

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas

The care for chemically dependent: with words from health professional of centers of psychosocial on alcohol and drugs

El cuidado de los toxicómanos: con la salud profesional palabra servicios de salud mental sobre el alcohol y las drogas

Edilene Aparecida Araújo Silveira ¹, Patricia Peres Oliveira ², Patricia Moreira Correio ³, Walquíria Jesusmara Santos ⁴, Andrea Bezerra Rodrigues ⁵, Danyella Augusto Rosendo da Silva Costa ⁶

ABSTRACT

Objective: To know the experiences of health professionals across the assistance to substance dependents. **Method:** Qualitative study conducted with 26 professionals from three Centers for Psychosocial Care (CAPS) in alcohol and drug modality, in the state of São Paulo, from August 2012 to February 2013. **Results:** The mean age was 33.7 years-old where 15 participants are women and 11 men. The average working time in the institution was 3.1 years. The following categories emerged: 1. The work process and its impact on care for substance dependents and; 2. Powerlessness of abandonment of treatment; 3. The professional relationship with the substance dependents and their family. **Conclusion:** The professionals live with the lack of working conditions, but there is the possibility of link production with users and family members, as a tool to achieve comprehensiveness and humanization of care. **Descriptors:** Health personnel, Professional-patient relations, Mental health.

RESUMO

Objetivo: conhecer a vivência dos profissionais de saúde frente à assistência aos dependentes de substâncias psicoativas. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com 26 profissionais de três Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas, localizados no estado de São Paulo, de agosto de 2012 a fevereiro de 2013. **Resultados:** A média de idade foi de 33,7 anos, onde 15 eram mulheres e 11 homens. O tempo de trabalho médio na instituição foi de 3,1 anos. Emergiram-se as categorias: 1. O processo de trabalho e suas repercussões no cuidado aos dependentes de substâncias psicoativas e; 2. Impotência diante do abandono do tratamento. 3. O relacionamento do profissional com os dependentes de substâncias psicoativas e a família. **Conclusão:** Os profissionais convivem com a falta de condições de trabalho, mas há a possibilidade da produção de vínculo com os usuários e familiares, como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. **Descritores:** Pessoal de saúde, Serviços comunitários de saúde mental, Saúde mental.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las experiencias de los profesionales de la salud a través de la asistencia a las personas dependientes de sustancias. **Método:** Estudio cualitativo realizado con 26 profesionales de tres Centros de Atención Psicossocial (CAPS) de la comunidad en la modalidad alcohol y drogas, en el estado de São Paulo, a partir de agosto de 2012 hasta febrero de 2013. **Resultados:** La edad media fue de 33,7 años donde 15 eran mujeres y 11 hombres. El tiempo medio de trabajo en la institución fue de 3,1 años. Emergieron las categorías: 1. El proceso de trabajo y su impacto en la atención a personas dependientes de sustancias y; 2. Impotencia de abandono del tratamiento; 3. La relación profesional con las personas dependientes de sustancias y familiares. **Conclusión:** Los profesionales viven con la falta de condiciones de trabajo, pero existe la posibilidad de la producción de enlace con los usuarios y miembros de la familia, como una herramienta para lograr la integralidad y la humanización de la atención. **Descritores:** Personal de la salud, Relaciones profesional-paciente, Salud mental.

1 Nurse. Associate Professor of Graduate in Nursing at Federal University of São João del Rei - UFSJ - Campus Centro-Oeste. Divinópolis-MG; Doctor of Sciences, Psychiatric nursing. Nursing School of Ribeirão Preto / USP. Ribeirão Preto, Brazil. 2 Nurse. Associate Professor of Graduate in Nursing at the Federal University of São João del Rei - UFSJ - Campus Centro-Oeste. Divinópolis-MG; Doctor in Education: Curriculum and Master in Gerontology from Pontifícia Universidade Católica. São Paulo-SP, Brazil. 3 Nurse - graduate in Nursing at Universidade Paulista. Campus Alphaville. Santana de Parnaíba-SP, Brazil. 4 Nurse. Assistant Professor of Graduate in Nursing at the Federal University of São João del Rei - UFSJ - Campus Centro-Oeste. Divinópolis-MG. 5 Assistant professor at the Federal University of Ceará - UFC - Fortaleza / CE; Doctor and Master in Nursing, School of Nursing, University of São Paulo. São Paulo-SP, Brazil. Associate Professor of Graduate in Nursing at the Federal University of Ceará. Fortaleza, Brazil.

INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil e no mundo observa-se o aumento do consumo de substâncias psicoativas concomitantemente ao aumento do agravo de problemas sociais. Segundo as informações da Organização Mundial da Saúde, em 2004 existiam aproximadamente 2 bilhões de pessoas no mundo consumidoras de bebidas alcoólicas e 76,3 milhões apresentam problemas com o uso do álcool.¹

Há uma tendência mundial que aponta para o uso cada vez mais precoce e pesado de substâncias psicoativas, ao longo do tempo. O aumento do consumo de drogas de abuso tem sido um desafio frequentemente encontrado pelos governantes, profissionais de saúde e familiares de diversos países. Tornou-se escopo de discussões e indagações nos mais variados segmentos da comunidade e devido as suas consequências, complexidade e magnitude, é considerado um problema de saúde pública.²

Diante do aumento do consumo de substâncias psicoativas e de suas consequências negativas, iniciou-se a discussão acerca dessa temática a nível mundial. No Brasil, até a década de 90 não havia políticas voltadas ao uso de drogas.

A implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em 2002, evidenciou-se como um organizador da assistência ao portador de transtorno mental. De acordo com a legislação vigente, os Centros de Atenção Psicossocial são serviços de atenção diária inseridos na comunidade, que oferecem cuidados clínicos aos que sofrem de transtornos mentais, e atividades de reinserção social do indivíduo, através de promoção de acesso ao trabalho, lazer, aos direitos civis e fortalecimento dos laços sociais e familiares.³ Nessa nova classificação, foram implantados em todo território nacional os Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas (CAPS ad). Trata-se de serviços de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, e se constituem, atualmente, como uma das principais estratégias de enfrentamento dos problemas voltados ao transtorno relacionado ao álcool e drogas no Brasil.⁴

Esses serviços têm como princípio garantir acolhimento à população de seu território, são previstos para cidades com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica, permitam atender às demandas de saúde mental da região, no campo das substâncias psicoativas, devendo contar com a presença de profissionais capacitados para o trabalho durante todo seu período de funcionamento.³

A equipe mínima para atuação nos Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas foi preconizada e se encontra em plena expansão em todo o país.^{1,5} Conduzido pelo modelo psicossocial, e articulado a outros serviços como Unidades Básicas de Saúde e

hospitais gerais, os Centro de Atenção Psicossocial - na modalidade álcool e drogas - são sugeridos como espaço de criatividade, de construção da vida que em lugar de excluir, medicalizar e disciplinar, devem acolher, cuidar e estabelecer pontes com a sociedade, considerando o usuário em suas implicações subjetivas e socioculturais, selecionando-o como protagonista de seu tratamento.⁵⁻⁷

As vulnerabilidades geradas pelo uso de substâncias psicoativas culminam com as doenças psiquiátricas, as alterações cognitivas e os danos físicos como os pulmonares, o vírus da imunodeficiência humana, as hepatites, a mortalidade, entre outros, o que justificam, a importância e a emergência de intervenções,⁸⁻¹⁰ bem como a ampliação de conhecimentos nessa área. Além dos aspectos já mencionados, destacam-se, também, o isolamento social, a marginalização, a violência, a degradação física e de caráter, o rompimento de laços afetivos com a família, o caos e o pânico coletivos que corroboram para minimizar a qualidade de vida, a perda de esperança na vida e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Diante do exposto, é necessária a atuação de uma equipe multiprofissional a fim de minimizar as vulnerabilidades advindas do uso de substâncias psicoativas; essa equipe necessita aliar intervenções específicas com metas para reduzir as manifestações diretas do uso e abuso das substâncias psicoativas, com ações mais gerais voltadas a minimizar os prejuízos primários, secundários e estratégias de prevenção à recaída. O sucesso do tratamento e da reabilitação do usuário de substâncias psicoativas exige, também, políticas educacionais e assistenciais que o contemplem assim como à sua família para que, juntos, possam adequar sua maneira de viver ao cotidiano social.

Nessa perspectiva, a relevância dessa pesquisa traduz-se em analisar a atuação dos profissionais de saúde frente à assistência aos dependentes de substâncias psicoativas, levando-se em consideração que estes trabalhadores devem ter suas habilidades voltadas para a avaliação sistêmica dos sinais e sintomas, assim como interagir em equipe, a fim de identificar as prioridades do cliente. O presente estudo tem como questão de pesquisa: como é a vivência dos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas, no cotidiano do trabalho realizado junto dependentes de substâncias psicoativas?

O desenvolvimento desse estudo justifica-se por se tratar de tema amplo e atual, pela grande prevalência de abuso de drogas psicoativas por parte da população brasileira e por buscar coletar elementos que possibilitem a reflexão sobre a atuação de profissionais de saúde na assistência aos usuários de drogas psicoativas, a fim de procurar alternativas para que estes possam lidar com esses sujeitos no seu ambiente de trabalho, segundo uma postura profissional ética, reflexiva e essencialmente humana.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi conhecer a vivência dos profissionais de saúde frente à assistência aos dependentes de substâncias psicoativas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de cunho qualitativo, realizado em três Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas (CAPS ad), localizados em municípios diferentes do estado de São Paulo.

Um dos CAPS ad iniciou seu funcionamento no ano de 2005, onde a equipe de saúde é formada por duas enfermeiras, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, dois psicólogos, uma médica psiquiatra, um médico clínico geral, uma fisioterapeuta, totalizando nove profissionais de níveis médio e superior. Trata-se de um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de substâncias psicoativas. As famílias também recebem uma atenção especial, através de grupos de apoio, pois para a recuperação do indivíduo é fundamental a participação da família e da sociedade. O serviço funcionava de segunda à sexta-feira, das 7 horas às 19 horas.

O outro CAPS ad pesquisado está em funcionamento desde o ano de 2004, e coloca-se como referência para a prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial dos sujeitos com transtornos decorrentes do uso prejudicial ou dependência de álcool, tabaco e outras drogas. O serviço funcionava de segunda à sexta-feira, das 7 horas às 17 horas. A equipe de saúde do serviço contava com oito membros: um enfermeiro, um auxiliar e um técnico de enfermagem, um médico clínico geral, um médico psiquiatra, uma terapeuta ocupacional e duas psicólogas.

A terceira unidade de CAPS ad que fez parte do estudo está em funcionamento desde dezembro de 2008, o serviço está voltado ao cuidado das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, na perspectiva da integralidade e da redução de danos. O serviço funcionava de segunda à sexta-feira, das 7 horas às 19 horas. A equipe do serviço era formada por onze profissionais de saúde: dois psiquiatras, duas psicólogas, uma médica clínica geral, uma terapeuta ocupacional, uma farmacêutica, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e um educador físico.

A escolha dos participantes seguiu aos seguintes critérios: ser profissional de saúde, atuante em um dos locais do estudo, concordar em participar da pesquisa e, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dois profissionais se recusaram a participar da pesquisa, sendo um médico psiquiatra e uma enfermeira, ambos do mesmo CAPS ad, portanto, participaram do estudo 26 profissionais de saúde.

Inicialmente, foi realizado um contato com os Coordenadores da Secretaria de Saúde dos Municípios e depois de solicitado autorização formal para a realização da pesquisa, o projeto foi encaminhado para um Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Paulista, e recebeu parecer favorável nº 42750/2012. A pesquisa foi realizada no período entre agosto de 2012 a fevereiro de 2013.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em local reservado, a qual possibilita uma atmosfera de interação e reciprocidade entre quem entrevista e o entrevistado, duraram, em média, 50 minutos.¹¹

O arcabouço teórico usado foi o da Reforma Psiquiátrica, entendida como um complexo processo, composto por quatro dimensões que se articulam e se retroalimentam: a primeira dimensão refere-se ao campo epistemológico ou teórico-conceitual, que representa a produção de saberes e conhecimentos; a segunda é a dimensão técnico-assistencial, que emerge no modelo assistencial; a terceira dimensão se refere ao campo jurídico-político, que rediscute e redefine as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais; e a quarta dimensão é a sociocultural, que expressa a transformação do lugar social da loucura.⁷⁻⁸

As entrevistas foram gravadas apenas após a aquiescência dos profissionais de saúde e, posteriormente, transcritas de forma a assegurar o sigilo das informações e o anonimato pela adoção das letras: MP para os psiquiatras, P - psicólogos, M - médicos clínico geral, TO para os terapeutas ocupacionais, F - farmacêutica, FI - Fisioterapeuta, E - enfermeiros, ED - educador físico, TE - técnicos de enfermagem, AX - auxiliares de enfermagem, seguida pelo número sequencial das entrevistas.

Para coleta de dados foi elaborado um roteiro semiestruturado contendo questões para a caracterização dos participantes incluindo: sexo, idade, função e cargo atual exercido, tempo de formado, quanto tempo trabalha na área atual, possui especialização/capacitação/residência em saúde mental/psiquiatria, participou de curso na área de saúde mental nos dois anos, leu artigos científicos/livros na área de saúde mental no último ano. Para conduzir as entrevistas foram elaboradas duas questões norteadoras, a saber: “conte-me como é o seu cotidiano de trabalho aqui no CAPS ad? Fale-me como é para você cuidar do usuário de drogas psicoativas”?

Depois de transcrita as entrevistas, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo, que faz com que o pesquisador interprete as descrições subjetivas utilizando técnicas para encontrar conteúdo nos relatos dos sujeitos da pesquisa.¹² São três as etapas que caracterizam o método de análise de conteúdo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (inferência e interpretação). A pré-análise é a fase de organização, e visa operacionalizar e sistematizar as ideias. A exploração do material é a etapa seguinte, onde se procede à análise propriamente dita, através de codificação, categorização e quantificação da informação. A categorização facilita a análise da informação o que proporciona um significado. Neste estudo, foi utilizada a categorização semântica, ou seja, agrupamento conforme o tema.¹²

A análise de conteúdo alcança uma significação profunda, um sentido estável; é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que aposta grandemente no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto, é vislumbrada na possibilidade de fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam suficientes para garantir a descoberta do verdadeiro significado.¹²

Após transcrição e leitura dos relatos, foi realizada a seleção das temáticas que apareceram destacadas nas falas dos informantes e pertinentes aos objetivos da pesquisa. O levantamento das categorias proporcionou uma aproximação da realidade vivenciada pelos profissionais de saúde que atuam na assistência ao usuário de substância psicoativa, portanto, emergiram as seguintes categorias: 1. O processo de trabalho e suas repercussões no cuidado aos dependentes de substâncias psicoativas; 2. Impotência diante do abandono do

tratamento; 3. O relacionamento do profissional com os dependentes de substâncias psicoativas e a família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vivência dos profissionais de saúde frente à assistência aos dependentes de substâncias psicoativas, ou seja, o processo de trabalho, os problemas, as potencialidades, de forma geral, coincidiram nos discursos dos entrevistados dos três Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas. Sendo assim, optamos por apresentar os resultados sem diferenciá-los segundo o tipo de organização do arranjo.

Foram entrevistados 26 profissionais de saúde, sendo: um fisioterapeuta, seis psicólogos, três enfermeiros, quatro técnicos e dois auxiliares de enfermagem, três psiquiatras, três médicos clínicos gerais, duas terapeutas ocupacionais, uma farmacêutica e um educador físico. A média de idade foi de 33,7 anos, onde quinze eram do sexo feminino e onze do sexo masculino.

A média de tempo de trabalho na instituição foi de 3,1 anos, sendo o menor tempo de dois meses, e o maior tempo de oito anos. Os pontos importantes a serem analisados são o envolvimento institucional, a experiência profissional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço, fatores que estimulam a permanência em uma instituição e geram satisfação no trabalho.¹³

Apenas sete dos entrevistados possuíam especialização na área de saúde mental. Dois profissionais relataram ter lido oito artigos científicos/livros na área de saúde mental no último ano, oito pesquisados leram de dois a três artigos e 16 pessoas não leram nenhum artigo/livro na área de saúde mental no último ano. Somente seis entrevistados participaram de cursos de aprimoramento na área de saúde mental nos últimos dois anos. A falta de formação e capacitação desses profissionais prejudica o cuidado aos indivíduos que necessitam de assistência mental, os quais precisam ser atendidos em consonância com as atuais políticas de saúde, ou seja, de forma ética, digna, humanizada e respeitosa.¹⁴

Infelizmente, o que se vê no dia a dia é que, muitas vezes, esses profissionais mantêm práticas tradicionais, baseadas na assistência rotineira; situação essa não condizente com as Reforma Psiquiátrica, que propõe a transformação da assistência psiquiátrica em um modo de atenção que privilegie as atividades que favoreçam o processo de inserção social do portador de transtorno psíquico.^{7,14}

Da análise das falas emergiram as categorias: 1. O processo de trabalho e suas repercussões no cuidado aos dependentes de substâncias psicoativas; e 2. O relacionamento do profissional com os dependentes de substâncias psicoativas e a família.

1. O processo de trabalho e suas repercussões no cuidado aos dependentes de substâncias psicoativas

O modo como os indivíduos desenvolvem suas atividades profissionais é chamado de processo de trabalho. Os equipamentos e suplementos técnicos, as edificações e outros equipamentos sociais utilizados são condições que permitem ou não que alguns dos objetivos do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas, sejam atingidos. Nas entrevistas, profissionais relatam que convivem com a insuficiência de materiais básicos para as oficinas e apoio logístico para o desempenho das suas atividades, como apontado nas falas a seguir:

As VD (visitas domiciliares), as atividades de busca ativa, internação domiciliar, são canceladas na maioria das vezes por falta de carro, não temos carro próprio, dependemos da disponibilidade do carro da prefeitura (MP1).

Preciso muitas vezes comprar material para realizar as oficinas com o meu dinheiro porque não tem aqui... A falta de materiais prejudica a continuidade da assistência (P3).

Tal situação, além de gerar desgastes, pode aumentar a insegurança por parte dos trabalhadores e dos usuários em relação aos serviços ofertados. Além disso, pode ser uma fonte de desgaste cognitivo e afetivo para os trabalhadores que atuam no cuidado dos dependentes de substâncias psicoativas, o que é evidenciado no seguinte dizer:

Me sinto consumida pelo trabalho, não tenho certeza se vou poder realizar meu trabalho, a falta de veículo é uma barreira na assistência de qualidade (E2).

Quanto aos recursos humanos, os participantes desse estudo relataram que muitos profissionais de saúde não possuem qualificação e identificação com a área de dependência química, inclusive há relatos que afirmam que durante o seu processo de formação profissional, o conteúdo ministrado com relação à assistência aos usuários de substância psicoativa foi ausente ou insuficiente:

No curso quando você faz, você não tem esse aprofundamento da saúde mental... Me sinto despreparada para trabalhar aqui (E1).

A gente tem dificuldade de cuidar do usuário de crack... Como eu falei, eu não tive nada na faculdade sobre saúde mental... A gente vai aprendendo com os colegas que são mais velhos que a gente aqui no CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas) (F11).

Não fui preparado para cuidar do dependente químico que quer se tratar, aprendo na prática através de tentativas com erros e acertos (TO1).

A faculdade dá uma pincelada em saúde mental, nada específico. Você sai da faculdade sem ter uma prévia do que você vai encontrar quando você sair, não fiz estágio em local de atendimento a portadores de doença mental, álcoolatras e drogaditos, então não sabia o perfil do paciente que usa droga... Não tive na faculdade um contato... É bem específico... (E3).

Quando a coordenadora perguntou para mim, se eu desejo é ir para lá (Centro de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas)? Eu falei quero, porque eu queria conhecer o trabalho, porque até então eu não conhecia nada sobre como me comunicar e cuidar dos usuários de crack, outras drogas e álcool (TE2).

Falta capacitação para os profissionais que trabalham com usuários de álcool e drogas. Na graduação, não tive nada de psiquiatria... Eu mesmo nunca tive nenhum treinamento, foi meio no olho... Fui atrás, perguntando, tirando dúvidas com um, com outro, mas treinamento, de como abordar, acolher, cuidar, não tive... Acho muito falho... Pelo menos o básico deveria ser dado na graduação e o CAPS AD deveria

proporcionar grátis curso de especialização para todos que trabalham aqui (EF1).

Os profissionais de saúde referiram que encontram, em seu cotidiano de trabalho, inúmeros problemas relacionados à falta de pessoal e rotatividade de colaboradores no serviço, o que promove um desgaste diário do trabalhador e interfere na qualidade da assistência prestada ao usuário, como é ilustrada pelas falas:

Tem poucos profissionais para atender muitos clientes, você não consegue ficar com uma equipe efetiva, quem chega vai embora depois de um tempo... Não consegue trabalhar com os usuários de drogas (P1).

A equipe é reduzida... O cuidado não é o preconizado (TE4).

Tem época que não tem funcionário, têm pouco (AE2).

2. Impotência diante do abandono do tratamento.

Nessa categoria, os profissionais de saúde apontam sentimentos de fracasso e frustração diante dos processos de recaída e do abandono do tratamento por parte dos usuários dos serviços, como apontado nas falas abaixo:

É decepcionante em relação à população, é muito instável, eles recaem, eles abandonam, me sinto impotente (E2).

Porque às vezes você começa o trabalho, tá indo muito bem, começa manter a abstinência e tudo e, de repente, o paciente acha que tá bom e não vem mais... Aí volta a recair, é muito frustrante, dá uma sensação de fracasso (E13).

Por meio dos discursos anteriores é possível perceber que esses profissionais associam a recaída a fracasso e erro, o que gera vergonha e impotência. Ter como objetivo somente a abstinência é desgastante, pois é comum relatos de recaídas e recomeços de tratamento. Portanto, o profissional deve estar preparado para apoiar a pessoa nessas recaídas e recomeços como relatado abaixo:

Sempre tento apoiar os usuários, mesmo quando tem recaída e voltam, procuro deixar claro para ele que faz parte do tratamento e estou aqui para ajudá-lo (E17).

Por outro lado, a falta ou dificuldade de adesão também é um problema comum, como relatado abaixo:

É muito complicado, você tem muito trabalho, precisa ficar em cima deles... A medicação, não são todos que tomam, às vezes falam que “tomou”, mas eles não tomaram a medicação, assim tem recaída (E14).

A medicação, às vezes eles aceitam, às vezes não... Às vezes a gente chama e eles vêm, às vezes não vem, dá uma sensação de impotência (E10).

Os discursos acima reforçam o caráter permanente de vigilância do usuário. Há a visão de que o uso de drogas é uma doença incurável, com possibilidade de estabilização.

Entretanto estará sempre presente e o usuário é uma pessoa diferente, sujeita a recaídas e crises.

3. O relacionamento do profissional com os dependentes de substâncias psicoativas e a família

Nessa categoria os entrevistados em suas falas ressaltaram a importância da formação do vínculo com o usuário e a família e, o quanto esse vínculo é essencial para o cuidado do dependente de substâncias psicoativas:

Há casos que nós conseguimos controlar a crise sem medicação, só pelo vínculo (MP2).

Escutamos, acolhemos o paciente e sua família... Criamos vínculos... Só assim temos alguma chance que ocorra a redução de danos (M3).

As oficinas são ferramentas essenciais no caminhar para a socialização do usuário, conseguimos também estabelecer e fortalecer vínculos (P6).

Quando se tem vínculo, a escuta do paciente possibilita a estabilização da crise, sem o de medicação (MP3).

Sempre estamos conversando com a família, orientando a família, os PTS (Projetos Terapêuticos Singular), os grupos terapêuticos são essenciais para o vínculo que estabelecemos (P4).

Os entrevistados apontam que a participação da família no tratamento dos dependentes químicos, atuando como parceira do serviço de saúde, se constitui em uma fonte de apoio ao trabalho desses profissionais e à continuidade do tratamento por parte dos usuários:

Sempre trabalho junto também com as famílias, é um ponto importante de ajuda na continuidade do tratamento (F1).

A família ajuda no nosso trabalho, é um ponto de apoio para os usuários (M1).

A família é muito importante para o cliente em tratamento e para nós profissionais, pois a participação efetiva dela ele consegue permanecer sem o vício (P5).

Neste estudo pode-se verificar que os participantes afirmam que vivem e convivem com a falta de condições de trabalho, escassez de recursos materiais e humanos e, ainda, com a falta qualificação e identificação com a área de dependência química.

Os profissionais lidam com falta de equipamentos para realização das oficinas e veículo para realização das atividades fora das paredes da instituição. Isto faz com que algumas vezes tenham que recorrer a outros serviços para empréstimos. O trabalho desenvolvido nessas condições adversas leva o profissional a sentir-se desgastado, o que propicia o aparecimento do estresse nessa pessoa, além de inviabilizar a realização de muitas atividades tornando praticamente impossível à realização de uma assistência de qualidade aos dependentes de substâncias psicoativas.

Há estudos que dizem que o profissional se esforça por superar as dificuldades descritas em nosso estudo, o que já gera desgaste, e no final o paciente recai. Isso causa frustração e aumenta o desgaste. Esse fator relacionado a despreparo profissional constitui uma das causas de rotatividade dos profissionais na área.^{7,13}

Corroborando, autores afirmam que esses fatores descritos, afetam diretamente também no modo de produção do indivíduo e da equipe, gerando um produto inadequado, o que se traduz em uma assistência de baixa qualidade ou inferior à expectativa do profissional.¹³⁻¹⁵

A gerência de materiais, logística e de manutenção é percebida pelos participantes deste estudo como ineficiente. Os Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas, ainda têm um complicador em seu processo de abastecimento dos insumos da oferta de saúde: a legislação da licitação pública envolve uma burocracia complexa e demorada, e nem sempre levam a decisões racionais. A gestão dos CAPS ad precisa buscar um eficiente uso dos recursos de forma a maximizar os resultados das unidades, seja pela maior relação benefício/custo ou pelo menor custo unitário do serviço ofertado, porém, necessita respeitar os limites da imperante legislação da licitação.¹⁶

A organização dos serviços de saúde precisa incluir condições nas esferas humanas, sociopolíticas e materiais que proporcione um trabalho de qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe e, para isso, são necessários maiores investimentos na aquisição de materiais e recursos físicos nos setores de saúde, pois a muitos deles encontra-se ausente ou deteriorado.

Os relatos também apontam para problemas relacionados à rotatividade e falta de pessoal, os trabalhadores dos dois Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas, pesquisados, pontuaram que há uma demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços, o que ocasiona falta de tempo para os profissionais para realizarem ações educativas, ficando envolvidos apenas com o atendimento da demanda espontânea.

O CAPS ad deve oferecer atividades terapêuticas e preventivas. Eles têm como alguns de seus princípios a garantia do acolhimento à população de seu território, o seguimento ao modelo psicossocial e articulação a outros serviços como Unidade Básica de Saúde e hospitais gerais. A atenção alia intervenções específicas compostas por metas para reduzir as manifestações diretas do uso e abuso de substâncias psicoativas, a ações direcionadas a minimizar os prejuízos primários, secundários e estratégias de prevenção à recaída.^{4,7,13}

A desinstitucionalização está relacionada com a desconstrução e desmontagem dos saberes/práticas/discursos que reduzem a loucura à doença. Ao mesmo tempo, propõe novas formas de lidar com o indivíduo que sofre no contexto a qual pertence.¹⁷ Dentre essas novas formas de cuidar está a criação de serviços de saúde mental de base territorial como os CAPS e a inclusão da atenção básica no atendimento em saúde mental.

Os serviços de base territorial são construídos nos espaços onde as pessoas vivem, próximos aos locais de moradia, de forma a ajudar o portador de sofrimento mental a manter seus vínculos e manter o contato com a comunidade e família. Portanto, o CAPS é um serviço estratégico para promover a reinserção social conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Entretanto, ao considerar diversas realidades do Brasil, ele ainda não é suficiente para atender a demanda de saúde mental e necessita de outros serviços como a atenção primária.¹⁸

Portanto, os profissionais do CAPS ad devem ter maior articulação com outros serviços como a atenção primária. Isso poderá diminuir a demanda de pacientes para o CAPS, mantendo-o próximo à comunidade e família. Como resultado da diminuição da demanda, outras atividades preconizadas para esse serviço poderão ser realizadas. Entretanto, entendemos que essa articulação precisa ser associada a aumento de pessoal e criação de espaços de discussão e formação profissional.¹⁷

A rotatividade, nesse caso, não é causa, mas consequência de uma série de eventos localizados interna ou externamente no CAPS ad como: a situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado, a conjuntura econômica, as identificações com a área de saúde mental.

Pesquisadores acrescentam que a rotatividade, na área de saúde mental, é um problema determinante, na medida em que a equipe é obrigada a conviver a cada ano com diferentes profissionais, isso também proporciona o rompimento com a continuidade do cuidado, gerando vínculos precários entre trabalhadores e usuários.¹⁷⁻¹⁹ Observou-se, em outro um estudo, que a alta rotatividade dos profissionais em saúde mental vem sendo um problema candente em diferentes países.²⁰

Diante da problemática descrita, urge a necessidade da reorganização do processo de trabalho nos serviços.²⁰⁻²¹ Para isso, são necessárias discussões entre usuários, comunidade, equipe e gestão municipal, visando à busca conjunta de soluções para o problema, na medida em que as dificuldades da equipe em realizar um trabalho efetivamente integrado interferem, sobre a maneira, na qualidade da assistência prestada à comunidade.

Por meio dos discursos dos participantes foi possível perceber que esses profissionais associam a recaída a fracasso e erro, o que gera vergonha e impotência. Esses dados são coincidentes com a literatura, num trabalho realizado em dois CAPS ad. A pesquisadora observou que, na visão de profissionais, a abstinência era a meta a ser alcançada, a melhor forma de reintegrar o usuário à sociedade. Entretanto, as frequentes recaídas indicavam o rigor de uma meta que parece ser difícil de ser alcançada para a maioria dos usuários. A recaída era interpretada como fraqueza, fracasso, gerando vergonha e culpa.⁷

O tratamento não pode ter como único objetivo a abstinência. Ao lidarmos com vidas humanas é preciso considerar as singularidades, as diferentes possibilidades e escolhas. As Estratégias de Redução de danos incluem a utilização de medidas que diminuem os danos e riscos provocados pelo uso de drogas, para pessoas que não pretendem ou não conseguem interromper o uso das drogas. Portanto, essa abordagem reconhece as singularidades dos indivíduos atendidos e propõe estratégias que defendem a vida. Esse é um método que não exclui outros, num contexto em que tratar tem o objetivo de aumentar o grau de liberdade e corresponsabilidade daquele que está se tratando.¹⁷

Portanto, a abstinência pode ser a melhor forma para redução de danos para algumas pessoas, mas essa conclusão deve ser construída pelo usuário em consonância com a equipe que o acompanha. Não deve ser imposto no âmbito de um projeto terapêutico.¹⁸

Os CAPS ad têm como um de seus objetivos reduzir os riscos causados pelo uso de drogas ilícitas e lícitas, resgatando o papel autorregulador e a responsabilidade de seus usuários em suas relações com as drogas.

Assim, a abstinência não é o objetivo principal do tratamento, devido a dificuldades encontradas ou falta de desejo do usuário. Esses profissionais possuem a expectativa da abstinência como único caminho devido à falta de preparo e treinamento para atuar junto a dependentes químicos. Os profissionais possuem dificuldades para compreensão dos princípios da redução de danos, pois faltam informações sobre a abordagem, o que influencia na segurança em seu uso.^{7,13} Esse fato reforça a importância do treinamento em serviço para que

os profissionais entendam os princípios que norteiam a assistência e usem as diferentes abordagens proposta com maior segurança e consciência.

Há a visão de que o uso de drogas é uma doença incurável, com possibilidade de estabilização. Entretanto estará sempre presente e o usuário é uma pessoa diferente, sujeita a recaídas e crises. A medicação é uma forma de controle de abstinência, pois ao toma-la não se pode ingerir álcool. Destarte, a medicação é vista como procedimento importante e central no tratamento, uma vez que “é capaz de livrar o usuário de grande mal”. O uso, a administração e controle da medicação configuram-se como rituais importantes entre usuários, profissionais e acompanhantes, expressando um repertório usual de práticas de tratamento, presentes nas relações cotidianas.¹⁸⁻¹⁹ Mas, é preciso lembrar que a falta de adesão ao tratamento não é exclusiva de dependentes químicos, mas pode contribuir para a sensação de impotência do profissional do CAPS ad.

A equipe de saúde pode sentir impotente e frustrada, como foi apontado pelos entrevistados, diante do frequente abandono no tratamento, entretanto, é importante a compreensão por parte desses profissionais que para vencer esses obstáculos é necessário o entendimento que o parar de usar de droga é uma questão de escolha, que o direito do usuário tem de ser respeitado, encarando o problema sob a ótica da cidadania, sendo que a intervenção tem que ser realizada na direção de minimização dos danos causados pelo consumo excessivo das drogas e essas abordagens podem reduzir o risco de abandono do tratamento.^{13,17,21}

Outro ponto destacado nas falas dos trabalhadores foi a necessidade de aquisição de conhecimento específico para atuação área de saúde mental. O sentimento de muitos dos profissionais de saúde é de despreparo para o cuidado dos dependentes de substâncias psicoativas.

Atualmente, vivemos em um mundo globalizado onde os desafios emocionais e intelectuais são constantes. A angústia gerada pelos desafios e as incessantes pressões da sociedade por profissionais competentes geram um descompasso entre e o processo formal de aprendizagem e a necessidade do mercado de trabalho^{13-14,22}.

Nesse contexto de descompasso entre o mercado de atuação e a adequação do processo de ensino, o uso de estratégias facilitadoras do ensino no processo de aprendizagem, incluindo estágios com associação entre a teoria e prática, surge como uma alternativa para a efetiva preparação profissional, pois se baseia no pressuposto de que a aprendizagem só ocorre de forma diferenciada quando vivenciada, ou seja, aprender vivendo e fazendo, não apenas copiando formas e modelos pré-existentes.

As diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área de saúde explicitam a necessidade do compromisso com os fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira, com destaque no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar à integralidade das ações da assistência, descrevem os princípios essenciais para a formação de profissionais reflexivos e no âmbito histórico e social, norteados por meio de princípios éticos e aptos para intervirem nas situações e problemas da atenção à saúde, onde se insere a atenção à saúde mental da comunidade.⁵

A complexidade de cuidados ao dependente de substâncias psicoativas na esfera técnica, científica e emocional faz que o profissional de saúde tenha consciência do seu

despreparo para lidar com essas pessoas e sinta necessidade de possuir conhecimentos específicos para alicerçar um cuidado competente, modificando, desta forma, a assistência prestada.

A Reforma psiquiátrica traz mudanças e novos instrumentos a serem utilizados na assistência. Os profissionais devem se apropriar de novas práticas como a reabilitação psicossocial, suporte à família e a construção da cidadania do portador de sofrimento mental. A educação e a capacitação permanente dos profissionais são percebidas como uma estratégia eficiente na melhora da qualidade da assistência prestada a essa clientela na Estratégia Saúde da Família.¹⁸

Para tanto, a formação na área de saúde mental deve promover o conhecimento específico e a competência profissional adequada às práticas de trabalho, em toda a sua complexidade e amplitude, sempre com base nas melhores evidências científicas existentes, apoiadas por um sólido julgamento clínico, epidemiológico, com princípios éticos, centradas na melhoria do cuidado^{7,21-23}.

Estudos enfatizam a necessidade de reflexão sobre o trabalho/fazer pedagógico na saúde mental, buscando a desconstrução da dicotomia entre o saber e o fazer, rumo ao processo de integração e mobilização de saberes e ações que remetam o aluno/profissional ao saber fazer voltado para as reais condições de vida e saúde da população.^{24,25}

Uma das formas de suplantar o sentimento de falta de preparo dos trabalhadores dos dois Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas, é a implementação de atividades de educação permanente dirigidas às equipes multiprofissionais na perspectiva da ação-reflexão-ação e que considerem o coletivo, o saber experiencial, o ciclo de vida dos profissionais e o seu local de trabalho como o *lócus* de formação^{23,25}.

Na categoria, o relacionamento do profissional com os dependentes de substâncias psicoativas e a família, revelou-se que em sua prática cotidiana, o trabalhador do Centro de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas, necessita priorizar a tecnologia leve, ou seja, as relações interpessoais, a produção de vínculo, como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado do dependente de substâncias psicoativas, além de auxiliar no processo de tratamento.

Ao vislumbrar o usuário de modo integral, em seus aspectos biológicos, mental, social e espiritual, as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas tornam-se aptas ao enfrentamento das situações de assistência do dependente de substâncias psicoativas e seus familiares,^{23,26} além de estar em consonância com os fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Para trabalhar nessa lógica, observa-se a relevância do Projeto Terapêutico Singular (PTS), referida em um dos discursos, este projeto engloba a participação de todos os profissionais, do usuário e sua família, no intuito de fortalecer o vínculo e a confiança entre os atores sociais envolvidos nessa relação.

O Projeto Terapêutico Singular compreende-se em encontrar onde todas as avaliações são importantes para ajudar a compreender a pessoa enferma e sua relação com a doença, para a definição de propostas de ações.²⁴ Essa forma de intervenção trabalha com o conceito de clínica ampliada, ou seja, aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade; integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca

de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário^{4e}, no caso do CAPS ad, destina-se ao atendimento do dependente de substâncias psicoativas em sua integralidade com foco na ressocialização do indivíduo, resgate da cidadania e saúde como direito.

As necessidades dos usuários apresentadas aos profissionais de saúde, no contexto de controlar o comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas, os desafiaram a lidar com essas situações, exigindo a busca de soluções que transpassam a lógica do modelo biomédico. Nesse âmbito, as ações de saúde são focadas na pessoa, garantindo o acesso às práticas resolutivas, que trazem satisfação ao profissional e aos usuários.

Para intervir nas pessoas que estão querendo interromper sua trajetória dependente, pois conscientizou de sua doença e dos males que esta causa, como dificuldades na vida profissional; nos relacionamentos e no convívio familiar, o profissional de saúde precisa estabelecer metas mútuas com o cliente, pois eles são responsáveis pelas decisões relativas ao tratamento.

Considera-se importante, também, oferecer um atendimento humanizado, no qual a família seja ouvida, pois esta precisa ter sua opinião considerada e sua participação incentivada em todo o processo profissional de recuperação.

Entretanto, emerge o fato de que a rotatividade de pessoal, descrita anteriormente, é apontada por pesquisadores como prejudicial à formação de vínculo; a permanência do trabalhador permite não só uma melhora na qualidade da assistência, decorrente da formação de vínculos entre os diversos profissionais que, coletivamente, prestam os cuidados e, da constituição de vínculos com os usuários e com a comunidade, como também no aprimoramento do profissional que permanece por longo tempo no seu lócus de trabalho.²³⁻²⁵

Este estudo e outras pesquisas evidenciaram que as demandas de assistência ao dependente de substâncias psicoativas no Centro de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas, é uma realidade e, mesmo não encontrando infraestrutura e recursos humanos suficiente, por motivos diversos, o que impede a construção de uma práxis baseada no vínculo.^{7,18,20}

A saúde mental configura um espaço para o exercício da integralidade, nesse contexto são reveladas as reais necessidades de saúde do usuário de substâncias psicoativas e de sua família. Sendo assim, é um território promissor para efetivação da rede de atenção psicossocial a pessoa, família e comunidade, uma vez que os profissionais no cotidiano de sua prática, mesmo com todas as dificuldades apontadas, conseguiram acolher, estabelecer vínculo e dar continuidade aos planos terapêuticos estabelecidos.

No que tange a família como aliada no tratamento apontado nas falas de muitos profissionais de saúde nos CAPS AD, outros estudos também abordam a importância da inclusão da família no processo terapêutico de usuários de serviços de atenção em saúde mental e sua contribuição para a reabilitação psicossocial do usuário.^{7,14}

Nesse contexto, um estudo apontou que o cuidado para profissionais de saúde dos CAPS também deve envolver a família do usuário, que deve ser entendida como parte fundamental para a evolução satisfatória do usuário no paradigma de atenção em saúde mental.²⁶A família pode funcionar como um coadjuvante, um sistema de apoio. Para tanto,

ela precisa ser instrumentalizada com informações que permitam sua atuação de encontro às necessidades do usuário e equipe de saúde.⁷

A família é um sistema de relações fechado e interdependente, que frente a uma crise que se instala e se mobiliza para buscar o reequilíbrio, superando a crise. O impacto inicial da família frente à situação é lentamente e gradativamente substituído por ação sincera, no sentido de buscar a recuperação do cliente a fim de reintegrá-lo a seu lugar social e ocupacional.²⁷⁻²⁸ Incluir a família no cuidado é fortalecer o vínculo desta com o usuário e com os profissionais de saúde.²⁹ Esta é uma forma de superação do modelo asilar e fortalecimento do princípio de desinstitucionalização preconizado pela reforma psiquiátrica.

As diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica consideram a família como aliada no cuidado ao portador de sofrimento mental, uma vez que ela favorece a reinserção social. Entretanto, para que ela possa cumprir o cuidado em saúde mental, ela precisa receber apoio constante, técnico e humanizado dos profissionais de saúde. A cumplicidade no cuidado em saúde por usuários, familiares e comunidade rompe com o modelo asilar e proporciona uma assistência integral que considera os aspectos psicossociais.³⁰

Os profissionais de saúde devem atuar com o usuário de substância psicoativa, juntamente com seus familiares, auxiliando na redução da crise e na busca de respostas adaptativas para o enfrentamento desta situação, identificando e avaliando as dificuldades que a família e o indivíduo estão enfrentando, checando se as informações e orientações dadas foram claramente entendidas.

CONCLUSÃO

Buscou-se neste estudo a conhecer a vivência dos profissionais de saúde frente à assistência aos dependentes de substâncias psicoativas. Desvelou-se que o processo de trabalho interfere no cuidado, em relação aos prejuízos da insuficiência de recursos materiais e a inadequação logística, para os usuários, o que pode contribuir para a redução da resolutividade, prejuízo na continuidade da assistência e a não oferta de determinadas ações e; para o profissional, gera desgastes e dificuldade para planejar recursos e atingir metas, interrupções na oferta de ações não são realizadas ou são interrompidas, além de dificuldades no desempenho e na realização de práticas com qualidade.

Quanto aos recursos humanos, o despreparo para atuar na área de saúde mental, a falta de qualificação de muitos e a identificação com a área de dependência química de alguns foram apontados como limitadores das ações de saúde mental, inclusive relataram dificuldade em assistir a pessoa dependente de substância psicoativa e sua família, associada à falta de formação apropriada, tanto no âmbito da graduação, quanto na educação permanente. A rotatividade e a falta de pessoal contribuíram para prejuízos ao cuidado dos

usuários e, principalmente, influencia na capacidade desses profissionais em estabelecer vínculo com a comunidade.

Evidenciou-se a possibilidade da produção de vínculo nas relações entre os profissionais, usuários e familiares como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado ao dependente de substâncias psicoativas. O acolhimento, a efetivação das ações terapêuticas, a consumação da educação permanente específica, a gestão de materiais e logística eficaz, a diminuição da rotatividade no serviço, a permanência dos trabalhadores no Centro de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas, são desafios para potencializar vínculos e singularizar trocas, num esforço contínuo para demonstrar que assistir/cuidar em saúde mental envolve um compromisso social, ético e sanitário da equipe com o indivíduo em sua singularidade e na área adstrita.

Vale salientar as limitações do estudo, pois apesar de abranger aspectos facilitadores e dificultadores dos profissionais de saúde que trabalham em CAPS ad acerca da assistência aos dependentes químicos, essa não é uma realidade absoluta para todas as pessoas que estão vivenciando o cuidado aos dependentes químicos nos CAPS ad. A imprevisibilidade do curso da assistência aos dependentes químicos poderá trazer outras imposições e conflitos que deverão ser considerados e avaliados pelos profissionais de saúde ao assistir aos usuários de drogas psicoativas e sua família no direcionamento das ações para o alcance do sucesso terapêutico almejado. Nesse sentido, o presente estudo almejou contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde e, assim, para o surgimento de uma nova maneira de olhar e de pensar a assistência aos usuários de drogas psicoativas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde - OMS. Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Genebra, 2004.
2. Cogollo-Milanés Z, Arrieta-Vergara KM, Blanco-Bayuelo S, Ramos-Martínez L, Zapata K, Rodríguez-Berrio Y. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias em estudiantes de una universidad pública. *Rev Salud Pública*. 2011;13(3):470-79.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial. 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
4. Ministério da Saúde (BR). A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
5. Didonet ACH, Fontana RT. O trabalho com dependentes químicos: satisfações e insatisfações. *Rev Rene*. 2011; 12(1):41-8.
6. Silva AA, Terra MG, Freitas FF, Ely GZ, Mostardeiro SCTS. Self care under the perception of the mental health nursing professionals. *Rev Rene*. 2013; 14(6):1092-102.

7. Vargas D, Oliveira MAF, Duarte FAB. Psychosocial care Center for Alcohol and Drugs (CAPS ad): nursing insertion and practices in São Paulo City, Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(1):115-22.
8. Neves HG, Lucchese R, Munari DB. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(4):666-70.
9. Oliveira LG, Ponce JC, Nappo SA. Crack cocaine use in Barcelona: a reason of worry. *Subst Use Misuse*. 2010; 45(1):2291-300.
10. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(11):2309-19.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
12. Bardin LM. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Soares NA, Silveira BV, Reinaldo MAS. Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. *Rev Rene*. 2010; 11(3):47-56.
14. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMB. A. Mental health nursing and the family health strategy: how the nurse is working? *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):376-82.
15. Toussaint J, Gerard RA. On the Mend: Revolutionizing Healthcare to Save Lives and Transform the Industry. Cambridge: Lean Interprise Institute; 2010.
16. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégias para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2):84-95
17. Pereira MO, Vargas D, Oliveira MAF. Reflexão acerca da política do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das Ausências e das Emergências. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2012 [acesso em 2014Aug 12;8(1):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n1/03.pdf>
18. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6):1501-06.
19. Kessler FH, Barbosa TM, Faller S, Ravy SA, Carolina-Peuker A, Benzano D, et al. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *Am J Addict*. 2012; 21:370-80.
20. Pinho LB, Kantorski LP, Bañon Hernández AM. A concepção de clientela: análise do discurso da benevolência no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(3):377-84.
21. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). Global illicit drug trends 2010 [online]. Vienna: UNODCCP; 2010. [cited 2012 Nov 21]. Available from: http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf.
22. Dias CB, Aranha AL. The profile and professional practice of nurses in a psychosocial care services. *Rev Esc Enferm. USP*. 2010; 44(2):469-75.
23. Narvaez JC, Magalhães PV, Trindade EK, Vieira DC, Kauer-Sant'anna M, Gama CS, et al. Childhood trauma, impulsivity, and executive functioning in crack cocaine users. *Compr Psychiatry*. 2012; 53:238-44.
24. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Souza FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3051-60.
25. Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da saúde mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis*. 2011; 21(2):541-60.

26. Cruz TA, Cunha GN, Moraes VP, Massarini R, Yoshida CM, Tengam PT, et al. ICD-10 mental and behavioural disorders due to use of crack and powder cocaine as treated at a public psychiatric emergency service: An analysis of visit predictors. *Int Rev Psychiatry*. 2014; 26(4):508-14.
27. Vargas D, Oliveira MAF, Vilar-Luis M. Care of alcoholic persons in primary care services: perceptions and actions of registered nurses. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):73-9.
28. Coimbra VCC, Nunes CK, Kantorski LP, Oliveira MM, Eslabão AD, Cruz VD. THE Technologies used in the working process of the psychosocial care unit with sights to reach the comprehensiveness. *Rev Pesq Cuid Fundam*. [online]. 2013 [citado 20 fev 2014]; 5(2):3876-83. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2007/pdf_788
29. Veloso TMC, Mello e Souza MCB. Concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):79-85.
30. Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):346-51.

Recebido em: 20/01/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 08/01/2016
Publicado em: 03/04/2016

Endereço de contato dos autores:
Edilene Ap. Araujo da Silveira
R. Afranio Peixoto, n 2211, apto 2013 bloco C
CEP: 35501-204, Bairro São José, Divinópolis. Minas Gerais.