



**BRUNNA VERNA CASTRO GONDINHO**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA:  
DESCRIÇÃO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA E DA PROCURA DOS SERVIÇOS DO CAPS AD PELO USUÁRIO  
DE DROGAS.**

Piracicaba  
2014





**Universidade Estadual de Campinas**  
**Faculdade de Odontologia de Piracicaba**

**BRUNNA VERNA CASTRO GONDINHO**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA:  
DESCRIÇÃO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA E DA PROCURA DOS SERVIÇOS DO CAPS AD PELO USUÁRIO  
DE DROGAS.**

Dissertação de Mestrado Profissionalizante apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP para a obtenção do título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida por Brunna Verna Castro Gondinho e orientada pela Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra.

---

Assinatura da Orientadora

Piracicaba  
2014

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
Marilene Girello - CRB 8/6159

G586d Gondinho, Brunna Verna Castro, 1988-  
Dependência química : descrição das atitudes dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e da procura dos serviços do CAPS AD pelo usuário de drogas / Brunna Verna Castro Gondinho. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Luciane Miranda Guerra.  
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Atitude do pessoal de saúde. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3. Saúde da família. I. Guerra, Luciane Miranda, 1970-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Chemical dependency : description of the professionals attitudes from the family health strategy and from the demand of the CAPS AD services by the drugs user

**Palavras-chave em inglês:**

Attitude of health personnel  
Substance-related disorders  
Family health

**Área de concentração:** Odontologia em Saúde Coletiva

**Titulação:** Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Luciane Miranda Guerra [Orientador]  
Luciane Zanin de Souza  
Fábio Luiz Mialhe

**Data de defesa:** 25-07-2014

**Programa de Pós-Graduação:** Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 25 de Julho de 2014, considerou a candidata BRUNNA VERNA CASTRO GONDINHO aprovada.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luciane Miranda Guerra".

Prof. Dra. LUCIANE MIRANDA GUERRA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luciane Zanin de Souza".

Prof. Dra. LUCIANE ZANIN DE SOUZA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fabio Luiz Mialhe".

Prof. Dr. FABIO LUIZ MIALHE



## RESUMO

Estudo descritivo transversal, quali-quantitativo, teve por objetivo identificar as atitudes dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Teresina – PI, frente à dependência química, bem como, conhecer a origem do encaminhamento dos usuários de álcool e outras drogas ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). A pesquisa foi realizada nas 250 equipes de ESF implantadas em Teresina-PI, na Fundação municipal de Saúde (FMS) e no único CAPS AD da capital. Para as equipes de ESF, foram escolhidos dois profissionais de nível superior, sendo um médico e um enfermeiro. Considerando-se três regionais de saúde, calculou-se um número amostral de 203 entrevistas para cada categoria profissional com resposta para a população geral, considerando um nível de confiança de 95%, erro amostral de 5%. Portanto, 66 equipes da Regional Sul, 72 da Regional Leste/Sudeste e 65 da Regional Centro/Norte. Na FMS a pesquisa foi aplicada aos gerentes de Atenção Básica e Psicossocial, assim como também, aos diretores das três Diretorias Regionais de Saúde (DRS). No CAPS AD o estudo foi realizado com o gestor e para se conhecer a origem do encaminhamento ao CAPS AD, foram analisados 272 prontuário de adesão, do período de julho a dezembro de 2013. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário individual semiestruturado e sua análise se deu, por meio descritivo para as questões fechadas enquanto que as questões abertas foram analisadas pela teoria do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Realizou-se um estudo piloto em 31 equipes de ESF do município e com 10 prontuários de adesão ao CAPS AD. Os resultados sociodemográficos para os profissionais da ESF demonstraram que 82,56% são do gênero feminino, que 59,3% são pós-graduados e que o tempo de trabalho na ESF é de seis a mais anos para 59,3%. Quanto aos sentimentos de médicos e enfermeiros da ESF; tristeza, desconforto, compaixão, insegurança, medo e receio foram os destaques para ambas as categorias profissionais, ambos os gêneros, todas as escolaridades e todos os períodos de atuação na ESF. Em relação ao

referenciamento ao CAPS AD, nota-se um pequeno valor de usuários oriundos da ESF (2,94%), enquanto que a demanda espontânea e as indicações de amigos e familiares somam 53,3%, além de se ter constatado que existem vários pontos emissores de referenciamento para o usuário. Os discursos de gestores e profissionais revelaram que a maioria possui uma concepção teórica adequada sobre a necessidade, para atenção integral ao usuário, de um serviço organizado e com articulação entre suas partes, porém observou-se nos depoimentos dificuldades e limitações neste processo. Dentre os problemas identificados estão a falta de estrutura, organização e articulação dos serviços, assim como também, a deficiência na capacitação dos profissionais para atuar com a demanda de dependentes químicos. As limitações e dificuldades referentes à organização e articulação dos serviços, bem como, as relacionadas à capacidade dos profissionais em atuar com usuários dependentes químicos representam obstáculos na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto estrutura organizada em redes garantidora de atenção integral ao usuário.

Palavras-chave: Atitude do Pessoal da Saúde. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Saúde da Família.

## ABSTRACT

Qualitative and quantitative, cross-sectional and descriptive study had by its objective to identify the attitudes of professionals in the Family Health Strategy (ESF) in the city of Teresina - PI, in the face of chemical dependency, as well as, to know the origin of the referencing of alcohol and other drugs's users to Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs (CAPS AD). The survey was carried out in 250 ESF teams deployed in Teresina-PI, in the Municipal Health Foundation (FMS) and in the only one AD CAPS from the capital. To the ESF teams were chosen two higher-level professionals, one physician and the other one nurse. Considering three regional health, was calculated a sample number of 203 interviews for each professional category with response to the general population, considering a level of 95% of confidence, sampling error of 5%. Therefore, 66 teams of Southern Regional, 72 of East / Southeast Regional and 65 of the Regional Centre / North. In the FMS the survey was administered to managers of Primary Care and Psychosocial, as well as, to the directors of the three Regional Health Directorates (DRS). In the CAPS AD the study was conducted with the manager and to get to know the origin of the referencing to the CAPS AD, 272 membership records were analyzed, from July to December 2013. The data collection was conducted through of individual semistructured questionnaire and its analysis was made by descriptive means to the closed questions while open questions were analyzed by the theory of the Collective Subject Discourse (CSD). We performed a pilot study in 31 teams of ESF from the municipality and with 10 membership records to the CAPS AD. The socialdemographic results for the professionals from the ESF showed that 82.56% are female, that 59.3% are postgraduates and also that the working time in the ESF is six up to more years for 59.3%. Concerning about the feelings of the doctors and nurses from ESF, they are: sadness, discomfort, compassion, insecurity and fear were the highlights for both professional categories, both genders, all the education levels and all the periods of operation at ESF. In relation

to the referencing to the CAPS AD, there has been a small amount of users coming from the ESF (2.94%), while the spontaneous demand and indications from friends and family account 53.3%, besides it was found that there are several emitters points of referencing to the user. The speeches of managers and professionals revealed that most have adequate theoretical conception about the need, for full attention to the user, of such an organized service and with articulation between its parts, but it was noted in the interviews difficulties and limitations in this process. Among the pointed problems, there are the lack of structure, organization and coordination of services, as well as, the deficiency on the professionals capacitation to work with the demand of chemical addicts. The limitations and difficulties related to the organization and coordination of services, as well as those related to capacity of professionals at working with users chemical addicts represent obstacles in the consolidation of the Unified Health System (SUS) while being organized structure into networks guarantor of full attention to the user.

Keywords: Attitude of Health Personnel. Substance-related disorders. Family Health.

## SUMÁRIO

<b>DEDICATÓRIA</b>	xiii
<b>AGRADECIMENTOS</b>	xv
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	1
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>	6
<b>3 PROPOSIÇÃO</b>	22
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS</b>	23
<b>5 RESULTADOS</b>	29
<b>6 DISCUSSÃO</b>	55
<b>7 CONCLUSÃO</b>	60
<b>REFERÊNCIAS</b>	61
<b>ANEXO I</b>	76
<b>ANEXO II</b>	77
<b>ANEXO III</b>	82
<b>ANEXO IV</b>	87
<b>ANEXO V</b>	89
<b>ANEXO VI</b>	90



## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Josemiro Teixeira Gondinho e Darlene Castro dos Anjos Gondinho, obrigada por nunca terem poupado esforços para minha formação; e pelo amor incondicional em todos os momentos da minha vida. Amo vocês!;

À minha irmã Brenna Rayana Castro Gondinho, pelo apoio incondicional, admiração, pelo convívio e pelo compartilhamento de nossas diferenças, fazendo-nos conhecer o novo.

À Cláudia Aline de Brito Oliveira, pelo apoio, pela compreensão e pelo estímulo nesta caminhada, sempre me proporcionando oportunidades de transformação, na busca por um sonho;

A Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra, amiga, orientadora, exemplo de pessoa e de profissional, pela paciência e pela competência; obrigada!



## AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas Prof. Dr. José Tadeu Jorge;

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, representada por seu Diretor Prof. Dr. Jacks Jorge Jr;

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, coordenador do Programa de Pós-graduação em Odontologia em Saúde Coletiva, pelo apoio e estímulo em busca de um sonho.

À Fundação Municipal de Saúde de Teresina – PI, sem a colaboração de vocês o estudo não teria acontecido;

Aos Professores das disciplinas do Mestrado Profissionalizante e aos Professores convidados, pelo conhecimento transmitido ao longo do curso;

Aos professores da banca de Qualificação e Defesa, em especial a minha orientadora Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra, meu eterno agradecimento.

À funcionária Eliana Aparecida M. Nogueira, pela disponibilidade em ajudar sempre;

A toda a minha família e amigos, pela compreensão nos momentos de minha ausência física e mental;

À minha afilhada Elyse Bianca, que, mesmo sem saber, me motiva a crescer enquanto pessoa e profissional, meu carinho e meu eterno amor;

A toda representação da energia divina, pelo dom da vida e pela sua onipresença e onipotência em minha vida, agradeço as incontáveis graças que recebi e recebo diariamente;

Aos meus colegas de mestrado, pela companhia e pela rica troca de experiências;

A todas as pessoas que, diretamente e indiretamente, colaboraram com a pesquisa;



# 1 INTRODUÇÃO

Droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (Galduróz et al., 1997). Existem drogas que são capazes de modificar o funcionamento cerebral, causando dessa forma alterações no estado mental, no psiquismo e por essa razão são denominadas de drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas. Classificam-se basicamente quanto a dois fatores, são eles: legalidade de comercialização e efeitos sobre o Sistema Nervoso Central (Barbosa, 2011).

Quanto à legalidade de comercialização:

a) Lícitas: São aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Exemplos: álcool e tabaco.

b) Ilícitas: Proibidas por lei, portanto, não podem ser comercializadas. Exemplos: maconha, cocaína, crack, dentre outros.

Quanto aos efeitos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC):

a) Depressoras: causam diminuição da atividade do SNC. Exemplos: Álcool, benzodiazepínicos, solventes e inalantes.

b) Estimulantes: aumentam a atividade do SNC. Exemplos: Anfetaminas, cocaína e seus derivados.

c) Perturbadoras: alteram o funcionamento do SNC. Exemplos: Maconha e alucinógenos.

O padrão de uso dessas substâncias – uso prejudicial (dano à saúde física e/ou mental) - determinará o estado de dependência química, doença psiquiátrica de ordem biopsicossocial causada por drogas psicotrópicas, drogas

lícitas e ilícitas, que afetam o cérebro e, conseqüentemente, o comportamento humano (Lemos, 2011).

A dependência química é um tema que vem ganhando espaço dentro das discussões sociais e em saúde (Barros e Pillon, 2007a), destacando-se o fato de que a Organização Mundial de Saúde identificou que o uso abusivo de álcool e outras drogas está entre os principais problemas de saúde mundiais (WHO, 2002).

Um dos caminhos para o enfrentamento dessa problemática é adequada atenção prestada aos usuários de álcool e outras drogas que poderá acontecer através do planejamento de ações direcionadas de maneira integral às pessoas que consomem tais substâncias. Para que essas ações ocorram, necessita-se de uma política que possa controlar as recidivas desse problema, melhorando, portanto, o cenário do uso de drogas. No Brasil, pode-se observar que essas políticas foram até então elaboradas por meio de várias ações, programas e modelos, contudo, percebe-se que o foco tem sido a abstinência do uso, ao invés do reconhecimento aprofundado dos determinantes do problema e seu possível enfrentamento (Brasil, 2003).

A partir da atual política nacional de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, que se fundamenta na descentralização e autonomia de gestão, com uma sistemática definição de responsabilidades para cada esfera de governo, ações focadas na integralidade foram propostas e veem acontecendo. É um desafio que se dá na perspectiva de melhorar as condições de vida dos usuários, bem como investir na prevenção, no tratamento e na reabilitação do problema. Visa-se, por meio dela, estruturar, para estados e municípios, uma proposta de atenção que busca reduzir o consumo de drogas, assim como reforçar estratégias de comunicação, redução de vulnerabilidade e risco, proteção, planejamento de propostas e ações preventivas, sempre enfatizando o compartilhamento de responsabilidades e a participação da população direta e/ou indiretamente envolvida (Brasil, 2003).

Neste contexto, vale destacar o papel da atenção primária à saúde como porta de entrada para o Sistema de Saúde, possuindo, portanto, uma

importância peculiar por ser o ponto coordenador e articulador das redes de atenção à saúde, estando mais próxima da população e da realidade vivida pela comunidade, sendo que a identificação dos usuários e a consequente oferta de atenção aos mesmos pelas equipes possuem aparentemente maiores chances de serem facilitadas (Giovanella e Mendonça, 2008).

Ao desenvolver seu papel, a atenção primária à saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem, como uma de suas responsabilidades, o diagnóstico situacional da comunidade, para posteriormente planejar e implementar ações compatíveis com a realidade das necessidades da população assistida em uma perspectiva da integralidade (Santana e Carmagnani, 2001). Dessa forma, torna-se importante uma efetiva articulação entre a saúde mental e todos os níveis da atenção em saúde para a formação da rede de atenção psicossocial, já que, de acordo com as Diretrizes Gerais Médicas Para Assistência Integral ao Dependente do Uso do Crack (CFM, 2013) não há, devido à natureza diversa da dependência química, tratamento único e ideal para a mesma. O caminho indicado seria o da organização de um sistema de serviços que levasse em conta a diversidade de problemas (saúde mental e física, social, familiar, profissional, conjugal, criminal, etc.), primando também pela diversidade de soluções, pois alguns pacientes necessitam de breves intervenções, enquanto que outros precisam de ações mais sistematizadas e com diferentes níveis de complexidade e variedade de recursos.

Segundo o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde (Brasil, 2004b), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aparecem como os responsáveis pela organização da rede de Saúde Mental, sendo referência para os demais serviços nas questões que envolvem sofrimento mental.

Porém, estudos demonstram a dificuldade dos profissionais da saúde ao lidar com usuários de álcool e outras drogas. Esses trabalhadores referem preferência em não trabalhar com a demanda de usuários de álcool e outras drogas (Vargas, 2001), bem como a não satisfação pessoal e profissional em

atendê-los (Pillon, 2003); indiferença na oferta da assistência a esses pacientes (Reyes e Luis, 2004); reconhecimento da existência de dificuldades consideráveis na assistência oferecida aos usuários de drogas (Barros, 2006); discriminação dos usuários e inexistência de rede efetiva em saúde mental (Nunes et al., 2007); ações de predominância biomédica (Silveira e Vieira, 2009); assistência entendida por prática de encaminhamentos (Fiúza et al., 2011) e falta de aceitação da situação de drogadição (Branco et al, 2013).

Dentre as dificuldades apontadas acima, a predominância de ações em caráter biomédico, interfere de forma enfática na organização do processo de trabalho em saúde das equipes, uma vez que pauta-se na figura centrada do médico, deixando de lado a interdisciplinaridade entre os profissionais. Por tal motivo, com a finalidade de produzir processos de trabalhos focados na atenção integral do usuário e na participação coletiva dos atores envolvidos, busca-se a ruptura desse modelo, até então, hegemônico de organização do trabalho em saúde (Merhy, 2002).

Pesquisas como as de Barros e Pillon (2006); Muniz et al. (2010); Schneider e Lima (2011) ressaltam, respectivamente, a necessidade de discutir alguns pontos frente ao tema, como: as ações e atitudes dos profissionais da atenção básica relacionadas ao uso de drogas; a falta de capacitação dos profissionais da saúde para lidar com os usuários dependentes de substâncias psicoativas e as concepções sobre drogadição sustentadas em modelos rígidos. Em contrapartida, Gonçalves (2002), dá ênfase ao potencial existente na ESF para enfrentar esse desafio de realizar cuidados relacionados ao abuso e a dependência de drogas no âmbito da atenção básica em saúde.

Portanto, considerando-se a integralidade como uma construção coletiva que ganha forma por meio dos diferentes sujeitos responsáveis pelo cuidado em saúde (Viegas e Penna, 2013), as atitudes dos profissionais da saúde podem interferir negativamente nesse processo quando não garantem o acesso universal ao sistema, não reorganizam o processo de trabalho, a fim de descentralizar o atendimento da figura do médico, e quando não usam, em suas

práticas profissionais, princípios da cidadania, da humanização e da solidariedade (Franco et al., 1999).

Outro ponto importante é o destacado por Miranda e Onoko-Campos (2010), que ressaltam a importância do trabalho de referência nos CAPS, a formação de vínculo entre usuários e profissionais e a construção compartilhada de planos terapêuticos com acompanhamento do paciente em suas diferentes nuances: emocionais, familiares, educacionais, habitacionais, laborais e financeiras; o que exige trocas entre os agentes envolvidos com a atenção dentro e fora dos Centros de Atenção Psicossocial. Assim, fica claro que uma articulação entre CAPS e ESF é fundamental para integralidade da atenção ao usuário.

Nesse sentido, destaca-se a formação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) que parece ser um caminho para a integralidade, dentre elas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), essa apresentando muitos dispositivos inseridos no território que se articulam aos CAPS (Brasil, 2014b). Porém, sua implementação pode passar por desafios, sendo eles em caráter gerencial, técnico-profissional e/ou comunitário (Silva, 2011). Assim, a compreensão dessas variáveis, que podem impactar na composição de tais redes, levam a estudos sobre conhecimento da percepção e atitudes dos trabalhadores da saúde acerca do problema, de sua conduta e da comunicação entre as Unidades de Atenção à Saúde que atendem tal demanda. Sendo, os mesmos fundamentais, a fim de que se possa entender e articular os fluxos para se estabelecer a integralidade do cuidado.

Desta forma, o presente estudo, em meio ao momento atual de implementação das RAS, teve por objetivo identificar as atitudes dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Teresina – PI, frente à dependência química, bem como conhecer o referenciamento dos usuários de álcool e outras drogas ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Situação Global do Uso de Drogas**

Em 2009 estimava-se que de 153 a 300 milhões de pessoas com idade entre 15-64 anos tivessem usado uma substância ilícita pelo menos uma vez, enquanto que em 2010, cerca de 230 milhões de pessoas adultas, ou seja, 5% da população adulta mundial possa ter usado uma droga ilícita ao menos uma vez. Tem-se também que 27 milhões de pessoas são usuários dependentes de drogas, o que representa 0,6% da população adulta mundial (United Nations Office on Drougs and Crime - UNODC, 2012).

A situação global do uso de drogas mantém-se estável, embora tenha havido algum aumento na estimativa de número total de usuários das substâncias ilícitas, mostrando que o número de usuários de drogas, dependentes ou portadores de transtornos decorrentes da dependência tem-se mantido estável (UNODOC, 2013). Dentre os fatores de risco associados ao aumento da mortalidade e morbidade, encontram-se o uso de tabaco e o uso nocivo de álcool e outras drogas (OMS, 2013).

Em pesquisa recente a Organização Mundial de Saúde, avaliando dados de 194 países concluiu que o consumo médio mundial de álcool para pessoas acima de 15 anos é de 6,2 litros por ano. O mesmo estudo identifica que no Brasil o consumo médio é de 8,7 litros por pessoa por ano para a mesma população. Isso demonstra que a média brasileira encontra-se acima da média mundial. Outra constatação é de que a média da população que experimentou em algum momento do ano consumo excessivo de álcool é de 7,5%, sendo que no Brasil a taxa de pessoas que participam de episódios de consumo pesado é de 12,5% (OMS, 2014).

## 2.2 Uso de Drogas no Brasil

Galduróz (2001) relatou o álcool como a droga com maior prevalência de uso na vida, com 53,2%, e estimativa de dependentes em torno de 6%, valores próximos aos observados em estudos de outros países. Afirma, ainda, que juntamente com o tabaco, constituem problemas de saúde pública no Brasil, característica essa relevante nas tomadas de decisão e elaboração das políticas para o seu enfrentamento no país (Galduróz et al., 2005).

Em 2008, a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, demonstrou que dentre as razões para a ida a rua, problemas de alcoolismo e/ou drogas eram presentes em 35,5% dos casos (Brasil, 2008b). Já em 2009, o Relatório Brasileiro Sobre Drogas mostrou pelos dados do “I e II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil”, que, o uso de qualquer droga, exceto álcool e tabaco, foi de 19,4% em 2001 e 22,8% em 2005 (Brasil, 2009).

O Levantamento Nacional Sobre o Uso de álcool (2010), tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras, demonstrou, através das figuras 2 e 3, a prevalência de uso na vida, nos últimos 12 meses e últimos 30 dias de substância psicoativa, assim como o uso de risco (Brasil, 2010b).

Em 2011, o documento da Confederação Nacional dos Municípios intitulado “Observatório do Crack” mencionou que em 2010, em 98% dos municípios brasileiros houve presença do crack, e dentre os municípios pesquisados, 93,9% indicaram que enfrentavam problemas quanto ao consumo de drogas (CNM, 2011).

Quanto ao uso de álcool e drogas entre jovens brasileiros, Malta et al. (2011) afirmaram que esse é um problema de extensão significativa, visto que, 71,4% já experimentaram álcool, desses 27,3% fazem consumo regular da substância, 22,1% já viveu embriaguez na vida, 9% tem problemas com uso de álcool e 8,7% já experimentaram outras drogas.

Substância Psicotrópica/ Medida de uso	Uso na vida (%)	Uso nos últimos 12 meses (%)	Uso nos últimos 30 dias (%)
Alcool	86,2	72	60,5
Produtos de Tabaco	46,7	27,8	21,6
Uso de Drogas Ilícitas	48,7	35,8	25,9
Maconha/ Haxixe/ Skank	26,1	13,8	9,1
Inalantes e Solventes	20,4	6,5	2,9
Cocaína (Pó)	7,7	3	1,8
Merla	0,8	0,1	0,1
Crack	1,2	0,2	0,2
Alucinógenos	7,6	4,5	2,8
Cetamina®	0,8	0,6	0,6
Chá de Ayahuasca	1,4	0,9	0,2
Ecstasy	7,5	3,1	1,9
Esteróides Anabolizantes	3,8	0,9	0,5
Tranquilizantes e Ansiolíticos	12,4	8,4	5,8
Sedativos ou Barbitúricos	1,7	1,1	0,9
Analgésicos Opiáceos	5,5	3,8	2
Xaropes à Base de Codeína	2,7	1	0,7
Anticolinérgicos	1,2	0,6	0,4
Heroína	0,2	0,1	0
Anfetaminicos	13,8	10,5	8,7
Drogas Sintéticas	2,2	1,1	0,8

Figura 1: Prevalência de uso na vida de substâncias psicoativas nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias.

Fonte: Brasil, 2010.

Substância Psicotrópica	Risco Moderado (%)	Risco Alto (%)
	Total	Total
Maconha/Haxixe/Skank	7,8	0,6
Solventes ou Inalantes	1,2	0
Cocaína	1,8	0
Merla	0,1	0
Crack	0,1	0
Alucinógenos	1,3	0
Cetamina®	0,2	0
Chá de Ayahuasca	0,2	0
Ecstasy	1,6	0
Esteróides Anabolizantes	0,5	0
Tranquilizantes/ Ansiolíticos	3	0,4
Sedativos ou Barbitúricos	0,3	0
Analgésicos Opiáceos	0,9	0
Xaropes à Base de Codeína	0,4	0
Anticolinérgicos	0,2	0
Heroína	0,1	0
Anfetaminas	3,7	0
Drogas sintéticas	1	0

Figura 2: Prevalência de universitários que realizam um uso de risco (ao menos moderado) para cada uma das substâncias psicoativas.

Fonte: Brasil, 2010.

No ano seguinte, Monteiro et al. (2012), inferindo sobre prevalência do uso de drogas ilícitas em adolescentes, mostraram que em Teresina – Piauí, as

drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, são frequentemente experimentadas na adolescência. Os autores verificaram alta prevalência do uso de drogas ilícitas em adolescentes de início cada vez mais cedo. Ainda em pesquisa realizada em Teresina-Piauí no mesmo ano, Martins et al. (2012), ressaltaram que a realidade é preocupante, visto que 18,4% dos estudantes universitários pesquisados já usaram alguma droga psicotrópica.

### **2.3 Política e legislação Nacional sobre Drogas**

Por meio da Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, o Ministério da Saúde assumiu de modo integral e articulado a prevenção, o tratamento e a reabilitação de usuários de álcool e outras drogas, enfatizando que o uso de tais substâncias constitui um problema de saúde pública. O Ministério da Saúde comprometeu-se também com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, utilizando-se de abordagens baseadas no conceito de redução de danos, exigindo, dessa forma, a ruptura de uma lógica rígida existente, cujo eixo principal de atuação baseava-se na associação de drogas com comportamento antissocial ou criminoso e o foco a ser alcançado era a abstinência. Essa lógica mencionada, até então trabalhava em duas frentes: a primeira com ênfase na redução da oferta, compreendendo ações da justiça, segurança e defesa; e a segunda, na redução da demanda, onde o destaque é o tratamento por meio da internação, afastando o usuário do agente indutor do dano (Brasil, 2003).

Em 2004, com a Legislação em Saúde Mental, houve uma evolução definitiva de um modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificado e de base territorial. Essa Legislação foi fruto de um cenário positivo decorrente da aprovação pelo parlamento brasileiro da Lei Nº 10.216 em 2001, onde o Ministério da Saúde consolidou uma política de expansão continuada na rede de Centro de Atenção Psicossocial, em todo o território

nacional, assegurando, também, um mecanismo diferenciado de financiamento desta rede (Brasil, 2004a).

No ano posterior, foi lançada a Política Nacional Sobre Drogas (2005) que teve como alguns de seus pressupostos:

a) Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas;

b) Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade;

c) Pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações de forma programática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento e reinserção psicossocial; redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados.

Essa Política possuía como alguns de seus objetivos a implementação da rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento (Brasil, 2005).

Em seguida, instituiu-se em agosto de 2006 por meio da Lei nº 11.343/2006, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), órgão responsável pela articulação, integração, organização e coordenação de atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido de drogas, a atenção e a reinserção de usuários de drogas, assim como também encarregado da repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de tais substâncias. Destacando que a prevenção ao uso indevido, a atenção e a reinserção social dos usuários e dependentes de drogas, irá acontecer através da articulação entre famílias, indivíduos, serviços públicos e privados, visando sempre a integração de redes sociais (Brasil, 2008a).

Como dado relevante a ser exposto, tem-se que em maio de 2007, através do Decreto nº 6117, foi apresentada ao país a Política Nacional sobre o

Álcool, que objetivou estabelecer princípios que viessem à orientar a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo das questões relacionadas ao consumo de álcool, enfatizando a intersectorialidade e a integralidade das ações para as reduções dos danos sociais, à saúde e à vida, originários do consumo dessa substância, assim como das situações de criminalidade e violência também associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (Brasil, 2014a).

Cabe aqui lembrar, que em 2011, frente às particularidades do consumo do crack e no intuito de articular e coordenar diversos setores para ações integradas e descentralizadas de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários dessa substância, bem como enfrentar o tráfico juntamente com Estados e Municípios, o Governo Federal lançou o programa “Crack, é possível vencer” (Brasil, 2014a).

#### **2.4 Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Saúde Mental**

Como estratégia para superação de uma fragmentação da atenção e gestão em saúde, em 30 de dezembro de 2010, foi aprovada a portaria 4.279 que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Merece destaque nesse sentido, a ênfase dada, pelo documento, ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a fim de se realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização das redes de atenção. Tal portaria tem por atributos: o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação centrada na família, abordagem familiar e orientação comunitária; e como funções: resolução, organização e responsabilização (Brasil, 2010a).

Nesse contexto, a portaria Nº 3088 de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento em transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns pontos de articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na atenção básica em saúde são a Unidade Básica de

Saúde, as Equipes de atenção básica para populações em situações específicas (equipes consultório de rua e as equipes de caráter transitório), e os centros de convivência. Para a atenção especializada o ponto de articulação da RAPS é o CAPS, sendo que para usuários de crack, álcool e outras drogas, a referência é o CAPS álcool e drogas (Brasil, 2011).

A portaria Nº 131 em 2012, instituiu o incentivo financeiro de custeio destinado a Estados, Municípios e Distrito Federal para serviços de atenção em regime residencial, incluindo as comunidades terapêuticas, voltadas para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito da RAPS (Brasil, 2012a). Ainda em referência às normatizações voltadas para o tema em questão, tem-se que a portaria Nº 132 de 2012 instituiu incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS do SUS (Brasil, 2012b) e a portaria Nº 148 de 2012 que definiu normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e instituiu incentivos financeiros de investimento e custeio do componente hospitalar da RAPS (Brasil, 2012c).

Gonçalves (2002) reforçou a importância do Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família, para a prática de cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas; fez uma contribuição relacionada a fundamentos teóricos da Saúde Mental para compreensão do abuso e dependência de drogas; mostrou que há necessidade de que ocorram mudanças significativas na atenção à saúde e de uma ampliação do conceito saúde-doença-cuidado, no sentido de ofertar toda a atenção necessária em saúde mental e em especial, a drogadição, não relegando esses assuntos a especialistas. Ressalta também, que para um atendimento na perspectiva da integralidade, o PSF deve fazer parte de uma rede de atenção com um sistema atuante de referência e contra-referência, para tal, a preparação dos integrantes da equipe é um aspecto fundamental.

Sobre apoio matricial, metodologia de trabalho baseada no compartilhamento de diretrizes clínicas e sanitárias, que de maneira complementar aos mecanismos hierárquicos de referência e contra-referência oferece uma retaguarda assistencial técnico-pedagógica às equipes de saúde (Campos e Domitti, 2007); Figueiredo e Onoko-Campos (2009) em estudo demonstraram que o mesmo produziu avanços na atenção à saúde mental na rede básica de saúde, mas ainda esbarra em algumas dificuldades não superadas, dentre elas, destaca-se a transposição das barreiras dos saberes em saúde (interdisciplinaridade), que irá permitir uma maior propagação das ações em saúde mental no sentido de se sair do isolamento dos consultórios e das especialidades para tramitar pelos diferentes profissionais. Esse estudo mostrou que com o apoio matricial houve um engajamento nas discussões de caso pela equipe.

Ainda sobre o assunto, Silveira (2009) colocou o apoio matricial como uma estratégia multiplicadora que auxilia na comunicação de todos os envolvidos na rede de cuidado, incentivando a co-participação e a responsabilização, visto que Camatta (2010) demonstrou convergências entre as intenções da equipe de Estratégia Saúde da Família e as expectativas de usuários e familiares, revelando que o atendimento das demandas desses sujeitos é ponto fundamental para garantir aos mesmos o acesso aos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, sobretudo na atenção básica, por estarem em contato mais próximo desses sujeitos e por terem a confiança deles.

Sobre a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, Souza e Rivera (2010) perceberam que ela proporcionou ampliação do campo da atenção psicossocial com o desenvolvimento de ações de cuidado guiadas pela noção de responsabilização, vínculo, comprometimento com um fazer em saúde mental, portanto, por meio do cuidado integral. Essas ações na ESF para que possam cumprir o seu papel precisam ser submetidas, como menciona Pereira (2011), à avaliação ao que diz respeito o atendimento para promoção e prevenção para com os usuários de álcool e outras drogas, a fim de que parcerias entre ESF, CAPS E CAPS álcool e drogas sejam estabelecidas.

Delfini e Reis (2012) em seu estudo sobre saúde mencionaram que a falta de recursos humanos, a cobrança por produtividade e a ausência de capacitação dos profissionais da ESF para trabalhar com saúde mental são obstáculos para uma efetiva articulação entre os serviços da ESF e CAPS. Tem-se também aqui que a lógica do encaminhamento e da desresponsabilização, a hegemonia do modelo biomédico e a fragmentação dos cuidados se mostram vigentes no cotidiano dos serviços.

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012d), quanto às atribuições dos profissionais da atenção básica, destacou:

a) Garantir a atenção à saúde buscando integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos;

b) Participar do acolhimento aos usuários realizando escuta qualificada de suas necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

c) Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando o usuário necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde.

Na referida Política foi ainda mencionado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como um apoio matricial às equipes de ESF, onde a responsabilização compartilhada entre NASF e ESF pretende uma revisão da prática do encaminhamento com base na referência e contra-referência, ampliando tal processo para um compartilhar de casos e acompanhamento longitudinal dos mesmos, para assim, fortalecer os princípios da atenção básica em saúde e para que ela exerça efetivamente o papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Campos et al. (2013) destacaram a Atenção Básica a Saúde como porta de entrada do SUS e articuladora da rede de atenção à saúde, assim como,

relacionou algumas diretrizes organizacionais para que a mesma pudesse cumprir seu papel. As diretrizes referiram-se à:

- a) Acolhimento à demanda;
- b) Busca ativa com avaliação de vulnerabilidade;
- c) Clínica ampliada e compartilhada;
- d) Saúde Coletiva;
- e) Participação na gestão.

Onocko-Campos e Gama (2013), sobre Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde, destacaram que a demanda de saúde mental na atenção básica é grande e variada, sendo que aproximadamente 20% da população brasileira necessita de algum cuidado na área de saúde mental. Mencionou que 3% da população possui transtornos mentais severos e persistentes, necessitando, portanto de cuidado contínuo; 9% da população possui transtornos mentais menos graves, necessitando de cuidados eventuais; e que 8% da população possuem transtornos decorrentes de uso prejudicial de álcool e outras drogas, precisando assim, de atendimento regular.

Ainda em 2013, o Caderno Saúde Mental na Atenção Básica (Brasil, 2013) destacou que o cuidado em saúde mental na atenção básica é estratégico devido ao acesso das equipes aos usuários e vice-versa, apesar disso, o cuidado em saúde mental na atenção básica levanta muitas dúvidas, curiosidades e receios dos profissionais. O Caderno objetivou, por meio de reflexões, criar no profissional da Atenção Básica, uma abertura, respaldo e disponibilidade do mesmo como cuidados a frente da demanda em saúde mental, visualizando a atenção básica como ponto articulador da Rede de Atenção à Saúde.

Por outro lado, Lemos et al. (2005) apontaram que não há articulação entre as unidades de saúde e os CAPS, o que pode ser um indicativo de fragmentação da rede de saúde mental. Ao mesmo tempo em que Passamani (2005) e Rosa (2005) destacaram que as gestões em saúde no estado do Piauí e em sua capital, Teresina, não dão prioridade aos investimentos direcionados às ações em saúde mental, desta forma, ocorre um atraso no processo da Reforma

Psiquiátrica desses locais. Passamani, em 2005, relatou, inclusive, que apesar de várias ações e dos fatos ocorridos durante as últimas três décadas, a qualidade do atendimento na saúde mental pouco melhorou no Piauí.

Rosa (2006), por meio da citação abaixo, enfatizou que no Piauí, o redirecionamento do modelo assistencial, somente ocorre após imposições federais:

“Parece haver no Estado um apego aos hospitais dia, um serviço em progressiva extinção. Por sua vez, os gestores e a maioria dos trabalhadores resistem em constituir como um propulsor dos processos reformistas, O redirecionamento do modelo assistencial, no geral, é percebido como uma imposição do governo federal. Por parte dos trabalhadores há resistência em função do temor da perda do emprego [...]”

Ao estudar o processo de trabalho em saúde mental na ESF em Teresina, Lopes (2009) concluiu com base no relato das equipes, que a demanda em saúde mental oriunda de problemas associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas é alta; que o assistencialismo e o modelo curativo, com um trabalho guiado pelo sentido de saberes/fazer, ainda é parte do cotidiano das equipes da ESF. Outro ponto é que a Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI atua na gestão de dados, em detrimento a realização de uma gestão de financiamento, políticas públicas e de maneiras de cuidado, que poderia realizar-se em parceria com os trabalhadores que estão no serviço. Por fim, destacou que a mudança para tal situação poderá ser por meio da indissociabilidade entre atenção à saúde e gestão, assim como, através da problematização entre equipes e gestão, mostrando que o acolhimento é uma forma de cuidar que pode partir de todo e qualquer trabalhador.

O documento ministerial “Saúde Mental no SUS: OS Centros de atenção psicossocial” apontou o CAPS como a principal estratégia para efetivação da reforma psiquiátrica, sendo o mesmo, um serviço de saúde criado com caráter substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Colocando o CAPS como o organizador da rede de serviços em saúde mental de seu território, dando suporte a coordenação da rede que parte da atenção básica em saúde. São também,

reguladores da assistência em saúde mental na área, assim como, responsáveis por coordenar juntamente com gestores locais as atividades de supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas do território, mantendo atualizada a listagem dos usuários de sua região que utilizam medicação para saúde mental (Brasil, 2004b). Sobre a articulação entre ESF e CAPS, Alverga e Dimenstein (2005) destacaram a não efetividade dessa relação, ao passo que Dimenstein (2006) reafirmou a existência de uma precária comunicação entre atenção básica e saúde mental.

Lavras (2011), afirmou que para os processos de planejamento e/ou reorganização de sistemas de saúde, o desafio encontra-se na implementação de uma modelagem que possibilite maior integração das ações e serviços de saúde ofertados, assim a implementação da Rede de Atenção à Saúde é favorável, visto que, as mesmas são vistas e entendidas como potencias que induzem a organização e reorganização dos sistemas locais e regionais de saúde, buscando como objetivo, a integralidade do cuidado.

Portanto, Mendes (2011) conclui que essas redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas com seus pontos vinculados entre si e com iguais objetivos, atuam por meio de ações cooperativas e interdependentes permitindo ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população sob a coordenação da atenção básica em saúde. O sistema em rede organiza-se sob a horizontalidade de atenção a saúde e tem por centro de comunicação a atenção básica de saúde, visando assim, melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida dos usuários, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. Nesse contexto, encontra-se a RAPS.

## **2.5 Profissionais da Saúde e a Assistência em Saúde Mental**

Em relação aos problemas relacionados ao uso de drogas na atenção primária à saúde, Samet (1997) e Rassol (2005) afirmaram eles são precariamente detectados pelos profissionais que ali atuam.

Estudando conceitos, sentimentos e práxis de uma equipe de enfermagem sobre alcoolistas, Campos (2000) detectou os sentimentos de medo, pena e raiva para com esses pacientes, assim como, relatou que a assistência nos serviços baseia-se em uma abordagem biológica.

No mesmo ano, ao estudar o cuidado da enfermagem ao dependente de substâncias psicoativas, Farias (2000) detectou que o mesmo resume-se à vigilância, punição e encaminhamento a outros profissionais, em destaque, médicos. Ferreira e Luís (2000) mostraram que usuários de álcool e outras drogas são vistos, pela equipe de enfermagem pesquisada como emocionalmente instáveis e sem força de vontade.

Vargas (2001), em pesquisa sobre enfermeiros em relação ao alcoolismo, mencionou que há sentimentos com forte valor moralista por parte dos mesmos, que eles veem o alcoolismo como doença e que preferem não trabalhar com essa demanda. No ano seguinte, Aalto e Seppa (2002) identificaram que o uso de álcool e outras drogas é raramente abordado pelos profissionais. Pillon (2003) enfatizou que eles encaram tal questão como doença a ser tratada, não punida; e que poucas são as satisfações desse grupo em trabalhar com essa demanda, tanto ao que diz respeito ao pessoal, como ao profissional.

Pesquisando o significado de trabalhar com substâncias psicoativas, Martins e Corrêa (2004) encontrou que, os profissionais encaram o trabalho como qualquer outro. Reyes e Luís (2004) estudando enfermeiros em relação ao paciente alcoolista encontraram que tais profissionais veem a vida do alcoolista como desagradável e mencionaram ainda, que preferencialmente esses pacientes não são de sua escolha assim como, declararam-se, indiferentes quanto ao

sentimento de conforto em relação à oferta de assistência oferecida a esses pacientes.

Em estudo sobre usuários de drogas e enfermeiros na atenção primária, Spricigo e Alencastre (2004) identificaram uma abordagem médica e sociocultural com sutil aproximação ao crítico-holístico o que poderá ser o responsável atualmente por transformações sociais. Já Barros (2006) reconheceu que dificuldades consideráveis existem na assistência ofertada pelos profissionais de saúde aos usuários de drogas, assim, tais usuários beneficiam-se pouco dessa assistência. Além disso, foram identificados sentimentos considerados negativos, por parte dos profissionais, para com os usuários de drogas, são eles: ansiedade, estresse, medo, insegurança e desconforto.

Nunes et al. (2007) detectaram o desconhecimento e a falta de capacitação dos profissionais do PSF em relação à saúde mental. Destacaram, também, a falta de entrosamento dos profissionais com os serviços de saúde mental, além da falta de uma rede em saúde mental, pois os serviços existentes para tal finalidade funcionam apenas como uma retaguarda que permite uma rápida referência em casos de necessidade. Enquanto que Munari et al. (2008) destacaram a necessidade de investimentos na capacitação de profissionais da Atenção Primária em Saúde e um fortalecimento de conhecimentos sobre o SUS na formação desses profissionais. Enfatizaram ainda, a necessidade de produção do cuidado em ações diárias, além de ressaltarem que esses profissionais precisam estar mais próximos à população.

Vargas e Luís (2008) ao estudarem enfermeiros frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista, notaram que esses profissionais são permissivos ao uso moderado do álcool, porém rejeitam o alcoolismo, mencionando que tal doença pode chegar a ser fatal. Demonstraram, também, uma tendência em associar o uso do álcool a vontade da pessoa. Recomenda-se nesse estudo, uma capacitação do grupo de profissionais, com a finalidade de prepará-los para o atendimento, a detecção e a prevenção de transtornos relacionados ao uso e abuso do álcool nos centros de saúde estudados.

Pinho et al. (2009) apontaram que a reabilitação psicossocial na concepção dos profissionais da saúde associa-se ao tradicional modelo psiquiátrico que se baseia na normalidade social. Para os autores, esse é o principal desafio na atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Ainda sobre o modelo de saúde centrado na figura do médico, Silveira e Viera (2009) destacaram que nas ações de saúde mental na atenção primária à saúde existe predominância de tal modelo mencionado, que há uma psiquiatralização do cuidado, um processo de trabalho burocrático e ações centradas no que foi chamado pelos autores de espaço intramuros.

Frente ao exposto, Muniz et al. (2010) ao realizarem estudo com profissionais da enfermagem, constataram que há necessidade de capacitação e educação permanente dos profissionais envolvidos no processo da recuperação do dependente químico; assim como, destacaram que, melhores metas serão alcançadas na atenção ao dependente, quando, além de outras medidas, profissionais que possuem afinidade com o tema forem identificados para trabalhar com esses pacientes, já que Vargas (2010) em seu estudo com um grupo de enfermeiros em relação ao alcoolista constatou que os profissionais pesquisados consideraram que tais usuários eram pessoas doentes que precisam de ajuda, além de relatarem que não possuem experiência com alcoolistas.

Sobre a dualidade das drogas Fiúza et al. (2011) expuseram que, por um lado, o problema é de ordem social e do outro, o problema é individual; mostrando no estudo que para os profissionais da saúde, o problema exposto é visto através da segunda posição e que isso faz com que suas ações sejam limitadas ao cunho individual sendo a forma de assistência interpretada pelo encaminhamento. Nota-se também, uma culpabilização do usuário baseada em um julgamento moral. Dessa forma, tem-se um cenário que não viabiliza ações sistemáticas e participativas. Acredita-se que um dos possíveis caminhos para a reversão disso seja a educação permanente aos profissionais.

Schneider e Lima (2011) enfatizaram que em contradição com os princípios do SUS, as concepções existentes sobre a drogadição, ainda estão

alicerçadas em modelos dicotômicos e deterministas, onde de acordo com Branco et al. (2013) ao estudarem profissionais de enfermagem em relação a atenção ao usuário de crack, álcool e outras drogas, alguns obstáculos dificultavam a atenção da equipe aos pacientes, são eles: a falta de aceitação e de um visão positiva dos profissionais a essa modalidade de cuidado.

Visto essas referências que relataram um significativo consumo de drogas no Brasil e no mundo, dificuldades na prática cotidiana dos profissionais de saúde em relação ao manejo do usuário de substâncias psicoativas, bem como, uma comunicação deficiente entre os pontos de atenção à saúde; o presente estudo é interessante, necessário e essencial para a unidade da política de saúde mental.

### **3 PROPOSIÇÃO**

Identificar as atitudes dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Teresina – PI, Brasil; frente à dependência química, bem como conhecer o encaminhamento dos usuários de álcool e outras drogas ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Aspectos éticos**

O presente projeto foi submetido ao Comitê de ética em pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Recebeu aprovação por meio do Protocolo Nº 043/2013 (Anexo I).

Os sujeitos da pesquisa receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e os que aceitaram participar da mesma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo II). O estudo somente teve início após aprovação do CEP.

### **4.2 Local da pesquisa e População de estudo**

Este estudo foi realizado em Teresina – PI, município mais populoso do Estado. Localizado no Centro-Norte Piauiense, é a 19ª maior cidade do Brasil, com 822.363 habitantes e a 15ª maior capital do Brasil, possui uma área de 1.673 km² e uma população de quase 1.000.000 de habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2012).

A organização da Saúde em Teresina-PI encontra-se exposta da seguinte forma: 250 equipes de Estratégia Saúde da Família (Departamento de Atenção Básica - DAB, 2013). Considerando-se as três Regionais de Saúde existentes na capital, tais equipes encontram-se distribuídas em 83 Unidades de Saúde da Família (USF), 7 Unidades Saúde (US) e 1 Posto de Saúde (PS); três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo um localizado em cada Regional de Saúde; oferece o serviço de maternidade em 3 estruturas distribuídas em um Hospital Maternidade, outra denominada Maternidade e uma terceira funcionando em uma US; um Centro Integrado de Saúde; um Centro de Diagnóstico; um Centro de Fisioterapia; um Centro de Especialidades

Odontológicas tipo II; um Centro de Convivência da 3ª Idade; dois Hospitais; um Pronto Socorro Municipal e 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo apenas um deles CAPS Álcool e Drogas (Anexo III).

#### **4.3 Tipo de estudo**

Trata - se de um estudo descritivo transversal, de natureza qualitativa, realizado em USF, US, PS, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), e em espaços de gestão da Fundação Municipal de Saúde (FMS), são eles: Gerência de Atenção básica, Gerência de Atenção Psicossocial e as três Regionais de Saúde.

O universo da pesquisa foi composto pelas 250 Equipes de Estratégia Saúde da Família implantadas no município de Teresina-Piauí (DAB, 2013), pelos 272 prontuários de adesão de usuários no CAPS AD do período de julho a dezembro de 2013 e pelos 9 Gestores Municipais de Saúde (Gerentes e Coordenadores) representantes da Atenção Básica à Saúde, Atenção Psicossocial, Gerência Administrativa e de Saúde de cada Regional e da Coordenação do CAPS AD.

#### **4.4 Amostra**

Para a seleção das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), a amostra do presente estudo foi do tipo probabilística por conglomerados, visto que até janeiro de 2013 o município de Teresina – Piauí, Brasil, possuía 250 equipes ESF implantadas (DAB, 2013) em diferentes regiões da cidade. Foi disponibilizada pelas Regionais Municipais de Saúde uma listagem com distribuição regional das equipes do município (Anexo III).

Assim, com o objetivo de investigar as atitudes dos profissionais da ESF frente à dependência química foram consideradas as categorias de médicos

e enfermeiros, os quais representaram as equipes da ESF distribuídas em 3 Regionais de Saúde.

Calculou-se um número amostral de 203 entrevistas para cada categoria profissional com resposta para a população geral, totalizando-se 406 profissionais. Foi considerando um nível de confiança de 95%, erro amostral de 5%, tomando como critério de cálculo a proporção de 0,50 (50% de mesma resposta a qualquer das perguntas) com correção para a amostra estudada. Desta forma, o questionário foi aplicado em 66 equipes da Regional Sul, 72 da Regional Leste/Sudeste e 65 da Regional Centro/Norte.

Foram analisados os Prontuários de adesão de usuários ao CAPS AD de julho a dezembro de 2013, totalizando-se 272 prontuários. O período escolhido foi com o objetivo de se coletar dados de usuários do CAPS AD tratados pelos mesmos profissionais da ESF, já que a coleta de dados na ESF aconteceu durante o segundo semestre de 2013, após aprovação do CEP.

Quanto à Gestão Municipal de Saúde foram considerados os 9 Gestores Municipais de Saúde (Gerentes e Coordenadores) que representavam a Atenção Básica à Saúde, a Atenção Psicossocial, a Gerência Administrativa e de Saúde de cada Regional e a Coordenação do CAPS AD.

#### **4.5 Critérios de inclusão e exclusão**

Inclusão:

- Foram incluídos médicos e enfermeiros que atuavam, necessariamente, na Estratégia de Saúde da Família do município de Teresina-PI.
- Os prontuários de adesão pesquisados foram os dos pacientes do CAPS AD de Teresina-PI no período de julho a dezembro de 2013.

Exclusão:

- Foram desconsiderados os prontuários do CAPS AD que estavam sendo utilizados pela equipe do estabelecimento no momento da coleta.

#### **4.6 Coleta dos dados**

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Na Estratégia Saúde da Família:

Utilizou-se um questionário com perguntas fechadas (Partes I e III) aplicado aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, possuindo o seguinte roteiro utilizado (Anexo IV):

a) Parte I: Identificação sócio-demográfica (sexo, idade, formação, atuação na equipe e tempo na ESF);

b) Parte III: Sentimentos dos profissionais da ESF ao lidarem com pacientes com problemas relacionados ao abuso/dependência de drogas.

- Na Gestão Municipal de Saúde:

Os Gestores Municipais de Saúde responderam a um questionário contendo três perguntas abertas referentes ao tema em estudo (Anexo VI).

- Prontuários de adesão do CAPS AD:

Usou-se formulário para preenchimento de informações referentes aos prontuários do CAPS AD ao que diz respeito o encaminhamento do usuário que lá havia chegado (Anexo V).

Após as devidas autorizações para início da pesquisa foi agendada, na Estratégia de Saúde da Família, uma visita com cada uma das equipes previamente selecionadas. A mesma aconteceu em horário de trabalho, porém os pesquisadores esperaram a finalização das atividades de trabalho do dia. Cada profissional teve um prazo de uma hora para responder ao questionário, onde foram coletadas informações sobre as suas atitudes frente ao problema de saúde pública que é a dependência química. Quando, por algum motivo, nenhum profissional foi encontrado, houve agendamento de uma nova visita para a coleta. Procedeu-se da mesma forma em relação aos questionários aplicados aos representantes da Gestão Municipal de Saúde.

No CAPS AD verificou – se os prontuários dos pacientes com a finalidade de conhecer a origem dos encaminhamentos dos usuários ao CAPS AD e de que maneira elas ocorreram.

#### **4.7 Análise dos dados**

Neste estudo empregou-se a análise descritiva às perguntas dos instrumentos com questões fechadas enquanto que o questionário com questões abertas foi submetido a análise pela teoria do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta quali-quantitativa para pesquisa de opinião ou representação social, que sintetiza depoimentos e expressa o pensamento coletivo por meio do discurso dos sujeitos participantes da pesquisa, visto que, em sociedade, as pessoas compartilham ideias, opiniões, crenças e/ou representações (Lefèvre & Lefèvre, 2006).

#### **4.8 Estudo Piloto**

Foi realizado inicialmente um estudo piloto em 31 Equipes da Estratégia Saúde da Família, distribuídas pelas três regionais de saúde do município. Para

tal, 62 profissionais (31 médicos e 31 enfermeiros) foram selecionados aleatoriamente.

A escolha das equipes por regional se deu por meio de sorteio aleatório de duas estruturas de saúde de cada regional onde foi possível encontrar equipes da ESF. Após seleção, pesquisa e análise dos dados, percebeu-se que 20 (32,3%) dos profissionais selecionados aceitaram responder a pesquisa, 13 (20,9%) alegaram falta de tempo e por isso não responderam, 8 (12,9%) alegaram não atender dependentes químicos e por isso não aceitaram e 21 (33,87%) não aceitaram responder e não colocaram nenhum motivo para isso. Em uma distribuição regional obteve-se para a Regional Sul, 13 (65%) repostas; para a Regional Centro/Norte, 5 (22,72%) e para a Regional Leste/Sudeste, 2 (10%).

Quanto aos prontuários do CAPS AD, foram analisados 10 prontuários de adesão de julho a dezembro de 2013 do mesmo município.

Frente aos resultados do estudo piloto, onde foi possível observar que 67,7% não responderam à pesquisa, elaborou-se uma estratégia com a finalidade de não prejudicar os objetivos do estudo: para cada profissional da ESF procurado que aceitou responder a pesquisa, foi também oferecido o questionário aberto para análise por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. Aos profissionais já submetidos ao estudo piloto que aceitaram participar da pesquisa também foi oferecido o questionário aberto e para tal, foi realizada nova visita aos mesmos.

## 5 RESULTADOS

Do total da amostra, 86 (21,18%) dos sujeitos pesquisados na Estratégia Saúde da Família (ESF) responderam aos questionários (qualitativo e quantitativo). De um total de 9 gestores, 7 (77,7%) aceitaram responder ao questionário qualitativo e em relação aos prontuários de adesão no CAPS AD, foram avaliados 272.

### 5.1 Perfil dos pesquisados na ESF

Os resultados encontrados na tabela 1 demonstram que o grupo dos profissionais de saúde da ESF pesquisados era composto predominantemente por mulheres 71 (82,56%). Referente à escolaridade, 51 (59,3%) eram pós-graduados. Quanto à categoria profissional, em sua maioria, 49 (57%) eram enfermeiros. Em relação ao tempo de trabalho, 51 (59,3%) possuíam mais de seis anos no serviço.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família segundo variáveis socioedemográficas, Teresina (PI), 2013.

Variáveis Sociodemográficas	N	%
	Total	86
<b>Gênero</b>		
Masculino	15	17,44
Feminino	71	82,56
<b>Escolaridade</b>		
Graduação	35	40,7
Especialização	50	58,14
Mestrado	1	1,16

*Continua*

## Continuação

<b>Categoria Profissional</b>		
Médico	37	43
Enfermeiro	49	57

  

<b>Tempo de Trabalho na ESF</b>		
Até 1 ano	15	17,44
2-5 anos	20	23,26
6-10 anos	23	26,74
Mais de 10 anos	28	32,56

### 5.2 Sentimentos dos profissionais da ESF pesquisados frente aos dependentes químicos

Em relação aos sentimentos descritos pelos profissionais – por categoria profissional - ao atenderem os usuários com problemas relacionados ao abuso / dependência de drogas na ESF destacaram-se tristeza, desconforto, compaixão, insegurança, medo e receio (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das respostas sobre os sentimentos ao lidar com pacientes com problemas relacionados ao abuso / dependência de drogas na ESF segundo categoria profissional. Teresina (PI), 2013.

Sentimentos	Categoria Profissional					
	Médico		Enfermeiro		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bem estar	1	2,78	-	-	1	1,20
Raiva	2	5,56	1	2,13	3	3,61
Tristeza	24	66,67	31	65,96	55	66,27
Nervosismo	9	25,00	10	21,28	19	22,89
Vergonha	4	11,11	2	4,26	6	7,23
Felicidade	-	-	-	-	-	-

*Continua*

### Continuação

Desconforto	19	52,78	19	40,43	38	45,78
Mal estar	10	27,78	13	27,66	23	27,71
Alegria	-	-	-	-	-	-
Satisfação	5	13,89	2	4,26	7	8,43
Conforto	-	-	-	-	-	-
Tranquilidade	2	5,56	3	6,38	5	6,02
Compaixão	21	58,33	19	40,43	40	48,19
Indiferença	1	2,78	-	-	1	1,20
Insatisfação	6	16,67	6	12,77	12	14,46
Tédio	-	-	1	2,13	1	1,20
Curiosidade	9	25,00	6	12,77	15	18,07
Confusão	6	16,67	4	8,51	10	12,05
Segurança	3	8,33	-	-	3	3,61
Aceitação	6	16,67	8	17,02	14	16,87
Insegurança	20	55,56	31	65,96	51	61,45
Medo	17	47,22	22	46,81	39	46,99
Estresse	13	36,11	11	23,40	24	28,92
Contentamento	2	5,56	-	-	2	2,41
Receio	19	52,78	23	48,94	42	50,60
Recusa	-	-	1	2,13	1	1,20
Ansiedade	12	33,33	13	27,66	25	30,12
Incapacidade	-	-	1	2,13	1	1,20
Total	36	100,00	47	100,00	83	100,00

Obs: os percentuais somam mais de 100%, porque um profissional pode externar mais de um sentimento.

Quanto aos sentimentos descritos pelos profissionais ao atenderem os usuários com problemas relacionados ao abuso / dependência de drogas na ESF, destacaram-se tristeza, desconforto, compaixão, insegurança, medo e receio, segundo tempo de atuação e categoria profissional, conforme pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das respostas sobre os sentimentos ao lidar com pacientes com problemas relacionados ao abuso / dependência de drogas na ESF segundo tempo de atuação e categoria profissional. Teresina (PI), 2013.

Sentimentos	Categoria Profissional											
	Médico						Enfermeiro					
	Tempo (anos) atuação ESF						Tempo (anos) atuação ESF					
	Até 5		6 a 10		Mais de 10		Até 5		6 a 10		Mais de 10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bem estar	1	5,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Raiva	2	10,00	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,00
Tristeza	12	60,00	8	80,00	4	66,67	9	64,29	8	61,54	14	70,00
Nervosismo	3	15,00	4	40,00	2	33,33	3	21,43	2	15,38	5	25,00
Vergonha	2	10,00	1	10,00	1	16,67	1	7,14	-	-	1	5,00
Felicidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Desconforto	10	50,00	6	60,00	3	50,00	5	35,71	5	38,46	9	45,00
Mal estar	7	35,00	2	20,00	1	16,67	4	28,57	2	15,38	7	35,00
Alegria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Satisfação	4	20,00	1	10,00	-	-	2	14,29	-	-	-	-
Conforto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tranquilidade	1	5,00	1	10,00	-	-	2	14,29	-	-	1	5,00
Compaixão	14	70,00	4	40,00	3	50,00	5	35,71	3	23,08	11	55,00

*Continua*

### Continuação

Indiferença	-	-	1	10,00	-	-	-	-	-	-	-	
Insatisfação	4	20,00	1	10,00	1	16,67	3	21,43	1	7,69	2	10,00
Tédio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,00
Curiosidade	4	20,00	4	40,00	1	16,67	2	14,29	3	23,08	1	5,00
Confusão	2	10,00	3	30,00	1	16,67	1	7,14	-	-	3	15,00
Segurança	1	5,00	1	10,00	1	16,67	-	-	-	-	-	-
Aceitação	2	10,00	3	30,00	1	16,67	4	28,57	1	7,69	3	15,00
Insegurança	10	50,00	6	60,00	4	66,67	8	57,14	10	76,92	13	65,00
Medo	8	40,00	5	50,00	4	66,67	5	35,71	6	46,15	11	55,00
Estresse	7	35,00	3	30,00	3	50,00	1	7,14	3	23,08	7	35,00
Contentamento	1	5,00	1	10,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Receio	13	65,00	3	30,00	3	50,00	6	42,86	7	53,85	10	50,00
Recusa	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7,69	-	-
Ansiedade	5	25,00	4	40,00	3	50,00	2	14,29	5	38,46	6	30,00
Incapacidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,00
Total	20	100,00	10	100,00	6	100,00	14	100,00	13	100,00	20	100,00

Obs: os percentuais somam mais de 100%, porque um profissional pode externar mais de um sentimento.

Analisando-se os sentimentos descritos pelos profissionais ao atenderem os usuários com problemas relacionados ao abuso / dependência de drogas na ESF, teve-se ênfase para tristeza, desconforto, compaixão, insegurança, medo e receio, segundo escolaridade, de acordo com o que se observa na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das respostas sobre os sentimentos ao lidar com pacientes com problemas relacionados ao abuso / dependência de drogas na ESF segundo escolaridade. Teresina (PI), 2013.

Sentimentos	Escolaridade					
	Graduação		Pós-graduação		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
bem estar	1	2,94	-	-	1	1,20
raiva	2	5,88	1	2,04	3	3,61
tristeza	22	64,71	33	67,35	55	66,27
nervosismo	8	23,53	11	22,45	19	22,89
vergonha	2	5,88	4	8,16	6	7,23
felicidade	-	-	-	-	-	-
desconforto	14	41,18	24	48,98	38	45,78
mal estar	9	26,47	14	28,57	23	27,71
alegria	-	-	-	-	-	-
satisfação	4	11,76	3	6,12	7	8,43
conforto	-	-	-	-	-	-
tranquilidade	2	5,88	3	6,12	5	6,02
compaixão	17	50,00	23	46,94	40	48,19
indiferença	1	2,94	-	-	1	1,20
insatisfação	6	17,65	6	12,24	12	14,46
tédio	-	-	1	2,04	1	1,20
curiosidade	10	29,41	5	10,20	15	18,07
confusão	5	14,71	5	10,20	10	12,05
segurança	1	2,94	2	4,08	3	3,61
aceitação	6	17,65	8	16,33	14	16,87
insegurança	18	52,94	33	67,35	51	61,45
medo	12	35,29	27	55,10	39	46,99
estresse	9	26,47	15	30,61	24	28,92
contentamento	2	5,88	-	-	2	2,41
receio	15	44,12	27	55,10	42	50,60
recusa	-	-	1	2,04	1	1,20

*Continua*

### Continuação

ansiedade	11	32,35	14	28,57	25	30,12
incapacidade	-	-	1	2,04	1	1,20
Total	34	100,00	49	100,00	83	100,00

Obs: os percentuais somam mais de 100%, porque um profissional pode externar mais de um sentimento.

### 5.3 Origem do encaminhamento de usuário ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Em relação ao encaminhamento do usuário ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), observa-se um encaminhamento originado de vários pontos (Hospitais e outros setores da saúde, pontos da assistência social, justiça, faculdades, emissoras de televisão, Ong's, comunidades terapêuticas, empresas privadas, delegacia, dentre outros).

Viu-se que a demanda referida da ESF, correspondeu a apenas 2,94% do valor total, enquanto que a demanda espontânea, juntamente com indicação de amigos e familiares, somaram juntas 53,3%. Destacou-se também, a porcentagem de prontuários sem qualquer identificação de origem do encaminhamento referido, fato que correspondeu a 12,5% do total de prontuários de adesão investigados durante a pesquisa (Tabela 5).

Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa das informações de encaminhamento coletadas nos prontuários do CAPS AD, Teresina (PI), 2013.

QUESTÃO	PRONTUÁRIOS	
	N	%
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

**Referenciamento**

*Continua*

### *Continuação*

Demanda Espontânea	97	35,66
Família	37	13,6
Hospital Psiquiátrico	15	5,51
Amigos	11	4,04
ESF	8	2,94
Outro CAPS	7	2,57
Justiça	6	2,2
SASC	5	1,84
CATi	5	1,84
Comunidade Terapêutica	4	1,47
SHrad	3	1,1
Centro Pop	3	1,1
Casa de Metara	2	0,74
CRAS	2	0,74
Empresa Privada	2	0,74
Delegacia do Idoso	2	0,74
Faculdade	2	0,74
Assembleia Legislativa	1	0,37
TV	1	0,37
Lar da Criança	1	0,37
Conselho Tutelar	1	0,37
Centro Débora Mesquita	1	0,37
Prontuários não encontrados	4	1,47
Outro serviço saúde	18	6,61
Nenhuma Identificação	34	12,5

---

#### **5.4 Apresentação quali-quantitativa das Ideias Centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo**

Serão apresentados a seguir os dados quantitativos referentes ao compartilhamento das ideias centrais e os respectivos DSC, para cada público pesquisado (Profissionais da ESF e Gestores Municipais da Saúde).

Em relação à questão aberta: “Em sua opinião, quais as dificuldades em dar atenção aos usuários de álcool e outras drogas?”, todos os participantes da pesquisa responderam-na. Os dados estão representados nas tabelas 6, 7 e 8 a seguir.

Tabela 6 - Síntese das ideias centrais de profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família para a questão: “Em sua opinião, quais as dificuldades em dar atenção aos usuários de álcool e outras drogas?”.

IDEIAS CENTRAIS	MÉDICOS	%
A – Culpabilização da vítima.	25	47,17
B – Não capacitação profissional, necessidade de especialistas na ESF.	17	32,07
C – Falta de estrutura e organização dos serviços.	11	20,76

Obs: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 37 respostas e a porcentagem de 100%, pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

### **DSC da Ideia Central A de médicos da ESF – Culpabilização da vítima**

*O grande entrave ao sistema se dá pela captação dos usuários e pela não aceitação ao tratamento [...] São agressivos e rejeitam o tratamento. A principal dificuldade é a aceitação da ajuda e início do tratamento, pois os pacientes, normalmente, não querem buscar ajuda, possuem dificuldades em pedir auxílio [...] não têm interesse em discutir opiniões ou aceitar opiniões sobre o*

*tratamento, é muito difícil abordar essas pessoas e chamar a atenção delas, saber se realmente querem ajuda, aderir e continuar o tratamento!!! Elas têm dificuldade em comparecer ao posto de saúde. Por um lado não chegam à unidade devido ao uso, não buscam auxílio, e quando vamos até eles, por meio da busca ativa, apresentam-se irritados e desconfortáveis com as consultas médicas, não querem receber a equipe [...] são violentos e não receptivos, em outros momentos, quando nos procuram no posto ficam envergonhados em contar seus problemas. Precisam de atenção maior, mais tempo conversando com eles. Pacientes dependentes químicos são os mais difíceis de lidar, mostram agressividade, devido às alterações causadas pelas drogas, não querem tratamento ou acompanhamento, e ainda não temos ajuda da família, pois percebemos que falta estrutura familiar para eles.*

### **DSC da Ideia Central B de médicos da ESF – Não capacitação profissional, necessidade de especialistas na ESF**

*Falta de treinamento para as ESF, os profissionais não recebem capacitação. Nos falta de treinamento! Como proceder com essas pessoas?! Como fazer que elas tenham acesso?! Necessitamos de habilidades teóricas e práticas. Não tem condição! Precisamos de psicólogos e assistentes sociais na atenção básica, em cada equipe [...] Precisa-se de profissionais especializados no assunto, como: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros com experiência no assunto. Pra mim, a principal dificuldade é a carência de profissionais especialistas no assunto, inseridos na ESF. Nos da atenção básica não temos manejo apropriado e experiência para o atendimento dessas pessoas, nem preparo psicológico! Não sabemos abordar o assunto com os dependentes, também queremos ajuda de psicólogos e assistentes sociais [...] Nos falta capacitação para saúde mental, ou outros programas relacionados ao tratamento*

*de usuários de drogas. Não sou especialista no tema, não tenho nem capacitação e nem gosto do tema. Essa é a explicação para minha dificuldade!*

### **DSC da Ideia Central C de médicos da ESF – Falta de estrutura e organização dos serviços**

*Na ESF falta de equipamentos de segurança e local adequado para prestar atendimento de urgência. Passamos por dificuldades estruturais nas unidades de saúde. Em resumo, não há espaço, tempo e material adequado para atendimento desses pacientes na atenção básica. Quanto ao CAPS, este possui péssimo funcionamento, trabalha com estrutura insuficiente para a demanda, o resultado é um acesso à consulta muito demorado. Falta de comunicação entre os CAPS / hospitais / atenção básica. Falta aproximação entre os serviços de saúde, não existe na prática uma referência e contra-referência [...] Não existe programação central a se seguir para combater a dependência química. É preciso formar um grupo para discutir isso!*

Tabela 7 - Síntese das ideias centrais de profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para a questão: “Em sua opinião, quais as dificuldades em dar atenção aos usuários de álcool e outras drogas?”.

IDEIAS CENTRAIS	ENFERMEIROS	%
A – Culpabilização da vítima.	21	28,77
B – Atendê-los representa um perigo.	9	12,32
C - Limitações do serviço.	23	31,5
D – Falta de capacitação.	20	27,41

Obs: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 49 respostas e a porcentagem de 100%, pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

### **DSC da Ideia Central A de enfermeiros da ESF – Culpabilização da vítima**

*Muitos pacientes não reconhecem a gravidade que representa a dependência química e acabam recusando o tratamento ou quando iniciam, não dão continuidade. Pra mim isso é falta de vontade do usuário para o tratamento. O paciente não aceita que tem uma doença, por isso não adere ao tratamento. São pessoas isolada e possuem horários incompatíveis com o da equipe, eles dormem muito e ainda são agressivos. Não procuram a unidade de saúde, o que é visto*

*pela ausência de demanda espontânea de dependentes e familiares aqui no posto.*

### **DSC da Ideia Central B de enfermeiros da ESF – Atendê-los representa um perigo**

*Atendê-los representa um perigo para nós profissionais, principalmente nas atividades de campo. Não me sinto segura em atender essa demanda. Eles já se envolveram em atos desvirtuosos, possuem um contexto sóciofamiliar que nos traz perigo, risco pessoal!*

### **DSC da Ideia Central C de enfermeiros da ESF – Limitações do serviço**

*Não temos estrutura física adequada para acompanhamento, falta logística aqui. Não existe espaço físico para reunião e discussão de caso. A busca ativa, quando existe, é ineficaz. Falta também, políticas pública específica e efetiva. Não vejo referencia e contra-referencia, por essas coisas não oferecemos suporte de acompanhamento a esses pacientes, nem inserimos entre os agravos a saúde trabalhados. Temos dificuldade de referenciar, existe apenas um CAPS AD em Teresina e quando precisam de internação, não existem leitos disponíveis. A rede de saúde articulada é inexistente. A rede de assistência social não nos ajuda. Falta apoio institucional, não existe ajuda de assistente social e psicóloga, muito menos um NASF e CAPS por perto para nos auxiliar. Não temos com quem e o que articular!*

### **DSC da Ideia Central D de enfermeiros da ESF – Falta de capacitação**

*Não temos capacitação para atuar com dependentes químicos. Não me sinto competente para isso, tenho pouca habilidade! Não recebemos capacitação para dar o devido acompanhamento a esses pacientes, precisamos*

*treinamento para toda a equipe e do apoio de profissionais habilitados para isso, um psicólogo, por exemplo.*

Tabela 8 - Síntese das ideias centrais de gestores municipais de saúde (diretores, coordenadores e gerentes) para a questão: “Em sua opinião, quais as dificuldades em dar atenção aos usuários de álcool e outras drogas?”.

<b>IDEIAS CENTRAIS</b>	<b>GESTORES</b>	<b>%</b>
A – Culpabilização da vítima.	4	36,36
B – Limitações do serviço.	7	63,64

Obs: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 7 respostas e a porcentagem de 100%, pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

### **DSC da Ideia Central A de gestores municipais de saúde – Culpabilização da vítima.**

*Falta aceitação do tratamento, do usuário se ver como dependente e doente para poder aderir ao tratamento [...] eles têm que entender que necessitam*

*de ajuda [...] que precisam de maior intervenção, de uma internação que muitas vezes é permanente.*

### **DSC da Ideia Central B de gestores municipais de saúde – Limitações do serviço**

*A referência e contra-referência em todo o serviço é bastante fragilizada. Precisa existir uma rede de atenção articulada que possibilite uma atenção integral ao usuário [...] O problema é que muitos profissionais não estão preparados [...] O vínculo entre profissional e usuário é indispensável, porém é um desafio! Há uma falta de conhecimento e preparo dos profissionais em assistir e detectar esse problema [...] Para prestar atenção a esse público é necessário o envolvimento da família, sociedade, setores públicos (educação, lazer, cultura, saúde e assistência social) [...] Temos dificuldades na detecção desses usuários na comunidade. Outro fator importante são os equipamentos de saúde em qualidade e quantidade que não existem para atender esses usuários, portanto, dificuldades logísticas operacionais.*

Em relação à questão aberta: “Muitos pacientes usuários de álcool e outras drogas podem estar sendo tratados no CAPS AD, em sua opinião, o que a Estratégia Saúde da Família faz para que isso ocorra?” todos os participantes da pesquisa responderam-na. Os dados estão representados nas tabelas 9, 10 e 11 a seguir.

Tabela 9 - Síntese das ideias centrais de profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família para a questão: “Muitos pacientes usuários de álcool e outras drogas podem estar sendo tratados no CAPS AD, em sua opinião, o que a Estratégia Saúde da Família faz para que isto ocorra?”.

IDEIAS CENTRAIS	MÉDICOS	%
A -. Faz ou deveria fazer?! / Serviço com limitações.	34	91,9
B – Fazemos o que deve ser feito.	3	8,1

#### **DSC da Ideia Central A de médicos da ESF – Faz ou deveria fazer?! / Serviço com limitações**

*Faz ou deveria fazer?! Faz muito pouco, realiza uma tentativa de suporte emocional. Encaminha ao psiquiatra e psicólogo. Quando o usuário procura o posto, programa faz a orientação e o direcionamento ao tratamento. Reconhece e encaminha pacientes para o tratamento no CAPS AD. O certo seria fazer busca ativa desses pacientes, manter uma estreita relação entre nós e eles enquanto usuários e também com a família, acompanha-los. Mas na prática o máximo que acontece, quando acontece, é a referência ao CAPS AD, um*

*acompanhamento através de consultas quando são marcadas e visitas, muitas vezes rápidas e não adequadamente planejadas. Acho que tudo deveria iniciar na atenção básica, e não é bem assim que acontece! Falta integração, referência e contra-referência entre os serviços. Se existe articulação, desconheço os trâmites!*

### **DSC da Ideia Central B de médicos da ESF – Fazemos o que deve ser feito.**

*A ESF é porta de entrada do SUS, aqui identificamos as pessoas que necessitam de auxílio, captamos esses pacientes através dos Agentes de Saúde e levantamentos do número de usuários dependentes em busca ativa, fazemos acolhimento da demanda que chega ao posto de saúde e a encaminhamos ao CAPS, somos treinados para isso. Fazemos o que deve ser feito! Conversamos com o paciente a fim de saber o que podemos fazer para melhorar seu estado de saúde. Orientamos! Trabalhamos na conscientização da importância de um adequado tratamento. São realizadas visitas periódicas, não somente ao paciente, mas também aos familiares, orientando todos em como lidar com esses casos. Prestamos toda a assistência necessária.*

Tabela 10 - Síntese das ideias centrais de profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para a questão: “Muitos pacientes usuários de álcool e outras drogas podem estar sendo tratados no CAPS AD, em sua opinião, o que a Estratégia Saúde da Família faz para que isto ocorra?”.

IDEIAS CENTRAIS	ENFERMEIROS	%
A - Apenas encaminhamento.	27	55,1
B – Serviço com limitações.	20	40,81
C – Não fazemos nada.	2	4,09

#### **DSC da Ideia Central A de enfermeiros da ESF – Apenas encaminhamento**

*Apenas encaminhamos. Quando eles nos procuram, ou a família, encaminhamos, pois o CAPS AD é o serviço mais especializado e os encaminhamentos da ESF são necessários para a inclusão do usuário lá no CAPS AD.*

### **DSC da Ideia Central B de enfermeiros da ESF – Serviço com limitações.**

*A ESF serve como ponte para o tratamento dos usuários no serviço especializado e quando é possível, diagnosticamos casos, encaminhamos e acompanhamos os pacientes e os seus familiares, através de orientações e visitas domiciliares. Quando somos informados, divulgamos as atividades terapêuticas do CAPS AD na comunidade. Prestamos toda a assistência que podemos prestar, mas temos muita dificuldade com a referência, falta comunicação com os usuários, com as famílias e com o CAPS AD. Eles são quase inexistentes, tem apenas um, muito distante, o que também dificulta que o paciente vá até lá.*

### **DSC da Ideia Central C de enfermeiros da ESF – Não fazemos nada.**

*Não fazemos nada. A ESF ainda não tem suporte suficiente para a realização desse atendimento. Nós não temos conhecimento técnico e prático do assunto.*

Tabela 11 - Síntese das ideias centrais de profissionais gestores municipais de saúde (diretores, coordenadores e gerentes) para a questão: “Muitos pacientes usuários de álcool e outras drogas podem estar sendo tratados no CAPS AD, em sua opinião, o que a Estratégia Saúde da Família faz para que isto ocorra?”.

IDEIAS CENTRAIS	GESTORES	%
A – Não há articulação entre CAPS AD e ESF.	1	14,29
B – Identificam, acolhem, encaminham e monitoram.	2	28,58
C – Limitações do serviço de saúde.	4	57,13

**DSC da Ideia Central A de gestores municipais de saúde – Não há articulação entre CAPS AD e ESF**

*Não conhecemos as estratégias de encaminhamento. Poucos encaminhamentos chegam ao CAPS AD oriundos da ESF.*

## **DSC da Ideia Central B de gestores municipais de saúde - Identificamos, acolhemos, encaminhamos e monitoramos**

*A ESF está mais próxima da comunidade, são responsáveis pela identificação e encaminhamento dos usuários no serviço [...] Identificam, acolhem, encaminham e monitoram.*

## **DSC da Ideia Central C de gestores municipais de saúde – Limitações do serviço de saúde**

*É uma temática difícil, envolve tabus e pré-conceitos. O acesso ao serviço não é tão fácil, devido à capacidade instalada, número de vagas insuficientes [...] A ESF algumas vezes encaminha o paciente, mas a maioria dos usuários que procuram atendimento no CAPS AD é por demanda espontânea [...] Alguns pacientes precisam da internação e lá no hospital também não há vaga. Infelizmente, um grande número de profissionais da ESF não sabe o que fazer com o usuário dependente no território, para onde encaminhar quando preciso, outros acreditam que dependentes químicos não necessitam de acompanhamentos pela ESF. É necessário bastante esforço para mudar essa realidade!*

Para questão aberta: “Os pacientes que retornam do CAPS AD, são acompanhados pela ESF? Como?” todos os participantes da pesquisa responderam-na. Os dados estão representados nas tabelas 12, 13 e 14 a seguir.

Tabela 12 - Síntese das ideias centrais de profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família para a questão: “Os pacientes que retornam do tratamento realizado no CAPS AD são acompanhados pela ESF? Como?”.

IDEIAS CENTRAIS	MÉDICOS	%
A – Não há acompanhamento / culpabilização externa a ESF.	3	8,1
B – Limitações do serviço.	34	91,9

**DSC da Ideia Central A de médicos da ESF – Não há acompanhamento / culpabilização externa a ESF**

*O CAPS AD é único e longe, poucos chegam até o CAPS e conseguem consulta, e dos que conseguem, poucos retornam a ESF. Se todos retornassem, com certeza, seriam acompanhados através de visitas e consultas nas Unidades de Saúde, onde seriam seguidas todas as orientações do serviço especializado, principalmente a continuidade das medicações e controle periódico dos exames.*

*Procura-se fazer o melhor, para eles e as famílias! Mas eles também não se interessam em serem tratados, não procuram o posto de saúde.*

### **DSC da Ideia Central B de médicos da ESF – Limitações do serviço**

*É bastante difícil acompanhá-los. Tentamos, mas não conseguimos. Há uma sobrecarga pelo imenso número de famílias por equipe, na maioria das vezes, os usuários dependentes de álcool e drogas nem são encaminhados para nós pelo CAPS AD. Não existe estrutura física e humana nem lá, nem aqui para atender a demanda existente. Não tem muita ligação entre os serviços. Os que ainda são acompanhados, é com dificuldade e com maior importância para as consequências físicas do abuso das substâncias. Vejo também, que há uma certa resistência de alguns profissionais em acompanhar usuários de drogas, seja por falta de capacitação da nossa parte ou por receio em lidar com essas pessoas.*

Tabela 13 - Síntese das ideias centrais de profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para a questão: “Os pacientes que retornam do tratamento realizado no CAPS AD são acompanhados pela ESF? Como?”.

IDEIAS CENTRAIS	ENFERMEIROS	%
A – Não existe contra-referência.	27	55,1
B – Quando há contra-referência, realiza-se acompanhamento.	22	44,9

#### **DSC da Ideia Central A de enfermeiros da ESF – Não existe contra-referência**

*Não. Até então, não existe contra-referência. Não somos avisados do retorno de nenhum paciente. O CAPS poderia tentar contato com a equipe, talvez isso melhorasse o fluxo. Tudo é dificultado, pois não recebemos contra-referência, nem um pape informandol, ligação do CAPS AD, nada! Os pacientes não são orientados pelo pessoal do CAPS AD a visitar a unidade de saúde.*

#### **DSC da Ideia Central B de enfermeiros da ESF – Quando há contra-referência, realiza-se acompanhamento**

*Quando tem dependente químico na minha área que retorna do CAPS AD faço acompanhamento, desenvolvo plano de assistência e intervenções. Acompanho por meio de visitas domiciliares, consultas, orientações sobre cuidados pessoais, medicação, exames e outros encaminhamento. Dentro da nossa capacidade, mesmo sem preparo, realizamos um atendimento visando integralidade da saúde do usuário.*

Tabela 14 - Síntese das ideias centrais de gestores municipais de saúde (diretores, coordenadores e gerentes) para a questão: “Os pacientes que retornam do tratamento realizado no CAPS AD são acompanhados pela ESF? Como?”

IDEIAS CENTRAIS	GESTORES	%
A – Não há acompanhamento.	3	33,33
B – Há acompanhamento, porém necessita de melhoras.	4	44,44
C – Há acompanhamento.	2	22,23

Obs: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 7 respostas e a porcentagem de 100%, pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

**DSC da Ideia Central A de gestores municipais de saúde – Não há acompanhamento**

*Não temos feedback da continuidade do tratamento na ESF, pois não existe protocolo integrado entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, não há referencia e contra-referência.*

**DSC da Ideia Central B de gestores municipais de saúde – Há acompanhamento, porém necessita de melhoras.**

*Em alguns casos os usuários são acompanhados pela ESF através de consultas e visitas domiciliares, em especial as acompanhadas pelo NASF [...] Muitos não recebem orientação adequada, seja do CAPS AD, seja da própria Estratégia e acabam voltando para a situação de dependência [...] Este ano estamos trabalhando muito para que haja um trabalho contínuo com esses usuários e aprofundando nessa questão de referência e matriciamento, porém falta muito para avançarmos!*

**DSC da Ideia Central C de gestores municipais de saúde – Há acompanhamento**

*Sim, há acompanhamento. Existe feedback entre CAPS e ESF, assim como uma boa articulação da rede [...] são acompanhados porque fazem parte do território de atuação da ESF.*

## 6 DISCUSSÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil vive um momento de construção de Redes de Atenção à Saúde, essas são formadas por um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Dentre elas, encontra-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que representa uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. Para entendê-la, é necessário um aprofundamento no que diz respeito à dinâmica das relações entre as diversas unidades que atendam os pacientes no sistema.

Nessa perspectiva buscou-se entender, mesmo que apenas em nível primário de atenção à saúde, a implementação da RAPS no município de Teresina - Piauí através das atitudes dos profissionais da ESF frente à demanda de usuários do SUS considerados dependentes químicos, assim como, por meio do conhecimento acerca do encaminhamento desses usuários ao CAPS AD, uma vez que refletir sobre os resultados encontrados poderá influenciar na assistência prestada, com a finalidade de melhorar os serviços oferecidos aos usuários.

Quanto a caracterização sócio-demográfica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município estudado, observa-se que, quanto ao gênero, em sua maioria (82,56%), corrobora com Tomasi et al. (2008) que apresentou 81% de profissionais do gênero feminino nas equipes de Programa de Saúde da Família para região Nordeste e com Costa et al. (2013) que encontrou 80% para esse mesmo gênero. Isso pode ser resultado do processo de feminização em saúde, explicado pelo aumento da concentração de profissionais do gênero feminino no setor saúde devido às condições econômicas e de escolaridade como foi estudado por Wermelinger et al., 2010.

Quanto à escolaridade, verificou-se que pouco mais da metade dos trabalhadores possui pós-graduação (59,3%), o que contrastou com os valores

apurados por Costa et al. (2013), que encontrou 85,3% dos entrevistados com pós-graduação. Já em relação ao tempo de atuação, os resultados encontrados 59,3%, voltam a corroborar com Tomasi et al. (2008) que demonstraram que a maioria dos profissionais que trabalham no PSF possuem acima de 6 anos de atuação.

Entendendo a dependência química como um problema de saúde pública complexo e multifatorial (Pratta e Santos, 2009), tem-se que para uma adequada assistência oferecida aos usuários de drogas é necessário por parte do profissional da saúde um preparo através de conhecimentos teóricos e práticos (Costa e Castro, 2001). Portanto, cabe aqui destacar a necessidade de uma formação profissional direcionada para o serviço público de saúde, em especial para atuação na ESF, por meio de reformulação de currículos acadêmicos, permitindo ao futuro profissional da saúde conhecer e vivenciar a prática em saúde pública, assimilando os princípios do Sistema Único de Saúde e a importância de um modelo de assistência preventivista, em vez de um biomédico (De Marco, 2006 e Ronzani, 2007). Frente a profissionais já em atuação em suas categorias, ressalta-se a política de educação permanente em saúde, a fim de que à sua experiência de atuação possam ser somados novos conceitos, assim como novas práticas, no sentido de aprimorar o trabalho em saúde (Lopes, 2007 e Silva et al., 2010).

Outros fatores, como o tempo de atuação profissional podem influenciar na assistência oferecida aos usuários do SUS, visto que, segundo a literatura, espera-se que quanto maior for o tempo de atuação na equipe, maior seja o fortalecimento da relação de vínculo entre profissional e usuário/comunidade, fator esse que é ponto primordial da Atenção Primária à Saúde, enquanto sua representação pela Estratégia Saúde da Família (Gomes e Sá, 2009; Baratieri e Silva Marcon, 2011 e 2012).

Em relação aos sentimentos ao lidar com pacientes com problemas relacionados ao abuso/dependência de drogas na ESF por gênero, categoria profissional, tempo de atuação na ESF e escolaridade, há a predominância de

tristeza, desconforto, compaixão, insegurança, medo e receio; dados esses que corroboram com os achados na literatura referentes às dificuldades apresentadas pelos profissionais da saúde em assistir e atender pacientes da demanda de usuários de álcool e outras drogas (Nunes et al., 2007 & Branco et al., 2013), assim como aos sentimentos negativos relacionados à assistência a essa demanda (Barros, 2006).

Quanto ao acompanhamento do encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas exposto, observou-se que apenas 2,94% dos pacientes que deram entrada ao CAPS AD foram encaminhados pela ESF e que a procura feita por demanda espontânea, família e amigos, juntas, chegaram a um valor de 53,3%, mostrando que para esse estudo a ESF não articula com o CAPS AD o encaminhamento de pacientes demandados do uso de álcool e outras drogas.

Tal constatação corrobora com o estudo de Pereira (2011) onde uma avaliação do trabalho realizado pela ESF, frente a esta demanda, é mencionada como necessária, a fim de ocorrer um estabelecimento de parcerias entre ESF e CAPS. Reflete-se nesse aspecto, portanto, sobre a realização de ações resolutivas da vigilância em saúde, a fim de se possa controlar possíveis problemas que estejam prejudicando que a assistência aos usuários ocorra da maneira que se é preconizada. Cabe também destacar Delfini e Reis (2012) que expõem obstáculos para efetiva articulação entre os serviços da ESF e do CAPS, mencionado que a lógica existente é a do encaminhamento em contexto de desresponsabilização. Referente ao contexto de utilização de serviços de saúde, trabalhos mostraram que para Teresina - PI se deslocam pessoas vindas de diversos estados do Norte e Nordeste do Brasil em busca de serviços de saúde, chegando a representar 40% do atendimento médico dos hospitais públicos da capital (Lopes et al., 2010). Em razão de sua localização, a capital tornou-se o centro de referência em saúde, por esse motivo, nos últimos anos, tem-se destacado regionalmente (Carvalho et al., 2012). Essas afirmações levantam duas hipóteses, a primeira é que o CAPS AD não articula com a rede de saúde local e a até ele.

Outro aspecto importante é a existência de vários pontos emissores de referência ao usuário de drogas para o CAPS AD, fator que vai de encontro à implementação da RAPS, uma vez que ela defende uma articulação organizada entre Sistema Único de Saúde, rede comunitária local e o Sistema Único de Assistência Social (Brasil, 2014c).

Diante da carência de estudos que tenham avaliado a assistência oferecida a usuários dependentes químicos no SUS, bem como, a articulação entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, esta pesquisa procurou investigar a percepção dos profissionais da área da saúde (Profissionais da ESF e Gestores Municipais de Saúde), quanto ao processo de trabalho em equipe inserida em um sistema de saúde com definidos pontos de atenção.

Os discursos de gestores e profissionais revelaram que para a realização de uma atenção integral aos usuários do SUS, em especial demanda de dependentes químicos, é necessário uma estruturação, organização e articulação dos serviços, assim como também, capacitação aos profissionais para atuar adequadamente frente à dependência química. Essas percepções refletem na assistência aos usuários uma vez que, a falta de organização dos serviços em seus diferentes níveis de atenção (Mendes, 2011), de capacitação técnica para atuação profissional e a insatisfação com sua atividade laboral, geram no profissional insegurança ao se trabalhar em comunidade (Oliveira e Spiri, 2006; Camelo e Angerami, 2008). Portanto, a capacitação de recursos humanos em saúde é algo essencial na minimização de dificuldades individuais e coletivas em uma atuação interdisciplinar (Santos e Coluto, 2003).

O que até aqui foi exposto é oriundo de uma pesquisa que por ter sido transversal, contou com algumas limitações; em especial, a perda relacionada a taxa de resposta, principalmente da categoria médica, fato justificado pelo não cumprimento da carga-horária pelos profissionais, assim como pela falta de disponibilidade em participar de estudos, essa realidade negativa foi visualizada durante o estudo piloto e fez com que as pesquisadoras adotassem a estratégia

de retornar às unidades de saúde onde em primeira visita não foi encontrado profissional. Como aspectos positivos do estudo piloto, menciona-se a familiarização das pesquisadoras com os instrumentos e o público alvo do estudo, assim como, o ensinamento do manejo para com os profissionais de saúde, ao que diz respeito, o conhecimento de horário de presença deles nas unidades, abordagem oral explicativa sobre o estudo, segundo uma perspectiva que poderia obter o maior número possível de questionários respondidos pelos profissionais. Tais fatores expostos otimizaram o tempo da coleta, porém que não foram suficientes para um aumento na aceitabilidade à pesquisa.

## 7 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo foi possível identificar as atitudes dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina-PI frente ao tema da dependência química, bem como, conhecer o referenciamento dos usuários de álcool e outras drogas ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Ficou claro que a Rede de Atenção Psicossocial da capital piauiense possui, quanto à sua implantação e funcionamento, características que não correspondem ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, portanto, a presente pesquisa levou às reflexões sobre como as atitudes dos profissionais – médicos e enfermeiros – da ESF podem estar influenciando a assistência prestada ao usuário do SUS com problemas de dependência química, tanto em aspectos referentes somente à Atenção Primária à Saúde, quanto aos relacionados com o referenciamento desses indivíduos ao CAPS AD em uma perspectiva de Rede de Atenção à Saúde.

Tais constatações são de interesse não somente dos trabalhadores da ESF, como também da sociedade e da gestão de saúde que poderá com esses dados trabalhar a partir da discussão de resultados com os atores envolvidos nesse problema relevante de saúde pública, com a finalidade de se aprimorar a assistência prestada ao público usuário de álcool e outras drogas, porém, faz-se necessário a continuidade desse estudo, com a intenção de se aprofundar em outros aspectos relacionados à questão levantada como hipótese.

## REFERÊNCIAS\*

Aalto M, Pekuri P, Seppa K. Primary health care professional activity in intervening in patients alcohol drinking: a patient perspective. *Drug and Alcohol Dependence*. V.66. p. 39-43, 2002.

Alverga, A. e Dimenstein, M. Salud Mental em la atención básica. Construyendo la integralidade em el Sistemas Único de Salud em Brasil. *Revista Alternativas em Psicología*, México, p.67-77, 2005.

Araújo D, Miranda MCG, Brasil, SL. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*.v.31, Supl.1, p.20-31 jun. 2007.

Baratieri T, Marcon S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery Rer Enferm*. 2011 Oct-Dec; 15(4):802-10.

Baratieri T; Silva Marcon S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 21, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 549-557.

Barbosa JL. Estudos de substâncias psicoativas. In *Prevenção à dependência química - Cassiano Zeferino de Carvalho Neto ... [ et al. ] ; organização de Maria Taís de Melo ; coordenação de Caio Monteiro de Melo ... [ et al. ]. – 2. ed. – Palmas : Editora UNITINS, 2011. p. 17-30.*

---

\*De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Barros MA. Os profissionais do Programa Saúde da Família frente ao uso, abuso e a dependência de drogas [dissertação]. Ribeirão Preto: USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006.

Barros MA, Pillon SC(a). Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):261-6.

Barros MA, Pillon SC(b). Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 655 – 62.

Branco FMFC, Jesus Sobrinho LB, Sousa LM, Pereira TL, Medeiros JM, Silva Junior FJG et al. Atuação da equipe de enfermagem na atenção ao usuário de crack, álcool e outras drogas. J Health Sci Inst. 2013;31(2):161-5.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil(a). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil(b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção

psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. Política Nacional Sobre Drogas. Resolução Nº 3/GSIPR/CH/CONAD, 2005.

Brasil(a). Lei n. 11.343 de 23 de agosto de 2006: institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2008.

Brasil(b). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Esplanada dos Ministérios. Brasília, 2008.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009.

Brasil(a). Ministério da Saúde. Portaria Nº4279: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Gabinete do Ministro, 2010.

Brasil(b). Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas

sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP; organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 3088: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Gabinete do Ministro, 2011.

Brasil(a). Ministério da Saúde. Portaria N° 131: Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Gabinete do Ministro, 2012.

Brasil(b). Ministério da Saúde. Portaria N° 132: Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Gabinete do Ministro, 2012.

Brasil(c). Ministério da Saúde. Portaria N° 148: 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. Brasília: Gabinete do Ministro, 2012.

Brasil(d). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 34.

Brasil(a). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1 – SUPERA – 5. Ed. – Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

Brasil(b). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Atenção integral na rede de saúde: módulo 5 – SUPERA – 5. Ed. – Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

Brasil(c). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. O Sistema Único de Assistência Social e as redes comunitárias: módulo 7 – SUPERA – 5. Ed. – Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

Camatta MW. Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. Ciênc. Cuid. Saúde. 2008; 7(1): 45-52.

Campos CJG. O atendimento de enfermagem ao alcoolista em pronto socorro geral: conceitos, sentimentos e práxis. In: Luis MAV. Organizador. Programa e Resumos do 6º encontro de pesquisadores de saúde mental e 5º encontro de

especialistas em enfermagem psiquiátrica. Ribeirão Preto: FIERP/EERP/USP/FAPESP, 2000.

Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero, AVP, organizadores. Manual de Práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

Campos GWS e Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

Carvalho AMO, Paixão AM, Oliveira EL, Oliveira LFL, Leal MR, Ferreira MAS et al. Diagnóstico da atuação das pensões nos serviços de saúde em Teresina-PI. Revista Inova Ação, Teresina, v. 1, n. 1, art. 2, p. 15-30, jan./jun. 2012.

CFM - Conselho Federal de Medicina. Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente do uso do crack. Brasília: CFM. [Acesso 2013 out 8] Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/cartilhacrack2.pdf>.

CNM – Confederação Nacional de Municípios. Observatório do Crack: a visão dos municípios brasileiros sobre a questão do crack. [acesso 2011 dez 4]. Disponível em: [http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/07112011\\_EstudoTecnicoColetivadoCrack\\_versao\\_Final.pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/07112011_EstudoTecnicoColetivadoCrack_versao_Final.pdf).

Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(27):90-6.

Departamento de Atenção Básica (DAB). Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Município - TERESINA/PI Competência: Setembro de 2013 a Outubro de 2013. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

Delfini PSS, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(2):357-366, fev, 2012.

De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 30, nº 1, jan/abr, 2006.

Dimenstein, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC. Ano IV – n. 6 junho p. 69-84, (2006).

Farias FLR, et al. Cuidado de enfermagem ao dependente químico. In: Programa e Resumos do 6º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 5º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 2000. 17 a 20 abril; Ribeirão Preto; SP. Ribeirão Preto: FIERP-EERP/USP-FAPESP; 2000.

Ferreira O, Luis MAV. Levantamento da opinião de uma equipe de enfermagem de hospital psiquiátrico à respeito do uso e abuso de álcool e drogas e dos usuários dessas substâncias. In: Luis MAV. Organizador. Programa e Resumos do 6º encontro de pesquisadores de saúde mental e 5º encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica. Ribeirão Preto. FIERP/EERP/USP/FAPESP, 2000.

Figueiredo MD, Onocko Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 129-138, 2009.

Fiúza TM, Miranda AS, Ribeiro MTAM, Pequeno ML, Oliveira PRS. Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. *Rev bras med fam comunidade*. Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 6(18): 32-39.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre os estudantes do 1º e 2º graus de 10 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID, 1997.

Galduróz JCF. Uso e abuso de drogas psicotrópicas no Brasil. *Revista IMESC* nº 3, 2001. p. 37-42.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 setembro-outubro; 13 (número especial):888-95.

Giovanella L, Mendonça MMH. A tensão primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVL, Noronha JC, Carvalho AI. Organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. P.575-626.

Gomes ALL, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 43(2): 365-72, 2009.

Gonçalves AM. Cuidado diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família [tese]. Ribeirão Preto: USP/Escola de Enfermagem, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Artigos e publicações. Brasília: IBGE [acesso 2012 Aug 30]. Disponível em: <http://artigos.ibge.gov.br/>

Lavras CCC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Ibanez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2006; 10(20):517-524 [acesso em 2010 Nov 18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>.

Lemos DCR, Silva DB, Gesses W, Nascimento RF. A saúde mental em Teresina e sua prática na Fundação Municipal de Saúde. In: Rosa LCS, organizadora. Panorama da Assistência Psiquiátrica no Piauí. Teresina; EDUFPI, 2005. p. 137-156.

Lemos T. Aspectos psicossociais da dependência química. . In Prevenção à dependência química - Cassiano Zeferino de Carvalho Neto ...[ et al. ]; organização de Maria Taís de Melo ; coordenação de Caio Monteiro de Melo ... [ et al. ]. – 2. ed. – Palmas : Editora UNITINS, 2011. p. 31-35.

Lopes DCT. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: notas cartográficas sobre processo de trabalho em saúde [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.

Lopes FRA, Porto FRC, Marques PS, Macedo EM, Ferreira RC. Turismo de saúde em Teresina-PI: Um estudo introdutório acerca da qualidade dos serviços ofertados na rede hospitalar privada do bairro central da capital. [acesso 2013 jun 22]. Disponível em:

<http://www.partes.com.br/turismo/rocelestino/turismodesaude.asp>

Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Comum. Ciênc. Saúde* 18(2): 147-155, abr-jun, 2007.

Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DC, Duarte, EA, Sardinha LM, Barreto SM et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1) Supl.: 136-46.

Martins ERC, Corrêa AK. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. V.12. p. 398-405, marc-abr, 2004 (número especial).

Martins MCC, Souza Filho MD, Santos TL, Sousa LG, Carvalho ILNF, Silva RO et al. Uso de drogas psicotrópicas entre os estudantes de uma universidade pública. *Brasília Med* 2012;49(3):150-157.

Mendes, EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

Merhy, EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

Miranda L, Onocko-Campos RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1153-1162, jun, 2010.

Monteiro CFS, Araújo TME, Sousa CMM, Martins MCC, Silva LLL. Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3):344-8.

Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(3):784-95. [acesso 2013 out 19] Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>.

Muniz JA, Reichel GG, Neves EB. Atendimento ao dependente químico na Estratégia Saúde da Família. REVISTA UNIANDRADE v.11/n.02,p.55-67.Julho – Dezembro 2010.

Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2375-2384, out, 2007.

OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.

OMS(b). Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014.

Onocko-Campos R, Gama C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: Campos GWS, Guerrero, AVP, organizadores. Manual de Práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

Oliveira EM, Spiri WC. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(4): 727-33.

Passamani MC. A reforma da assistência psiquiátrica no Piauí: representações sociais construídas pelos gestores e trabalhadores de saúde mental [dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2005.

Pereira MM. As ações do Programa de Saúde da Família na promoção da saúde dos dependentes químicos. [acesso 2011 dez 29]. Disponível em: [http://www.faculdadeeficaz.com.br/?c=revista\\_eficaz](http://www.faculdadeeficaz.com.br/?c=revista_eficaz).

Pillon SC. O uso de álcool e a educação formal dos enfermeiros [tese]. São Paulo: UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, 2003.

Pinho PH, Oliveira MAF, Vargas D, Almeida MM, Machado AL, Aranha e Silva AL et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(Esp 2):1261-6.

Pratta EMM, Santos MA. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 203-211.

Rassol GR. Substance use and misuse one preoccupation of everybody: the responses of health care professional. In: Luis Villar MA. Uso do álcool e drogas. Ribeirão Preto: USP. FIERP/EERP/FAPESP, 2005.

Reyes NP, Luis M. Atitude da enfermeira de um complexo hospitalar em relação ao paciente alcoólico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v.12,p.420-426,mar-abr.2004.(Número Especial).

Ronzani, TM. A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças?. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2007, vol.31, n.1, pp. 38-43.

Rosa LCS. Retrospectivas do impacto da Reforma Psiquiátrica no Piauí. In: Rosa LCS, organizadora. *Panorama da Assistência Psiquiátrica no Piauí*. Teresina: EDUFPI, 13-41p.

Rosa LCS. *O Nordeste na Reforma Psiquiátrica*. Teresina: EDUFPI, 2006.

Samet JH, O'Connor PG, Stein MD. *Clínicas médicas da América do Norte: abuso de álcool e de outras drogas*. Rio de Janeiro: Interlivros. 9ed. 1997. 327p.

Santana ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre os pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade* 10(1):33-53, 2001.

Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no programa de saúde da família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2003; 32(4):65-74.

Schneider D R, Lima D S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *.Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, pp. 168-178, abr./jun. 2011.

Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schimidt SMS. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora Porto Alegre: Rev. Gaúcha Enferm: 31(3): 557-61, set, 2010.

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2753-2762, 2011.

Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):139-148, 2009.

Souza AC, Rivera FJU. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Rev Tempus Actas Saúde Colet. 2010;4(1):105-14.

Spricigo JS, Alencastre MB. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas – um estudo em Biguaçu-SC. Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(número especial):427-32.

Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S193-S201, 2008.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. Vienna: 2012.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. Vienna: 2013.

Vargas D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao paciente alcoolista [dissertação]. Ribeirão Preto: USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2001.

Vargas D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 1028-34.

Vargas D, Luis MAV. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2008 maio-junho; 16(especial).

Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Esc Anna Nery (impr.)2013 jan -mar; 17 (1):133 – 141.

Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés NMN. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. Revista Divulgação em Saúde para Debate, No.45 maio 2010, Rio de Janeiro, pp54-70.

WHO - World Health Organization. Reducing risks, promoting healthy life: Geneva (Swi): WHO; 2002.

# ANEXOS

## ANEXO I

13/2/2014 Comitê de Ética em Pesquisa - Certificado

 **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS** 

**CERTIFICADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Dependência química: descrição das atitudes dos profissionais da estratégia saúde da família e da procura dos serviços de CAPS AD pelo usuário de drogas**", protocolo nº 063/2013, dos pesquisadores Brunna Verna Castro Gondinho, Elaine Pereira da Silva Tagliaferro e Luciane Miranda Guerra, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 09/10/2013.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Chemical dependency: a description of the attitudes of professionals family health strategy and the demand for services from CAPS AD by drug user**", register number 063/2013, of Brunna Verna Castro Gondinho, Elaine Pereira da Silva Tagliaferro and Luciane Miranda Guerra, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 10/09/2013.

  
**Prof. Dr. Felipe Bevilacqua Prado**  
Secretário  
CEP/FOP/UNICAMP

  
**Profa. Dra. Livia Maria Andalo Tenuta**  
Coordenadora  
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como firmado pelos pesquisadores, sem qualquer validação.  
Notice: The title of the project appears unsigned by the authors, without editing.

<http://www.fop.unicamp.br/cep/sistema/certificado.php?Protocolo=063/2013&Id=2018&Passo=2&DataPar=2013-10-09> 1/1

## ANEXO II



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr.(a),

Convidamos você a participar da nossa pesquisa: "Dependência química: descrição das atitudes dos profissionais da estratégia saúde da família e da procura dos serviços de CAPS AD pelo usuário de drogas". As informações contidas neste documento serão fornecidas pelos pesquisadores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp: Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra, Profa. Dra. Elaine Pereira da Silva Tagliaferro e aluna de pós-graduação, Brunna Verna Castro Gondinho para convidar e firmar acordo consentimento livre e esclarecido, através do qual você autoriza a sua participação na pesquisa, com total conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre-arbítrio e livre de qualquer coação, podendo desistir quando quiser. A sua colaboração, através de autorização e concordância em participar, é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias e que não haverá ônus a sua pessoa.

#### **Pesquisadores responsáveis:**

A qualquer tempo (antes e durante a pesquisa), se você desejar mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para:

**Brunna Verna Castro Gondinho (Orientada)**

Tel: 86 32325654 / 86 99947118  
End: Rua Dep. João Carvalho, 5378.  
CEP: 64053-130, Santa Isabel, Teresina, PI.  
bvernagondim@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3960499754358231>

**Prof. Dra. Luciane Miranda Guerra (Orientadora)**

Tel: 19 21065200  
End: Av Limeira, 901 cx postal 52  
13914-903 Piracicaba – SP  
aleoulu@terra.com.br  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2028509743298298>

**Justificativa:**

Dificuldades da equipe de estratégia de saúde da família em relação ao manejo com os pacientes usuários de álcool e outras drogas são relatadas pela literatura (Pillon, 2003; Vargas, 2001; Gonçalves, 2002 e Silva, 2005). Sabe-se também, que os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS AD), lugares de tratamento dos dependentes químicos, precisam, para seu bom funcionamento e efetividade, do vínculo entre usuário e profissionais dentro e fora desses centros de atenção (Miranda, 2010) levando a crer que uma articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é algo interessante para o fortalecimento da política de saúde mental e enfrentamento da dependência química.

**Objetivo:**

Identificar as atitudes dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Teresina – PI, Brasil, frente ao tema da dependência química, bem como conhecer o referenciamento dos usuários de álcool e outras drogas ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

## **Descrição da pesquisa:**

### **Metodologia**

- Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, você será considerado voluntário. Você não deve se sentir obrigado a assinar nenhum documento e pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessário.
- Para participar da pesquisa, você usuário do CAPS AD do município de Teresina, Estado do Piauí, Brasil; deverá autorizar que suas informações pessoais, bem como de saúde e de referenciamento pelo sistema de saúde do município, sejam coletadas, através do preenchimento de um formulário específico da pesquisa, para que possam ser usadas pelos pesquisadores durante a pesquisa. As respostas ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora principal e você terá garantia de sigilo em relação às respostas emitidas.

### **Possibilidade de inclusão em grupo controle/placebo**

Não haverá grupo controle e placebo neste estudo.

### **Métodos alternativos para obtenção da informação**

Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

### **Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis**

Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa. Não haverá desconfortos para os participantes durante a pesquisa.

### **Descrição dos benefícios e vantagens diretas ao voluntário**

Como benefício, o paciente estará contribuindo com uma pesquisa científica que visa melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade.

### **Forma de acompanhamento e assistência ao sujeito**

Os pesquisadores responsáveis acompanharão os sujeitos e darão assistência durante a pesquisa ou quando você solicitar resolverá problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

### **Forma de contato com a pesquisadora e com o CEP**

Para entrar em contato com os pesquisadores:

Você terá contato direto com os pesquisadores Brunna Verna Castro Gondinho (86) 99947118, bvernagondim@hotmail.com, Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra

(Orientadora) - Tel: (19) 21065200. End: Av Limeira, 901 cx postal 52 - 13914-903 Piracicaba – SP aleoulu@terra.com.br.

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, situado na Av. Limeira, 901 CEP:13414-903, Piracicaba-SP, Fone/Fax: (19) 2106-5349; e-mail: cep@fop.unicamp.br; site: www.fop.unicamp/cep.

### **Garantia de esclarecimentos**

Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos. Os pesquisadores também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do estudo.

### **Garantia de recusa à participação ou saída do estudo**

Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da Resolução 466/2012 do CNS do Ministério da Saúde. Caso deixe de participar do estudo por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição.

### **Garantia de sigilo**

Nós, os pesquisadores, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

### **Garantia de ressarcimento**

Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto a pesquisa será realizada em horário onde o usuário estará na unidade de saúde para trabalho, após a realização do mesmo, e, portanto, você não terá gastos para participar da pesquisa.

### **Garantia de indenização e/ou reparação de danos**

Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não haverá indenização previsível. Caso ocorra algum imprevisto, ficam os pesquisadores responsáveis

em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

**Cópia do Termo de consentimento:**

Você está recebendo duas cópias deste Termo uma é sua e a outra deverá ser assinada e devolvida.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde de nossa população.

Atenciosamente,

*Brunna Verna Castro Gondinho e Luciane Miranda Guerra.*

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_, certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pela pós-graduanda Brunna Verna Castro Gondinho, pesquisadora responsável na condução da pesquisa. Estou plenamente de acordo e aceito participar desta pesquisa "Dependência química: descrição das atitudes dos profissionais da estratégia saúde da família e da procura dos serviços de CAPS AD pelo usuário de drogas.". E recebi uma cópia desde documento.

Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Pesquisadora:

**ATENÇÃO:** Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP: Av. Limeira, 901-CEP13414-900-Piracicaba-SP.

Telefone/fax: 19-21065349, email: [cep@fop.unicamp.br](mailto:cep@fop.unicamp.br) Web site:www.fop.unicamp

## ANEXO III



Estado do Piauí  
 Prefeitura Municipal de Teresina  
 Fundação Municipal de Saúde de Teresina - FMS

### Coordenadoria Regional Leste/Sudeste

N.º	SETOR	ENDEREÇO	TELEFONE
01	Coordenadoria Regional de Saúde Leste/Sudeste	Av. Presidente Kennedy, 570, São Cristóvão	3215-7900 3215-7901 3215-7902 3216-1517
02	Hospital Maternidade do Satélite <sup>8</sup> (MATERNIDADE)	Rua Rotary Club, S/N Satélite Cep 64.056-710	3215-9203 3215-9204 3215-9205
03	Hospital do Dirceu Arcoverde II <sup>8</sup> -Dr. Alberto Neto	Quadra 250, casa 50 Dirceu II Cep 64.076-410	3215-9206 3215-7893 3215-9222
04	Maternidade do Wall Ferraz <sup>8</sup> (MATERNIDADE)	Praça dos Correios (Pç. do Trabalhador) S/N Dirceu II	3215-9210 3215-7894 3215-9211 3215-7897
05	USF Alto da Ressurreição	Rua Alto Piauí, 7013 Alto da Ressurreição Cep 64.090-020	3215-9218
06	USF Bom Samaritano (NOVAFAPI)	Rua Vitorino Ortigett Fernandes, 6123, Pl. Uruguai	3231-3124 9992-6912 Enf. Célia
07	USF Boquinha – Dr. Manoel Leôncio	Povoado Boquinha Cep 64.001-970	3222-1259 (pub.)
08	USF Centro Social do Satélite (Antigo DAMAS)	Rua Telegrafista Sebastião Portela, S/N, São João	3216-8802

09	USF Cacimba Velha – Dr. Lineu C. Araújo	Povoado Cacimba Velha	3215-9223
10	USF Coroatá	Povoado Coroatá	3222-1243(pub.) Enf. Isabel 9989-8330
11	USF Dirceu I (1)	Q. 77, Casa 12, Dirceu I	-
12	USF Dirceu II (2)	Q. 270, Casa 20, Dirceu II	-
13	USF Dirceu II (3)	Q. 289, Casa 04, Dirceu II	-
14	USF Dirceu II (4)	Q. 173, Casa 17, Dirceu II	-
15	USF Nossa Senhora da Guia	Rua Vereador Emílio Omatti, 2010 Beira Rio Cep 64.089-000	3215-9219
16	USF Novo Horizonte – Dr. Ivan Sobral V. A. Filho	Rua Santo Estevão, 4217 Próx. À Assembléia de Deus Cep 64.079-400	3215-9209
17	USF Piçarreira	Av. João Antonio Leitão, 4661 Piçarreira Cep 64.055-400	3215-9216
18	USF Planalto Ininga	Rua Esperantina, 2312 Planalto Ininga Cep 64.052-500	3215-9217
19	USF Planalto Uruguai	Rua 1, 6955 Planalto Uruguai Cep 64.011-010	3215-9202
20	USF Raimunda Soares de Oliveira	Rua 06, 4450 Residencial Firmino Filho Parque Poty Cep 64.085-520	3215-9225
21	USF Renascença – Dr. Reginaldo M. Castro	Av. Pedro Teixeira, 4722 Renascença Cep 64.073-740	3215-9208
22	USF Santa Luz – Dr. Guiomar Carvalho	Povoado Santa Luz	3215-7873

		Socopo Cep 64.067-990	
23	USF Santa Teresa – Dirceu Arcoverde	Povoado Santa Teresa PI 113, Km 11 Cep 64.058-990	3215-9212
24	USF Satélite	Rua Talma Iran Leal, 4064 e 4676	-
25	USF Soinho – Dr. Alberto Monteiro	Povoado Soinho	3215-9224
26	USF Todos os Santos	Estrada da Usina Santana, 6133	3215-9207
27	USF Usina Santana – Dr. Gil Martins	Estrada da Usina Santana, 1157	3215-9200
28	USF Vila Bandeirante	Rua Dom Bosco, 4141 Vila Bandeirante Cep 64.056-810	3215-9201
29	Posto de Saúde Estaca Zero	Povoado Estaca Zero	Dr.ª Remédios 9986-4745
30	USF Deus Quer	Quadra 07, casa 01 Residencial Deus Quer Cep 64.95-010	3235-9262
31	USF Redonda	Rua Serra Grande, quadra G, casa 04 Redonda Cep 64.089-000	3231-1438
32	USF Santa Bárbara	Rua São Paulo, 7655 Bairro Santa Bárbara	3234-2069
33	USF Taquari	Quadra A, casa 7 Conjunto Taquari Cep 64.057-020	3231-4879
34	USF Parque Flamboyant	Rua Leônidas Alves, 3999 Parque Flamboyant	3235-4171
35	USF São João	Rua Cel. Belisário da Cunha, 478 B. São João	3234-7843
36	USF Res. Sol Nascente	Quadra G, casa 04, Dirceu Arcoverde	-

37	CAPS II	Rua Dirce Oliveira, 1516, Ininga	3216-3967
38	CAPS Sudeste	Casa 07, Quadra 102, Dirceu I	-



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Municipal de Saúde de Teresina - FMS

Coordenadoria Regional Centro/Norte

N.º	SETOR	ENDEREÇO	TELEFONE
01	Coordenadoria Regional de Saúde Centro/Norte	Rua Felix Pacheco, 1430, Centro	3215-7738 3215-7739 3215-7740
02	Centro Integrado Lineu Araújo	Rua Magalhães Filho, 152, Centro/Sul	3221-5141 (CEO I) 3215-9131 / 3215-4344
03	US Buenos Aires* (MATERNIDADE)	Rua Castelo do Piauí, S/N, Av. Jerumenha	3215-9176 3215-9178 3215-7790 (FAX) 3215-9180
04	US Buenos Aires	Rua Manoel Teodoro, 4684, Buenos Aires	3216-6271
05	US Dr. Oséas Sampaio – Matadouro*	Rua Rui Barbosa, 3426	3215-9147 3215-9148 FAX: 3215-7774
06	US Primavera*	Av. Duque de Caxias, S/N, Primavera	3215-9174 3215-9175 3215-7795 3215-7995
07	USF Adelino Matos	Rua Boa Esperança, Vila São Francisco	3215-9189
08	USF Água Mineral	Rua Tenente Luiz Símplicio, S/N	3215-9173
09	USF Anita Ferraz	Rua Jandira, S/N, Pedra Mole	3215-9220

10	USF Bela Vista Rural	Povoado Bela Vista	3211-1222 3211-1498(PÚBLICO)
11	USF Boa Hora	Povoado Boa Hora	3238-1017
12	USF Campestre Norte	Povoado Campestre Norte	3238-2013 / 9991-0044
13	USF Cecy Fortes	Av. Jacob Almeida, 650	3215-9122
14	USF Chapadinha	Povoado Chapadinha	3211-1170 / 3211-6959
15	USF Cidade Jardim	Rua Pedrinhas, 7640	3231-6480
16	USF Cidade Verde (CLIMUR)	Rua Amazonas, 1374, Mafuá	3221-0342
17	USF Dois Irmãos	PI 112, Km 14, Povoado Dois Irmãos	3215-7927
18	USF Mafrense	Rua Rui Barbosa, S/N	3215-9171
19	USF Mama Mia	PI112, Km 9	3215-9226
20	USF Memorare	Rua Isaac Irineu, 3012 e 3018, Memorare	3215-9177
21	USF Monte Verde	Av. Amadeus Paulo, S/N	3215-9172
22	USF Parque Wall Ferraz	Av. Espigão, S/N	3215-9195
23	USF Nova Brasília	Rua Anísio Pires, S/N	3215-9146
24	USF Poty Velho	Rua Cedro, S/N	3215-9170
25	USF Santa Maria da Codipi	Rua Raimundo Dorotéia, S/N	3215-9196
26	USF Vila do Avião / Meio Norte	Av. Santa Teresinha, 1382	3215-9213
27	USF Mariano Mendes (Monte Alegre)	Av Amadeus Paulo S/N, Monte Alegre	3215-9172
28	USF Nova Teresina	Quadra 11, casa 05, Nova Teresina	3231-6746
29	Centro de Convivência da 3ª Idade	Rua Magalhães Filho, S/N, Centro/Norte	3215-9100
30	CAPS II	Rua Pernambuco, 904, Pirajá	3213-2080
31	Centro de Fisioterapia	Rua Primeiro de Maio, 3006	3215-7708
32	USF Cidade Jardim	Quadra 12, casa 01, Res. Pedra Mole, Cidade Jardim	3231-6480
33	USF Mocambinho	Casa 42, Quadra 34, Setor A, Mocambinho II	

34	Centro de Especialidades Odontológicas – CEO II	Rua Clodoaldo Freitas, 700, Centro/Norte	3221-9778
35	Hospital Mariano Castelo Branco - Santa Maria da CODIPI *	Al. Francisco Nogueira, S/N, Santa Rosa	3215-1151 3215-1188 3215-1189 3215-9196



Estado do Piauí  
 Prefeitura Municipal de Teresina  
 Fundação Municipal de Saúde de Teresina - FMS

**Coordenadoria Regional Sul**

N.º	SETOR	ENDEREÇO	TELEFONE
01	Coordenadoria Regional de Saúde Sul	Av. Barão de Gurguéia, 2913, Pio XII	3229-3193 3215-9283 3229-3445
02	US Monte Castelo*	Rua Antonio Cavour de Miranda, 357	3215-9123 3215-9124 3215-7792 (FAX)
03	US Parque Piauí*	Rua Marechal Rondon, S/N, Parque Piauí	3215-7861 3215-7862 3215-7863
04	US Promorar* (MATERNIDADE)	Rua Ulisses Guimarães, S/N, Promorar	3215-9153 3215-9163 3215-9165 3215-7798 3215-9164
05	USF Alegria	Povoado Alegria	3215-9159
06	USF Altarmira – Fazenda Nova	Povoado Altarmira	
07	USF Angelim	Rua B, S/N, Angelim	3215-9157
08	USF Bela Vista	Av. Principal, S/N, Bela Vista II	3215-9158
09	USF Bom Jardim	PI35, Km 36, Povoado Bom Jardim, Estrada de Palmeirais	-
10	USF Cerâmica Cil	Povoado Cerâmica Cil	3215-9199

11	USF Irmã Dulce	Rua Santa Francisca Cabrine, S/N, Vila Irmã Dulce	3215-9198
12	USF José Avelino	Rua Sansão Castelo Branco, 1807	3215-9113
13	USF Dr. Augusto Castro Km 7	Rua Rita de Cássia, S/N, Santo Antonio	3215-9156
14	USF Lourival Parente	Rua Eptácio Pessoa, S/N, Lourival Parente	3215-9160 / 3215-4152
15	USF Nazária	Povoado Nazária	3219-0040
16	USF Porto Alegre	Rua 01, S/N, Porto Alegre	3215-9197
17	USF Saci	Praça Prefeito João Mendes, S/N, Saci	3215-9166 3215-9155
18	USF São Pedro	Rua Min. Pedro Borges, S/N, Tabuleta	3215-9194
19	USF Três Andares	Rua Y, S/N, Loteam. Mirante da Alvorada, Três Andares	3215-9193
20	USF Betinho – Res. Betinho	Av. Manoel Fernandes D Oliveira Quadra 11, casa 14, Res. Betinho	3227-0900
21	USF Chapadinha Sul	Povoado Chapadinha, Br 316, Km 23	Enf. Naiara 9987-7735
22	USF Cristo Rei	Av. Barão de Castelo Branco, 1976, Cristo Rei	3215-9130
23	USF Dagmar Mazza	Rua João Siqueira de Araújo, 3772, Parque Dagmar Mazza Sul	3215-9240
24	USF Esplanada	Av. Res. Esplanada, S/N, Angelim	3215-9150
25	USF Parque Pioneiro I / Santo Antonio	Rua da Faveira, 2369, Santo Antonio	3215-9241
26	USF Portal da Alegria / Porto Alegre	Quadra B, casa 14, Portal da Alegria	3219-2940
27	USF Nossa Senhora da Paz	Rua Santa Maria Gorete, S/N, Vila da Paz	3218-2552
28	USF Santa Clara	Rua Manoel Vitor Cordeiro, 6039, Vila Santa Clara	3216-5649
29	USF Vamos Ver o Sol	Av. Manoel Aires Neto, quadra 09, casa 03, Lot. Parque Sul	3215-4122
30	USF Vermelha	Rua David Caldas, 1077 Vermelha	3215-7755
31	USF Vila Carolina Silva	Rua 02, 1098, Vila Carolina Silva / Promorar	3216-6428
32	USF Vila Confiança	Rua Pedro II, 1700, Macaúba	3215-1616

33	Naf Porto Alegre – Projeto Alimentação Saudável	Quadra D2, casa 05, Porto Alegre	3215-9197
34	Centro de Diagnóstico Raul Bacelar	Rua Piripiri, 7620, São Pedro	3215-9190 / 9191 3215-9192  3229-4348 3229-4776 3229-4247 3229-4872 3229-4623 3229-4049 3229-4376 3229-4929 FAX: 3218-2141 OUVIDORIA: 3216-6665
35	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE TERESINA/ HUT	Rua Otto Tito, 1820, B. Redenção	3216-5078
36	Amoxarifado - HUT	Av. Barão de Gurguéia, 3139, Sul	
37	CAPS AD	Rua Área Leão, 1121, Centro/Sul	-

## ANEXO IV



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL



### QUESTIONÁRIO PARA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

PESQUISA - "DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DESCRIÇÃO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E DA PROCURA DOS SERVIÇOS DO CAPS AD PELO USUÁRIO DE DROGAS".

PESQUISADORAS:

Brunna Verna Castro Gondinho

Luciane Miranda Guerra

#### Parte I – Identificação Sócio-Demográficas

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

Escolaridade: ( ) Graduação ( ) Especialista ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: ( ) Médico(a) ( ) Enfermeiro (a)

Tempo de atuação/trabalho na ESF: ( ) Até 1 ano ( ) 2-5 anos ( ) 6-10 anos ( ) Mais de 10 anos

**Parte II: A assistência de saúde aos usuários de substâncias drogas do PSF.**

*Numa escala de 0 (zero) a 10 (dez) responda as seguintes perguntas:*

**P1.** Como os profissionais do PSF têm ajudado os pacientes com problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas?

0 | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | 10

Não ajuda nada

Ajuda muitíssimo

**P2.** Você acha que os pacientes se beneficiam da assistência oferecida no tratamento de drogas no PSF?

0 | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | 10

Não ajuda nada

Ajuda muito

**P3.** Você percebe que os problemas do abuso/dependência de drogas tem sido inserido entre os agravos à saúde no PSF?

0 | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | 10

Não muito

Aumentou consideravelmente

**P4.** Você tem encontrado dificuldades na assistência aos pacientes usuários de drogas no PSF?

0 | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | 10

Dificuldades consideráveis

Nenhuma dificuldade

**P5.** Qual a importância da assistência aos usuários de drogas inserida no PSF?

0 | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | 10

Nenhuma importância

Muito importante

**Parte III – Sentimentos dos profissionais do PSF ao lidarem com pacientes com problemas relacionados ao abuso/dependência de drogas:**

*Assinale a(s) alternativa(s) na qual expressa seu(s) sentimento(s) ao lidar com pacientes com problemas relacionados ao abuso/dependência de drogas:*

- ( )16bem estar ( )22desconforto ( )28compaixão ( )33confusão ( )38estresse  
( )17raiva ( )23mal estar ( )29indiferença ( )34segurança ( )39contentamento  
( )18tristeza ( )24alegria ( )30insatisfação ( )35accitação ( )40receio  
( )19nervosismo ( )25satisfação ..... ( )31tédio ( )36insegurança ( )41recusa  
( )20vergonha ( )26conforto ( )32curiosidade ( )37medo ( )42ansiedade  
( )21felicidade..... ( )27tranquilidade ( )28 Outro: \_\_\_\_\_

## ANEXO V



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL



FORMULÁRIO PARA CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀLCOOL E DROGAS (CAPS AD)

PESQUISA - "DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DESCRIÇÃO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E DA PROCURA DOS SERVIÇOS DO CAPS AD PELO USUÁRIO DE DROGAS".

PESQUISADORAS:

Brunna Verna Castro Gondinho

Luciane Miranda Guerra

### FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Caso Nº: \_\_\_\_\_

Digitação 1ª ( ) 2ª ( )

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Número no relatório de triagem: \_\_\_\_\_

3. Data da triagem: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 4. Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

5. Idade no dia da triagem: \_\_\_\_\_

6. Sexo: ( ) 1. masculino ( ) 2. feminino

7. Encaminhado por outro serviço: ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

8. Serviço que encaminhou ( ) 1. Sinal Verde ( ) 2. CAPS III ( ) 3. CAPS i ( ) 4. UBS ( ) 5. CRAS ( ) 6. SAMU ( ) 7. Hospitais ( ) 8. Escola ( ) 9. Medicina do trabalho (PML) ( ) 10. Comunidades Terapêuticas ( ) 11. Auto Ajuda ( ) 12. Patronato ( ) 13. Conselho Tutelar ( ) 14. Outros: \_\_\_\_\_

## ANEXO VI



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL



### QUESTIONÁRIO PERGUNTAS ABERTAS – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

PESQUISA - "DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DESCRIÇÃO DAS ATITUDES DOS  
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E DA PROCURA DOS  
SERVIÇOS DO CAPS AD PELO USUÁRIO DE DROGAS".

PESQUISADORAS:

Brunna Verna Castro Gondinho

Luciane Miranda Guerra

1. Em sua opinião, quais as dificuldades em dar atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
2. Muitos pacientes usuários de álcool e outras drogas podem estar sendo tratados no CAPS AD, em sua opinião, o que a Estratégia de Saúde da Família faz para que isto ocorra?
3. Pacientes que retornam do tratamento realizado no CAPS AD, são acompanhados pela ESF? Como?