuários e o PTS.

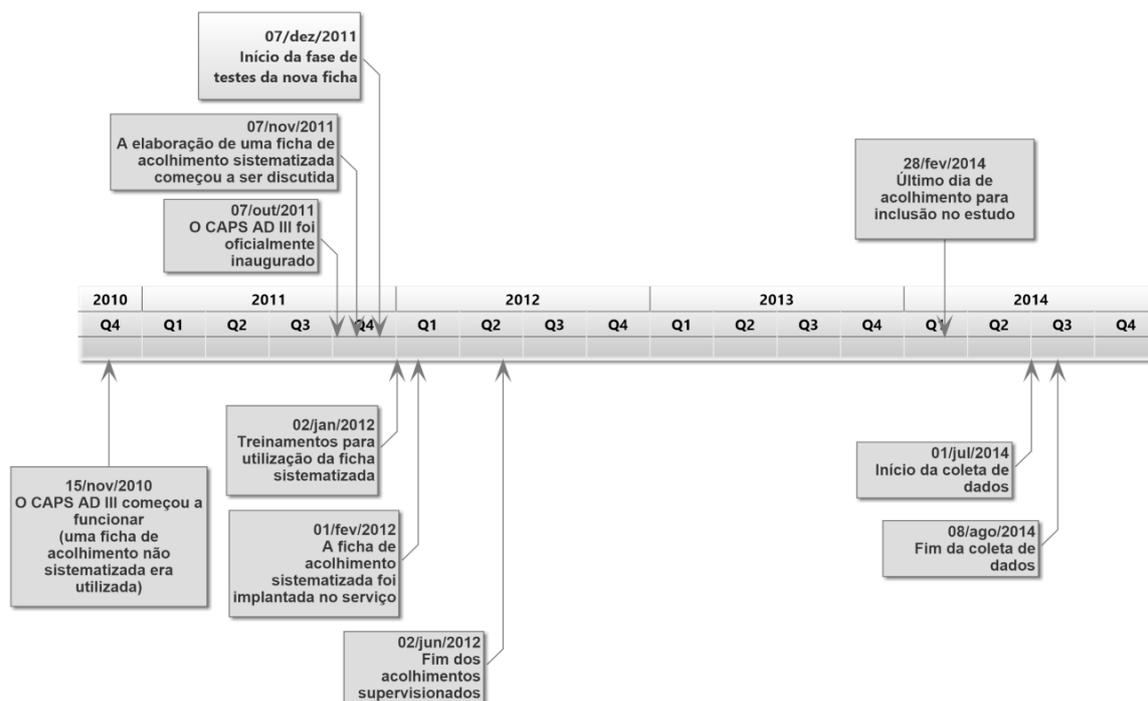


Figura 1. Linha do tempo do CAPS AD III: do início das atividades à coleta de dados. Aparecida de Goiânia, julho a agosto de 2014  
Fonte: elaborada pelas autoras

#### 4.3.1 Variáveis do estudo

O instrumento de coleta de dados contemplava as seguintes variáveis:

- Características sociodemográficas: sexo dos usuários masculino e feminino, idade (calculada como a diferença em anos entre a data de admissão e a data de nascimento), escolaridade (não alfabetizado, ensino fundamental, médio e superior, completo ou incompleto), ocupação (desempregado, trabalho com ou sem carteira assinada, estudante, autônomo) ou beneficiário (aposentado, auxílio doença, seguro desemprego, outro). A renda familiar mensal foi coletada em reais (variável contínua) e convertida em salários mínimos, conforme o valor vigente na data da admissão do usuário no serviço\*.
- História de saúde: antecedentes familiares, tratamentos anteriores (data do último tratamento, quantidade de vezes e local onde já havia sido tratado), início da procura à unidade; risco imediato na procura ao serviço, riscos sociais.

\* Os valores estão disponíveis no Guia Trabalhista, disponível em <[http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario\\_minimo.htm](http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario_minimo.htm)> e acessado em 17/set/2014.

- Gravidade da doença conforme realização de anamnese clínica do profissional do serviço.
- Estado motivacional: Registrados os dados encontrados nas fichas de acolhimento. No CAPS, cenário deste estudo, o estado motivacional é realizado pela avaliação do profissional responsável pelo acolhimento, utilizando a escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) (MCCONNAUGHY, DICLEMENTE, PROCHASKA *et al.*, 1989), na sua versão brasileira adaptada (DEL RIO SZUPSZYNSKI E OLIVEIRA, 2008). Essa escala busca avaliar os estágios motivacionais de indivíduos. Trata-se de uma medida de autorrelato, do tipo escalar, criada, inicialmente, para estudar os problemas relacionados ao tratamento do tabagismo e, atualmente, empregada de forma genérica para todos os problemas associados a comportamentos de dependência. O desenvolvimento da URICA para a população norte-americana iniciou com 165 itens, os quais foram submetidos a três juízes com bom conhecimento na área. Desses itens, 145 apresentaram boa consistência, mas apenas 125 foram realocados no instrumento. A redução do instrumento foi evoluindo e dividiu-se em três etapas: na primeira etapa foram considerados 75 itens, com 15 itens por estágio; na segunda, 50 itens, com 10 itens para cada estágio e, na terceira e última etapa, foi construída uma versão com 32 itens, tendo oito itens para cada estágio.
- História do uso de droga: drogas de predileção e tempo de uso.
- Informações sobre a ficha de acolhimento e projeto terapêutico.

#### **4.4 Análise dos dados**

O banco de dados foi construído, utilizando o software SPSS, versão 18 (IBM Corp, Armonk, New York, USA).

Os resultados descritos e analisados de forma descritiva e expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos, desvios-padrão (variáveis quantitativas) e por frequências e percentuais (variáveis categóricas).

#### **4.5 Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (protocolo CEP-PUC número 626.137). Considerando ser um estudo de análise documental tendo como fonte dos dados a ficha de acolhimento e o prontuário, a relação risco benefício do estudo e a dificuldade de acessar os usuários do serviço devido a constantes migrações, moradias temporárias e alternativas, o Comitê de Ética dispensou a necessidade do consentimento dos usuários pela assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A maioria dos usuários muda, constantemente, os seus números de telefone, por se envolver em conflitos, vende, troca por substâncias psicoativas, não tendo acesso a serviços e autonomia para o resgate do número do telefone quando adquire novo aparelho, aparecendo no serviço quando bem entende ou em grupos agendados. Além disso, os dados foram coletados de forma secundária.

A responsabilidade, para todos os efeitos, decorrentes do acesso e do uso desses documentos, bem como relativos à privacidade e ao sigilo, é integralmente do pesquisador do estudo. Os dados obtidos assim como a identificação dos participantes desse estudo ficarão arquivados por cinco anos e serão incinerados após esse período.

## 5 RESULTADOS

Os resultados do estudo e as discussões serão apresentados em forma de um artigo intitulado “Perfil epidemiológico dos usuários de um CAPS AD III, em um município do estado de Goiás”, e o seu manuscrito será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem para avaliação e publicação.

### 5.1 Artigo

#### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ADULTO TIPO III**

#### **EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF USERS TREATED IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER ADULT TYPE III**

#### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUARIOS ATENDIDOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA ADULTOS TIPO III**

Paula Cândida da Silva Dias<sup>1</sup>, Adenícia Custódia Silva e Souza<sup>2</sup>,  
Camila Cardoso Caixeta<sup>3</sup>

\* Esta pesquisa é produto da dissertação de Mestrado “Perfil epidemiológico de usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial AD III”.

<sup>1</sup> Mestranda em Atenção à Saúde. Diretora da Atenção à Saúde Mental de Aparecida de Goiânia. profpaulacandida@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora adjunta I do Departamento de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da PUC-Goiás. Coordenadora do Mestrado em Atenção à Saúde do Departamento de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da PUC-Goiás. adeniciafen@gmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. camilaccaixeta@hotmail.com

## RESUMO

Estudo descritivo transversal que objetivou identificar o perfil epidemiológico dos usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial adulto de Álcool e outras drogas tipo III, Participaram do estudo 519 usuários. Os dados foram coletados em 2014 das fichas de acolhimento, utilizando um formulário epidemiológico previamente elaborado. Constatou-se que a maioria dos usuários é do sexo masculino e em idade produtiva; com baixa escolaridade e baixa renda familiar. A maioria passou por tratamentos anteriores em hospitais psiquiátricos. As drogas de predileção foram o álcool e o tabaco, embora o crack se apresentou como uma droga de uso crescente. O perfil observado deve ser considerado na elaboração de projetos terapêuticos singulares e na construção de ações de promoção e prevenção em saúde. Os achados, também, devem ser considerados nas ações que fortaleçam o papel do CAPS e do profissional de enfermagem no território e na rede de atenção psicossocial.

Palavras chave: Políticas públicas. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Serviços de saúde mental. Acolhimento.

## ABSTRACT

This is a cross-sectional study which aimed to identify the epidemiological profile of users enrolled in a type III psychosocial care center for adults addicted to alcohol and other drugs. The study included 519 participants. Data were collected from medical records in 2014, using an epidemiological form elaborated for that purpose. We observed that most users are male and of working age, with lower schooling and lower family income. The majority of participants had been previously treated in psychiatric hospitals. The drugs of predilection were alcohol and tobacco, although crack use is growing. The epidemiological profile observed should be considered to formulate user's singular therapeutic projects and to build interventions for health prevention and promotion. These findings should also be considered in actions to strengthen the role of CAPS and the nursing staff in the community and in the psychosocial care network.

Key words: Public Policies. Disorders related with substance use. Mental health services. Welcome.

## RESUMEN

Estudio transversal cuyo como objetivo identificar el perfil epidemiológico de los usuarios inscritos en un centro de atención psicossocial para adultos usuarios de alcohol y otras drogas tipo III. El estudio incluyó a 519 participantes. Los datos fueron recolectados en el 2014 a través del análisis de los registros de acogida, mediante un formulario creado anteriormente. Se encontró que la mayoría de los usuarios son hombres y en edad de trabajar; con bajo nivel de educación y bajos ingresos. Prevalencia de los tratamientos anteriores en los hospitales psiquiátricos. Las drogas de predilección fueran el alcohol y el tabaco, aunque la grieta se presenta como el consumo de drogas cada vez mayor. El perfil se evidencia debe ser considerado en la preparación de proyectos terapéuticos

naturales y la promoción de la construcción y prevención de la salud. Acciones destinadas a reforzar el papel de los CAPS y el personal de enfermería en el territorio y en la red de atención psicosocial.

Palabras clave: Políticas Públicas, trastornos relacionados con sustancias, servicios de salud mental, de acogida

## INTRODUÇÃO

As políticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas são pautadas a partir da reforma da assistência psiquiátrica no Brasil, que tem como marco a lei nº. 10.216<sup>(1)</sup>. Baseiam-se na garantia de direitos dos usuários do SUS e estabelecem como diretrizes, a universalidade de acesso, o direito à assistência, à integralidade, à descentralização e à territorialização que visam às ações no âmbito psicossocial, favorecendo a autonomia do sujeito e o convívio social<sup>(2)</sup>.

A prática psicossocial trouxe a necessidade de criação de espaços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Como estratégias estão o matriciamento da atenção básica, os ambulatórios de saúde mental, os centros de atenção psicossocial (CAPS), hospital-dia, serviços de urgência e emergências psiquiátricas, os leitos em hospital geral e as residências terapêuticas<sup>(3)</sup>. Esses espaços estão fundamentados por políticas que visam ao fortalecimento do cuidado humanizado, à construção da autonomia e ao protagonismo da pessoa<sup>(2)</sup>.

Como uma estação da rede encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que têm papel estratégico na articulação, no fortalecimento e na garantia de continuidade do cuidado. Além da regulação de serviços de saúde cumprem também as funções na assistência direta ao usuário<sup>(4)</sup>. Os CAPS direcionam as políticas locais e programas de Saúde Mental por meio do desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários, da dispensação de medicamentos, encaminhamentos e acompanhamento de usuários que moram em residências terapêuticas e, ainda, as articulações realizadas em parceria com as equipes de Saúde da Família por meio do matriciamento<sup>(2)</sup>.

O CAPS em estudo é do tipo Ad III e atende a usuários de álcool e outras drogas em modalidade 24 horas<sup>(4)</sup>. Apesar dos avanços da atenção aos usuários que frequentam esse tipo de serviço, é fundamental construir linhas que favoreçam o respeito às individualidades, à autonomia, assumindo o compromisso radical com a pessoa na visão da Clínica Ampliada<sup>(5)</sup>.

Para garantir as premissas do atendimento aos usuários dos serviços, torna-se primordial a efetivação ou implementação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esse projeto contém um conjunto de propostas e condutas

articuladas, com ações direcionadas para a pessoa no âmbito individual ou coletivo, envolvendo os familiares e a comunidade na qual está inserida, respeitando as diferenças entre os indivíduos como sujeitos únicos<sup>(5)</sup>.

Na construção do cuidado às pessoas usuárias de drogas, há de se reconhecer que a relação humana com as drogas assume características históricas e epidemiológicas conforme o momento. Ao longo do tempo, a relação com o álcool e o tabaco passa do reconhecimento como status social para um agravo de saúde pública<sup>(6)</sup>, considerando-se a complexidade do seu impacto na sociedade.

Outro movimento importante a ser reconhecido é que as mulheres buscam com maior frequência atendimentos de saúde e especificamente de saúde mental em varias regiões e países<sup>(7)</sup>, porém essa realidade se mostra diferente nos serviços de referência à dependência química<sup>(8)</sup>.

Nessa perspectiva, traçar o perfil epidemiológico do usuário de drogas atendido por um CAPS AD torna-se essencial para a construção do cuidado no que diz respeito à construção de políticas públicas afinadas com a realidade territorial, no gerenciamento dos serviços de saúde, considerando sua inserção na rede de cuidado e elaboração e avaliação dos PTS. Nesse sentido, pergunta-se: Qual o perfil epidemiológico dos usuários de drogas acolhidos pelo serviço de saúde estudado?

Este estudo objetivou identificar o perfil epidemiológico dos usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial adulto para álcool e outras drogas tipo III (CAPS Ad III).

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, retrospectivo realizado em um CAPS Ad III, situado na região metropolitana de Goiânia-Goiás, com graves problemas sociais, de violência e saúde pública. Localiza-se em seu território o Complexo Prisional que possui a maior concentração de reeducandos do estado de Goiás<sup>(9)</sup>. Tal fato contribui para que esse serviço seja referência de cuidado em álcool e outras drogas para os reeducandos do sistema semiaberto e de seus familiares.

A população estudada foi composta pelos usuários do serviço, adultos com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Embora conforme as os especialistas <sup>(10)</sup> classifiquem o adulto acima de 20 anos, neste estudo foram considerados para inclusão na amostra usuários do serviço acima de 18 anos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde no que se refere à população atendida por um CAPS Ad III<sup>(4)</sup>. Foram excluídos da amostra os usuários cujas fichas se encontravam inativas (por não comparecimento ao serviço por mais de um ano), aqueles cujas idade e ou data de nascimento não estava registradas e que não tinham registro da data do último atendimento.

Os dados foram coletados das fichas de acolhimento existentes, no período de fevereiro de 2012 (início da implantação da ficha de acolhimento) até fevereiro de 2014, por meio de um formulário previamente elaborado e discutido com *experts* na área e contemplou características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, ocupação, renda familiar mensal); história de saúde (antecedentes familiares, tratamentos anteriores, procura à unidade); história de uso de droga e estado motivacional. Foi registrado o estado motivacional identificado nas fichas o qual é realizado pelo serviço, de acordo com a classificação segundo a escala URICA (adaptação brasileira)<sup>(11)</sup>.

O registro dos dados foi realizado com a colaboração de auxiliares de pesquisa previamente qualificados e os dados da coleta checados diariamente com revisão das dúvidas e dificuldades encontradas.

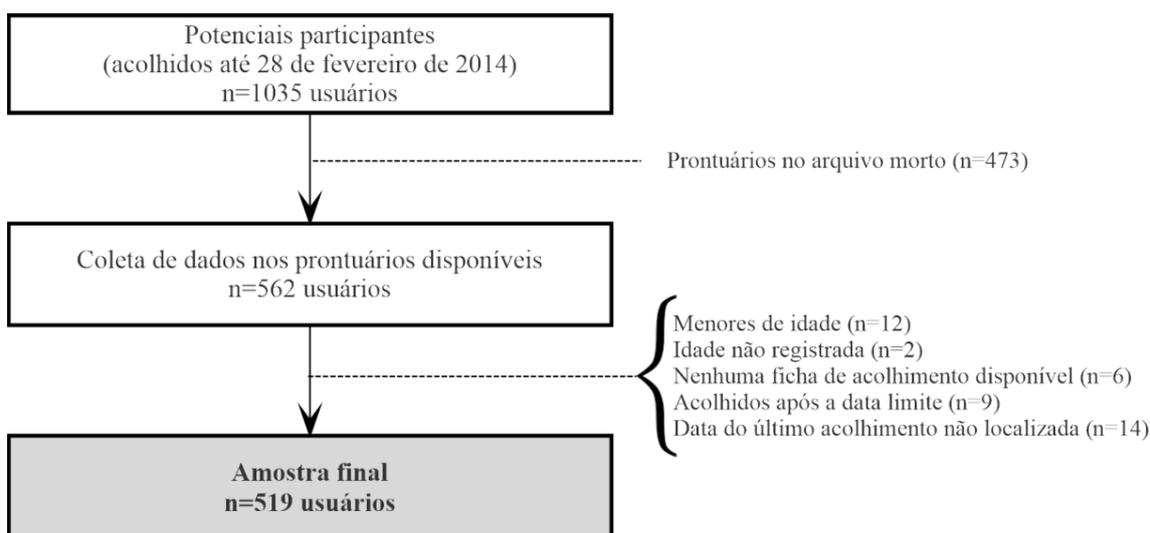
Para análise dos dados, utilizou-se o software SPSS, versão 18 (IBM Corp, Armonk, New York, USA). A análise descritiva foi feita por meio de frequências absolutas e relativas (porcentagem), médias e medianas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (protocolo número 626.137).

## RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 519 usuários; os motivos de exclusão estão descritos na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma de seleção de participantes. Aparecida de Goiânia, 2014.



As Tabelas 1 e 2 apresentam as características sociodemográficas e fatores relevantes no acolhimento do usuário no CAPS Ad III.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários atendidos no CAPS Ad III. Aparecida de Goiânia, 2014

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	435	83,8
Feminino	84	16,2
<b>Idade</b>		
18-19 anos	36	6,9
20-29 anos	150	28,9
30-59 anos	320	61,7
60 anos ou mais	13	2,5
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	262	50,5
Casado/união estável	146	28,1
Separado/Divorciado/Viúvo	51	9,8
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado até ensino fundamental	299	57,6
Ensino médio (completo ou não)	151	29,1
Superior (completo ou não)	15	2,9
<b>Trabalho</b>		
Desempregado/sem renda	257	49,5
Trabalho sem carteira assinada	43	8,8
Beneficiário (aposentado, seguro desemprego, auxílio doença, etc)	15	20,9
Trabalho com carteira assinada	78	15,0
<b>Renda familiar mensal</b>		
Não tem renda /até um salário mínimo	64	12,3
De dois a três salários mínimos	137	26,4
Quatro salários mínimos ou mais	94	18,1
<b>Situação de Moradia</b>		
Não registrado	40	7,7
Situação de rua	26	5,0
Endereço conhecido	453	87,3

\*O total é diferente entre algumas variáveis estudadas, pois foram excluídos os casos não informados, ignorados e não registrados.

Tabela 2. Caracterização de fatores relevantes no acolhimento do usuário no CAPS Ad III. Aparecida de Goiânia, 2014

Variáveis	N	%
<b>Antecedentes familiares</b>		
Tabagismo	191	36,8
Álcool	176	33,9
Depressão	74	14,3
Homicídio	19	3,7
Transtorno mental	32	6,2
Suicídio	40	7,7
Outros antecedentes	111	21,2
<b>Iniciativa do comparecimento</b>		
Familiares	88	17,0
O próprio usuário	118	22,7
<b>Motivo da ida ao serviço</b>		
Demanda espontânea	212	41,0
Moradia	48	9,2
Encaminhamento judicial	28	5,4
Agressão física	19	3,7
Ameaças do ambiente em uso	11	2,1
<b>Classificação da motivação pelos critérios de URICA</b>		
Recaída	1	0,2
Pré-contemplação	73	14,1
Contemplação	177	34,1
Preparação pra mudança	18	3,5
Ação	3	0,6
Manutenção	2	0,4

\*O total é diferente entre algumas variáveis estudadas, pois foram excluídos os casos não informados, ignorados e não registrados.

As drogas de predileção e os serviços de atendimento anteriores à procura pelo CAPS estão apresentados nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3. Usuários atendidos no CAPS Ad III de acordo com a droga de predileção e o tempo médio de uso. Aparecida de Goiânia, 2014

Droga	Droga de predileção		Informaram tempo de uso		
	n	%	N	%	Mediana
Álcool	416	80,2	392	75,5	19
Tabaco	275	53,0	228	43,9	18
Crack	263	50,7	226	43,5	5
Maconha	233	44,9	209	40,3	13
Cocaína	152	29,3	128	24,7	7
Outras	50	9,6	32	6,2	10

\*O total é diferente entre algumas variáveis estudadas, pois foram excluídos os casos não informados, ignorados e não registrados.

Tabela 4. Usuários do serviço segundo os locais de atendimento anteriores à chegada ao CAPS Ad III, Aparecida de Goiânia, 2014

Local de internação	n	% dos tratados
Internação hospital psiquiátrico	189	65,8%

Outros lugares	56	19,4%
Comunidade terapêutica	48	16,9%
CAPS	12	4,2%
Grupo de autoajuda	12	4,2%
Unidade Básica de Saúde	2	0,7%

\*O total é diferente entre algumas variáveis estudadas, pois foram excluídos os casos não informados, ignorados e não registrados.

## DISCUSSÃO

O estudo mostra que a maioria dos usuários é do sexo masculino. Isso pode estar relacionado à maior exposição dos homens aos fatores de risco para uso de drogas<sup>(8)</sup> ou, ainda, à subnotificação das mulheres usuárias de drogas, e por isso se questiona onde elas estão e por quê não procuram o serviço. As mulheres usuárias enfrentam várias barreiras na busca e permanência no tratamento, sendo elas de ordem estrutural, sistêmica, social, cultural e pessoal<sup>(7)</sup>.

As barreiras estruturais são as práticas adotadas pelos programas, as abordagens utilizadas, a localização do serviço, os custos para acessá-lo e a rigidez na programação e nos critérios de admissão. As sistêmicas dizem respeito à falta de habilidades para identificação de gênero nas formulações das políticas, e de programas que respondam às necessidades específicas das mulheres. As barreiras de ordem social, cultural e pessoal estão associadas aos comportamentos e papéis predeterminados social e culturalmente<sup>(7)</sup>. Torna-se importante a reflexão da necessidade de elaboração de um PTS que considere as especificidades da mulher usuária de drogas, atentando para a importância desse projeto incluir a atenção básica no sentido de garantir continuidade de cuidado à mulher, inclusive em condições especiais de vida como gravidez, maternidade e outros. O

PTS Corroborar o acesso das mesmas aos serviços de saúde e contribuir para que, conseqüentemente, lhes possibilitem a permanência nos tratamentos disponíveis.

O estudo revela que mais da metade dos usuários de drogas são solteiros. Situação semelhante foi observada em outro estudo<sup>(12)</sup> que demonstra, também, a dificuldade desse usuário de se manter na relação quando se casa. Ser casado

é fator de proteção para uso de drogas<sup>(13)</sup>, o que pode explicar o pequeno número de usuários casados encontrados no presente estudo.

A maioria dos usuários do CAPS possui endereço conhecido. Dado importante para a territorialidade e para a rede de cuidados por facilitar a realização de busca ativa, por exemplo. Porém, esse dado chama a atenção para os protocolos necessários para o atendimento no serviço que exigem o comprovante de endereço e excluem aqueles que moram na rua. Essa realidade deve ser repensada no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde e garantia de universalidade como princípio do SUS.

A maioria dos usuários está em idade produtiva (entre 30 e 59 anos) e desempregados, como mostra outro estudo brasileiro<sup>(14)</sup> ou usufrue de algum benefício social o que explica a baixa ou nenhuma renda identificada. Nessa faixa etária é comum que o usuário comece a observar as perdas sociais que o uso de drogas tem trazido. A identificação de usuários aposentados mostra uma preocupação com o aumento de usuários de drogas entre idosos<sup>(15)</sup>.

A baixa escolaridade contribui para o desemprego e também para a baixa renda. Pequena parcela dos usuários chegou até o nível superior e desses, apenas, a metade o concluiu, o que corrobora achados de outro estudo que considera a escolaridade como fator de proteção para o uso de drogas<sup>(16)</sup>.

Observa-se história de suicídio dentre os antecedentes familiares nos dados deste estudo. Outro estudo<sup>(17)</sup> comparou características clínicas epidemiológicas entre antecedentes familiares de usuários, de ambos os sexos e observou uma prevalência de história de transtorno mental na família dos homens e de abuso de substâncias psicoativas e taxas de suicídios em familiares das usuárias mulheres. Esse perfil dos usuários deve ser observado na elaboração do PTS no sentido de propor ações para prevenir suicídio entre os componentes desse grupo.

No que se refere aos tratamentos anteriores, o estudo aponta que a maioria dos usuários já passou por internação em hospital psiquiátrico, seguido das comunidades terapêuticas. Chama a atenção a especificidade de um usuário que já passou por 47 internações nesse tipo de serviço. Esses dados mostram a necessidade de reavaliação das modalidades de tratamento ao dependente de

drogas e uma discussão profunda sobre a prática da atenção psicossocial. Sabe-se que o modelo de atendimento biopsicossocial é capaz de levar o profissional a melhorar a qualidade do cuidado nos acompanhamentos e atendimentos a demandas pautados na singularidade da pessoa<sup>(18)</sup>. Os dados apresentados no estudo fortalecem a discussão de que ainda vive-se na cultura da cura ou salvação. Os serviços substitutivos não são acessados pela população que ainda tem como referência de cuidado a rede hospitalar. Ao que parece, com baixa resolutividade e resquícios históricos da psiquiatria clássica.

Crítérios discutidos na III Conferência Nacional de Saúde Mental apontaram para a necessidade de revisão dos modelos de internação, do tempo e da garantia de supervisões institucionais e fiscalizações, para que as internações sejam o mais breve possível. Eles preconizam a necessidade de desenvolvimento de autonomia do usuário do serviço, para lidar com suas fragilidades e não a se esconder delas. O ponto chave passa ser a disponibilidade de serviços extramurais como os ambulatórios, os CAPS, os centros de convivências que realizam de forma eficiente o cuidar fundamentado no contexto individual e social da pessoa<sup>(19)</sup>.

É necessária uma reflexão sobre a baixa procura às unidades de saúde básica conforme demonstra os dados da pesquisa, uma vez que ela deveria ser a porta de entrada e o primeiro atendimento ao usuário de álcool e outras drogas. Esse dado remete às dificuldades de articulação da rede entre atenção primária e atenção especializada, à competência dos profissionais da rede para atendimento a essas pessoas, ao desconhecimento dos profissionais sobre as linhas de cuidado estabelecidas na rede e à própria cultura do usuário de que a resolutividade se encontra centrada no hospital. Todos esses aspectos contribuem para perpetuação da fragmentação do cuidado centrado na doença.

Essas dificuldades convidam a pensar sobre o papel do enfermeiro na rede de atenção à saúde. Sabe-se que poucos enfermeiros prestam orientações aos usuários de álcool e outras drogas durante a consulta de enfermagem, por dificuldades em abordar essa temática<sup>(18)</sup>. Embora o enfermeiro da atenção básica tenha a possibilidade de conhecer o contexto no qual está inserido, nota-se que, ainda, tem dificuldades de elaborar estratégias de prevenção e promoção relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas<sup>(3)</sup>.

As dificuldades apresentadas pelos enfermeiros para o manejo do uso e abuso de drogas se agravam ao observar os resultados desse estudo em que a droga de predileção é o álcool ou o tabaco com uma média de 18 a 19 anos de uso. Dados que corroboram o estudo Cebrid<sup>(20)</sup>, em que o maior índice de dependência ainda é do álcool.

O álcool é a substância que mais produz complicações e morbidades e, sabidamente a que mais causa mortes passíveis de prevenção no mundo<sup>(20)</sup>. O fato é que não se pode minimizar ou condenar esta ou aquela droga. Todas podem trazer prejuízos e perigos potenciais que devem sempre ser considerados, independente de ser uma droga lícita ou ilícita.

No que se refere às drogas ilícitas, o crack é apontado, neste estudo, como a droga utilizada pela metade dos usuários do serviço, com tempo relativo de cinco anos de uso. Dados que confirmam a discussão de que o Brasil é o país que mais consome crack no mundo e no Centro- Oeste, 51 mil pessoas consomem crack<sup>(21)</sup>.

Embora o crack seja uma droga emergente e alardeada pela mídia e importante fator apontado neste estudo, não se deve perder de vista que o álcool é reconhecidamente a porta de entrada para o uso de outras drogas<sup>(13)</sup>. Para tanto, o enfermeiro inserido, neste contexto, deve-se atentar para essa realidade, direcionando seu cuidado para ações de prevenção ao uso e abuso de álcool e de acolhimento aos usuários de drogas.

Esse acolhimento deve considerar que a busca pelo serviço apresenta diferentes motivos. Observa-se, neste estudo, que a maioria dos usuários relata ter chegado ao serviço por vontade própria e uma pequena parcela, por demanda judicial. Porém, chama-se a atenção para o fato de o serviço ser referência de cuidado aos reeducandos da agência prisional. Esta voluntariedade precisa ser reavaliada, pois algumas demandas registradas como “espontâneas” podem, na verdade, ser fruto de orientação judicial e não por mandado judicial.

Compreender a motivação do usuário que é acolhido no serviço é fundamental para verificar a prontidão para as mudanças. O usuário transita

entre os estágios de recaída, pré-contemplação, contemplação, preparação para mudança, ação e manutenção<sup>(6)</sup>.

A maioria dos usuários chega ao CAPS no período da contemplação, fase em que começa a fazer conexões entre seu comportamento aditivo e os problemas a ele relacionados<sup>(22)</sup>, frequentemente é nesta etapa que ocorre a busca por tratamento. Porém, nessa fase, ainda existe uma ambivalência <sup>(23)</sup>, daí a importância de se ter uma equipe perceptiva e acolhedora para auxiliar nessa transição de fase que pode evoluir para a preparação para a ação ou retroagir. É nessa perspectiva que novamente aparece a necessidade da elaboração de um projeto terapêutico singular, real e exequível, considerando-se a fase em que o usuário se encontra, e os equipamentos sociais que vão ao encontro dele e da família.

A enfermagem, nesse momento, tem papel fundamental, por fazer parte da equipe de acolhimento e estar mais próxima desses usuários, com a possibilidade de uma escuta atenta que fortalece, encoraja e potencializa o cuidado. Contudo, os enfermeiros dos serviços da rede de saúde ainda atuam no paradigma tradicional da atenção à saúde (focado no atendimento de comorbidades advindas do uso de álcool e outras drogas e centrado na doença)<sup>(24)</sup>. É necessário avanços em termos de capacitação para a atuação prática na perspectiva da atenção centrada no usuário e da Clínica Ampliada.

## CONCLUSÃO

Os usuários do serviço são predominantemente do sexo masculino, jovens, solteiros, de baixa escolaridade e baixa renda familiar. A iniciativa pelo comparecimento, a busca pelo serviço e as condições motivacionais as quais eles apresentam no momento do acolhimento, revelaram-se fundamentais para construção do projeto terapêutico singular.

Embora as políticas nacionais estejam voltadas para o uso do Crack, o fato do álcool ser a droga de predileção para essa população mostra a importância de voltar o cuidado para o uso do álcool uma vez que ele representa porta de entrada para outras drogas.

O alto índice de experiências em hospital psiquiátrico e a baixa procura pela Unidade Básica de Saúde demonstram a necessidade urgente de

fortalecimento da Rede de Atenção Básica como componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da gestão de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas e o fortalecimento das atividades educativas desenvolvidas pelo enfermeiro junto à comunidade.

Ressaltam-se a importância da assistência de enfermagem e o papel do enfermeiro como articulador dos atores (usuários, familiares, equipe multiprofissional, e equipamentos sociais) envolvidos no Projeto Terapêutico Singular.

A limitação do estudo foi o grande número de fichas incompletas que dificultaram as análises.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 2001(69-E; seção 1):2.
2. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas; 07 a 10 de novembro de 2005; Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 56.
3. Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 176 p.
4. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 64 p.
5. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 60 p.
6. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick S. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. BMC Public Health. 2009;9(1):285.
7. Oliveira JFd, Nascimento ERd, Paiva MS. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2007;11(4):694-8.
8. Faria JGd, Schneider DR. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental: the effectiveness of the public policies for mental health. Psicologia & Sociedade. 2009;21(3):324-33.
9. Governo do Estado de Goiás. Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia: Secretaria de Estado da Administração Penitenciária e Justiça; 2013. Disponível em: <http://www.sapejus.go.gov.br/diretriz-geral/historico-da-secretaria/historico-da-agencia.html>. Acesso em 17/Set/2014.

10. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6-7.
11. Del Rio Szupszynski KP, Oliveira MdS. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*. 2008;13(1):31-9.
12. Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(11):2263-70.
13. Sousa FSPd, Oliveira EN. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):671-7.
14. Vargens RW, Cruz MS, Santos MAd. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19(spe):804-12.
15. Abou-Saleh MT, Katona CLE, Kumar A. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. 2nd ed. Philadelphia: Wiley; 2011. 800 p.
16. Bungay V, Johnson JL, Varcoe C, Boyd S. Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence. *International Journal of Drug Policy*. 2009;21(4):321-9.
17. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(9):2064-74.
18. Kessler F, Faller S, Souza-Formigoni MLO, Cruz MS, Brasiliano S, Stolf AR, et al. Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a Escala de Gravidade de Dependência. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2010;32(2):48-56.
19. Liamputtong P. *Women, Motherhood and Living with HIV/AIDS: A Cross-Cultural Perspective*. 1s ed. Bundoora: Springer; 2013. 314 p.
20. Carlini EA, Galduróz JCF, Silva AAB, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid); 2006. 468 p.
21. Ministério da Saúde. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2013: 04-12.
22. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1982;19(3):161-73.
23. Donovan GAMDM. *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2009.
24. Gonçalves SSPM, Tavares CMDM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2007;11(4):586-92.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa descreveu o perfil epidemiológico da população atendida em um Centro de Atenção Psicossocial Atendimento Adulto do tipo III, de um município da região metropolitana de Goiânia, a partir dos dados disponíveis em uma ficha de acolhimento específica do serviço. O estudo identificou as drogas de predileção na população atendida, os antecedentes familiares e avaliou o estado motivacional.

Os usuários do serviço são predominantemente do sexo masculino, jovens, solteiros, de baixa escolaridade e baixa renda familiar. A iniciativa pelo comparecimento, a busca pelo serviço e as condições motivacionais as quais eles apresentam, no momento do acolhimento, revelaram-se fundamentais para construção do projeto terapêutico singular.

Embora as políticas nacionais estejam voltadas para o uso do Crack, o fato do álcool ser a droga de predileção para essa população mostra a importância de voltar o cuidado para o uso do álcool, uma vez que ele representa a porta de entrada para outras drogas.

O alto índice de experiências em hospital psiquiátrico e a baixa procura pela unidade básica de saúde demonstram a necessidade urgente de fortalecimento da Rede de Atenção Básica como componente da Rede de Atenção Psicossocial ( RAPS) e da gestão de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas e o fortalecimento das atividades educativas desenvolvidas pelo enfermeiro junto à comunidade.

Ressaltam-se a importância da assistência de enfermagem e o papel do enfermeiro como articulador dos atores (usuários, familiares, equipe multiprofissional e equipamentos sociais) envolvidos no projeto terapêutico singular.

A descrição epidemiológica da unidade situa a equipe quanto ao tipo de população que ela atende. Os dados evidenciaram que as ações devem ser fortalecidas, também, no que tange à educação e à prevenção ao uso do álcool e tabaco. Deve-se investir na divulgação do CAPS como possibilidade terapêutica e de reinserção do sujeito ao território. O CAPS deve ser pensado como dispositivo de cuidado, deve ser entendido como agente transformador social, articulando com os demais serviços da RAPS. Conhecer os usuários de acordo com sua localidade possibilita construir estratégias de prioridade, considerando ações de territorialidades.

Os dados apresentados contribuem para toda a rede de cuidados, incluindo a atenção primária à saúde. E, sobretudo chamam a atenção para o posicionamento do enfermeiro frente às linhas de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, nos diferentes espaços de atuação.



providências. **Diário Oficial da União**, n. 29 (seção 1), p. 43, 21 de Maio, 2010. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=21/05/2010>>. Acesso em: 15/set/2014.

CAMPOS, G. W. D. S.; AMARAL, M. A. D. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, Jul/Aug, 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400007&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

CAMPOS, G. W. D. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. I **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), 2002. 373p.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; SILVA, A. A. B.; NOTO, A. R. et al. II **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), 2006. 468p.

CASTRO, E. D. D.; LIMA, E. M. F. D. A.; BRUNELO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: CARLO, M. M. R. D. P. D. e BARTALOTTI, C. C. (Ed.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2011. cap 2, p. 41-62. ISBN 9788585689612.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 213p. ISBN 85-334-0592-8.

DALLA NORA, C. R.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, Dec, 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000601186&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

DÉA, H. R. F. D.; SANTOS, E. N. D.; ITAKURA, E.; OLIC, T. B. A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, p. 108-115, 2004. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000100012&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100012&nrm=iso). Acesso em: 15/set/2014.

DEL RIO SZUPSZYNSKI, K. P.; OLIVEIRA, M. D. S. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. **Psico-USF**, v. 13, n. 1, p. 31-39, Jan./Jun, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712008000100005&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000100005&nrm=iso). Acesso em: 15/set/2014.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100002&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&nrm=iso). Acesso em: 15/set/2014.

DESLANDES, S. F.; AYRES, J. R. D. C. M. Humanização e cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 510, Jul/Sept, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300001&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300001&nrm=iso). Acesso em: 15/set/2014.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. D. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/46/87>. Acesso em: 16/set/2014.

DÍAZ HEREDIA, L. P.; MARZIALE, M. H. P. El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. spe, p. 573-581, May/Jun, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000700013&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700013&nrm=iso). Acesso em: 15/set/2014.

FIORATIA, R. C.; SAEKI, T. As atividades terapêuticas em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental: a inserção das ações psicossociais. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 20, n. 2, p. 207-215, 2012. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/624>. Acesso em: 15/set/2014.

FREIRE, L. A. M.; STORINO, L. P.; HORTA, N. D. C.; MAGALHÃES, R. P. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 271-277, abr./jun, 2008. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/268>. Acesso em: 15/set/2014.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. D. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, Mar./Apr, 2001. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000200007&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&nrm=iso)>. Acesso em: 15/09/2014.

GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001. 119 p.

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. **Complexo Prisional**. Aparecida de Goiânia, 2013. Disponível em: <<http://www.sapejus.go.gov.br/diretriz-geral/historico-da-secretaria/historico-da-agencia.html>>. Acesso em: 17/Set/2014.

HASIN, D. S.; NUNES, E. V. Comorbidity of alcohol, drug and psychiatric disorders: epidemiology. In: HENRY R. KRANZLER, B. J. R. (Ed.). **Dual Diagnosis and Treatment: Substance Abuse and Comorbid Medical and Psychiatric Disorders**. New York: Marcel Dekker, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades - Aparecida de Goiânia**. Apresenta os dados estatísticos e demográficos do município., p. Apresent, 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/1GG>>. Acesso em: 15/set/2014.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO. **Definições**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/conceito.htm>>. Acesso em: 15/set/2014.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, Jul, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800005&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

KAPLAN, M. Tráfico de drogas, soberania estatal, seguridad nacional. **Sistema Revista de ciencias sociales**, n. 136, p. 43-61, 1997. Disponível em: <<http://www.fundacionsistema.com/Shop/Article/Details/1914>>. Acesso em: 15/set/2014.

KAPLAN, M. H.; FEINSTEIN, A. R. The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. **Journal of Chronic Diseases**, v. 27, n. 7-8, p. 387-404, 9//, 1974. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0021968174900174>>. Acesso em: 15/set/2014.

MAGNABOSCO, M. D. B.; FORMIGONI, M. L. O. D. S.; RONZANI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 637-647, Dec, 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2007000400021&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400021&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. D. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 577-584, Dec, 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072004000400010&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400010&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

MCCONNAUGHY, E. A.; DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 26, n. 4, p. 494-503, 1989.

Disponível em:

<<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&uid=1990-11294-001>>.

Acesso em: 1/set/2014.

MEDEIROS, A. L. D.; SANTOS, S. R. D.; CABRAL, R. W. D. L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 174-181, Sept, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000300023&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300023&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 1999. 121 p.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 953-958, Aug, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000400023&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400023&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 109-116, feb, 2000.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-3283200000100009&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283200000100009&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 189 ISBN 85-271-0580-2.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. D. R.; OLSCHOWSKY, A. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais.

**Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 159-164, Jan./Feb., 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100021&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100021&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 816/GM, de 30 de abril de 2002.** MINISTRO, G. D. Brasília: Diário Oficial da União. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas 2002a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de centros de atenção psicossocial. **Diário Oficial da União**, n. 34 (seção 1), p. 22-23, quarta-feira, 20 de fevereiro, 2002b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/02/2002&jornal=1&pagina=22&totalArquivos=56>>. Acesso em: 15/set/2012.

\_\_\_\_\_. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição.** (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 144p. ISBN 90-77367-01-2.

\_\_\_\_\_. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2ª ed. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 64p.

\_\_\_\_\_. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas, 07 a 10 de novembro de 2005, 2005, Brasília. Ministério da Saúde. 56p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 15/set/2014.

\_\_\_\_\_. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2 ed. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 60p. ISBN 978-85-334-1337-5.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4ª ed. (E. Legislação de Saúde; Pactos pela Saúde 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 68p.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 1.190/GM, de 04 de Junho de 2009.** MINISTRO, G. D. Brasília: Diário Oficial da União. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas 2009.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento à demanda espontânea.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 56p. ISBN 978-85-334-1843-1.

\_\_\_\_\_. 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. **Diário Oficial da União**, n. 247 (Seção 3), p. 230-232, segunda-feira, 26 de dezembro, 2011b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=230&data=26/12/2011>>. Acesso em: 15/set/2014.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, n. 19 (seção 1), p. 45-46, quinta-feira, 26 de janeiro, 2012a. Disponível em:  
<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/01/2012&jornal=1&pagina=45&totalArquivos=84>>. Acesso em: 15/set/2014.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, n. 19 (seção 1), p. 46, quinta-feira, 26 de janeiro, 2012b. Disponível em:  
<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/01/2012&jornal=1&pagina=46&totalArquivos=84>>. Acesso em: 15/set/2014.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**, n. 20 (Seção 1), p. 39-40, 27 de Janeiro, 2012c. Disponível em:  
<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/01/2012&jornal=1&pagina=39&totalArquivos=192>>. Acesso em: 15/set/2014.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**. Seção 1, n. 23, p. 33-34. Publicado dia 1 de fevereiro de 2012d. Define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio Disponível em:  
<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/02/2012&jornal=1&pagina=33&totalArquivos=112>>. Acesso em: 15/set/2014.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental**. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176p. ISBN 978-85-334-2019-9.

MORORÓ, M. E. M. L.; COLVERO, L. D. A.; MACHADO, A. L. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1171-1176, Oct, 2011. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000500020&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500020&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, Maio, 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Métodos de investigação epidemiológica em doenças transmissíveis**. Brasília: FUNASA, 1997. 129p.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 493-502, Jul/Sept, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000300010&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

REINERT, D. F.; ALLEN, J. P. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A Review of Recent Research. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 26, n. 2, p. 272-279, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02534.x>>. Acesso em: 15/set/2014.

RIBEIRO, C. T. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 12, n. 2, p. 333-346, Jul/Dec, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982009000200012&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982009000200012&nrm=iso)>. Acesso em: 14 out. 2014.

TAVARES, F. F. S. **Vinculação e Prestação de cuidados associados à Gravidade de dependência de drogas/álcool: Estudo Quantitativo**. Dissertação (Mestrado em psicologia aplicada). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada - ISPA, 2012. 70 p.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. D. (Ed.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2010. p. 89-112.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. D. D. C. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100006&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

TRUPPEL, T. C.; MEIER, M. J.; CALIXTO, R. D. C.; PERUZZO, S. A. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 221-227, Mar/Apr, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000200008&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200008&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

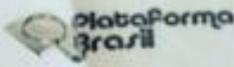
VARGAS, D. D.; BITTENCOURT, M. N.; ROCHA, F. M.; OLIVEIRA, M. A. F. D. Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 242-248, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200006&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200006&nrm=iso)>. Acesso em: 15/set/2014.

VIVA COMUNIDADE; PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde: diminuir para somar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde e Prefeitura do Rio de Janeiro, 2010. 104p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol 2004**. Geneva: WHO, 2004. 88p. ISBN 92 4 156272 2.

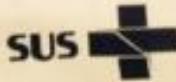
## ANEXOS E APÊNDICES

### Anexo 1 - Autorização do Comitê de Ética

	<b>PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - PUC/GOIÁS</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
Título da Pesquisa: Representação dos usuários de um CAPS III em um município do estado de Goiás.		
Pesquisador: Paula Cândida da Silva		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 27613914.4.0000.0037		
Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
Número do Parecer: 626.137		
Data da Relatoria: 09/04/2014		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
Está suficientemente delineado como estudo de natureza empírica com o título; Percepções de Justiça e o Cumprimento da Pena Alternativa: uma nova concepção sobre a atitude desviante.		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
Objetivo Primário:		
O objetivo primário deste estudo é investigar as correlações entre as percepções de justiça que o próprio autor do crime possui em relação ao seu delito e seu impacto sobre o cumprimento da pena alternativa, bem como, analisar os efeitos da condenação penal sobre o bem-estar subjetivo do cumpridor da pena.		
Objetivo Secundário:		
O.(1) Analisar os efeitos dos aspectos instrumentais da justiça retributiva sobre o cumprimento da pena alternativa;O.(2) Analisar os efeitos dos aspectos formais da justiça procedimental sobre o cumprimento da pena alternativa;O.(3) Analisar os efeitos dos aspectos relacionais da justiça interacional sobre o cumprimento da pena alternativa;O.(4) Analisar os efeitos da condenação penal sobre o bem-estar subjetivo do cumpridor da pena alternativa		
<b>Endereço:</b> Av. Universitária, N.º 1.069		
<b>Bairro:</b> Setor Universitário		<b>CEP:</b> 74.605-010
<b>UF:</b> GO	<b>Município:</b> GOIANIA	
<b>Telefone:</b> (62)3946-1512	<b>Fax:</b> (62)3946-1070	<b>E-mail:</b> cep@pucgoias.edu.br

## Anexo 2 - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

 **PREFEITURA DE APARECIDA**  
Transformando a cidade.  
Melhorando sua vida.

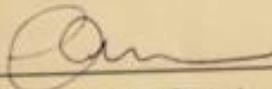
 **SUS**

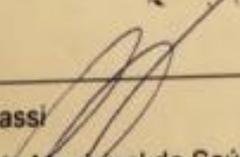
**CARTA DE ACEITE**

Declaramos, para os devidos fins, que estamos cientes da cooperação no projeto de pesquisa intitulado "Caracterização dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas tipo III de Aparecida de Goiânia", desenvolvido pela mestrandia Paula Cândida da Silva inserida na PUC, sob a orientação da Prof. Dr<sup>a</sup> Adenicia Custódia Silva e Souza.

Concordamos em disponibilizar os prontuários dos usuários do CAPS ADIII, bem como o espaço desta instituição, situado em Aparecida de Goiânia, para o desenvolvimento das atividades referentes ao Projeto de Pesquisa.

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
Carolina Fioravante Sartori  
Coordenadora CAPS ADIII Ciate Vida  
CPF: 3017 05358 00  
Tel: (62) 35456045  
Email: carolinasantori@hotmail.com

  
\_\_\_\_\_  
Paulo Rassi  
Secretário Municipal da Saúde  
CPF: 070 745 571.53  
Tel: (62) 35456072  
Email: paulorassi@hotmail.com

## Apêndice 1 – Instrumento de Coleta de Dados

### Instrumento de Coleta de Dados

Nome: \_\_\_\_\_  
 Sexo: (1) Masculino (2) Feminino Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Setor ou bairro onde reside: \_\_\_\_\_  
 Município de residência: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão no programa: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade na admissão: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_  
*(registrar em R\$ de preferência; se disponível, em SM)*

Situação conjugal  
 (1) Solteiro  
 (2) Casado  
 (3) União estável  
 (4) Separado ou divorciado  
 (5) Viúvo  
 (6) Não registrado

Escolaridade  
 (1) Não alfabetizado  
 (2) Alfabetizado  
 (3) Ensino fundamental incompleto  
 (4) Ensino fundamental completo  
 (5) Ensino médio incompleto  
 (6) Ensino médio completo  
 (7) Ensino superior incompleto  
 (8) Ensino superior completo ou pós-graduação  
 (9) Não registrado

Profissão  
 (1) Desempregado  
 (2) Trabalho sem carteira assinada  
 (3) Autônomo  
 (4) Trabalho com carteira assinada  
 (5) Estudante  
 (6) Aposentado  
 (9) Não registrado

Antecedentes familiares  
 (1) Sim (2) Não Tabagismo  
 (1) Sim (2) Não Alcoolismo  
 (1) Sim (2) Não Depressão  
 (1) Sim (2) Não Homicídio  
 (1) Sim (2) Não Histórica de transtorno mental  
 (1) Sim (2) Não Tentativa de suicídio  
 (1) Sim (2) Não Outros \_\_\_\_\_

Passou por tratamentos anteriores?  
 (1) Sim  
 (2) Não  
 (9) Não registrado

*Se já passou por tratamentos anteriores.*

Local	Nº de vezes
(1) Sim (2) Não CAPS	_____
(1) Sim (2) Não Internação hospitalar	_____
(1) Sim (2) Não Comunidade terapêutica	_____
(1) Sim (2) Não Grupos de autoajuda	_____
(1) Sim (2) Não UBS	_____
(1) Sim (2) Não Outros	_____

Quantos tratamentos anteriores? \_\_\_\_\_  
 Data do último tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Iniciativa do comparecimento  
 (1) Cônjuge  
 (2) Outros familiares  
 (3) O próprio usuário  
 (9) Não registrado

Avaliação de risco imediato  
 (1) Sem moradia  
 (2) Ameaças em ambiente de uso  
 (3) Agressão física  
 (4) Demanda espontânea  
 (5) Encaminhamento judicial  
 (9) Não registrado

Número de itens de gravidade: \_\_\_\_\_

Estado motivacional  
 (1) Recaída  
 (2) Pré-contemplação  
 (3) Contemplação  
 (4) Preparação para mudança  
 (5) Ação  
 (6) Manutenção  
 (9) Não registrado

Droga de predileção  
 (1) Sim (2) Não Tabaco  
 (1) Sim (2) Não Alcool  
 (1) Sim (2) Não Maconha  
 (1) Sim (2) Não Cocaína  
 (1) Sim (2) Não Crack  
 (1) Sim (2) Não Outros  
 (9) Não registrado

Tempo de uso  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fatores desencadeadores da recaída \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Principais fatores de proteção

---

---

---

---

---

---

Principais fatores de risco

---

---

---

---

---

---

Data da coleta de dados: \_\_/\_\_/\_\_

Data do último acolhimento terapêutico: \_\_/\_\_/\_\_

Avaliação social

- (1) Sim (2) Não Problemas financeiros excepcionais  
(1) Sim (2) Não Vítimas de violência  
(1) Sim (2) Não Doenças  
(1) Sim (2) Não Acidentes  
(1) Sim (2) Não Separação dos pais  
(1) Sim (2) Não Mudança de residência  
(1) Sim (2) Não Conflitos entre membros  
(9) Não registrado

Tipo de acolhimento

- (1) Intensivo  
(2) Semi-intensivo  
(3) Não intensivo  
(4) Noturno  
(9) Não registrado

Assinatura do coletador: \_\_\_\_\_